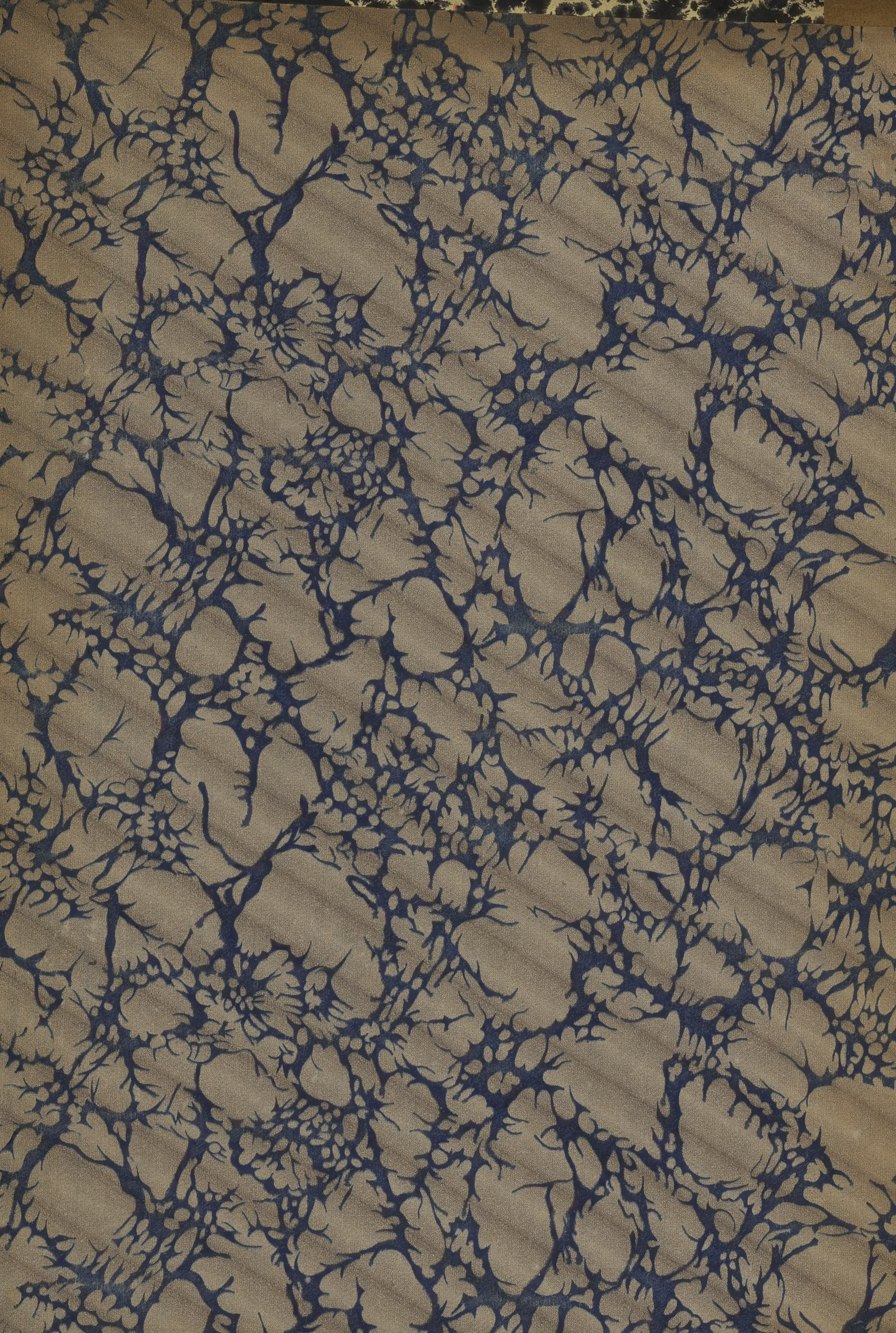

BIBLIOTHÈQUE
de la
FACULTÉ DE MÉDECINE
SR





LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'EDIT

17, RUE CASSETTE, 17

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

JOURNAL PARAISSANT TROIS FOIS PAR SEMAINE

QUATRE-VINGT-QUINZIÈME ANNÉE

1922

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1922

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à neuf places de médecin des hôpitaux de Paris s'ouvrira le lundi 27 février 1922.

S'inscrire du 30 janvier au 11 février inclusivement, au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 heures.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Darget et Bardon.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. le Dr Charles Platon, chargé de cours gynécologique, est nommé professeur de clinique gynécologique.

MÉDAILLE D'HONNEUR DU FRANCKLIN INSTITUTE DÉCERNÉE A M. LE PROF. BERGONIÉ. — M. Myron T. Herrick, ambassadeur des Etats-Unis à Paris, a conféré ces jours derniers la médaille d'honneur du Francklin Institute à M. le prof. Bergonié (de Bordeaux) pour ses études sur les moyens d'application de son appareil électro-magnétique pour la découverte des fragments métalliques dans les tissus musculaires.

La cérémonie qui a eu lieu à l'ambassade a été marquée par un discours de l'ambassadeur. Il a cité les termes du diplôme de l'Institut Francklin disant que les expériences du prof. Bergonié avaient contribué à sauver la vie d'un grand nombre d'officiers et de soldats de l'armée américaine pendant la guerre.

CONGRÈS MÉDICAL DE CUBA. — Le prof. F. M. Fernandez, secrétaire général du Congrès médical de Cuba, vient d'adresser la dépêche suivante à notre excellent confrère le Dr Mathé, à la Faculté de médecine :

« Le Congrès a été très brillant. La délégation française a obtenu un succès éclatant et nous avons décidé d'adresser des félicitations à ceux qui ont contribué à l'envoi de cette mission. Un comité franco-cubain a été formé. Nous avons été très sensibles à la nomination du prof. Presno dans l'ordre de la Légion d'honneur. »

Rappelons que la délégation française comprenait les Drs Heitz-Boyer et Pasteur-Vallery-Radot.

LE GROUPE MÉDICAL PARLEMENTAIRE vient de se réunir au Palais-Bourbon, sous la présidence de M. le Dr Chauveau, sénateur, assisté du Dr Gilbert Laurent, député, secrétaire général.

Le Dr François, député de la Moselle, a exposé la situation actuelle et les doléances des dentistes diplômés d'Alsace et Lorraine.

La situation des chirurgiens dentistes en Alsace Lorraine a été réglée par l'arrêté du 30 novembre 1919.

Un projet de loi a été déposé tendant à accorder aux dentistes diplômés, l'autorisation d'exercer l'art dentaire en France et à n'accorder cette autorisation aux non-diplômés que dans certaines conditions.

Il y a actuellement en Alsace-Lorraine trois sortes de dentistes :

1° Ceux qui ont obtenu le *certificat de maturité*, qui équivaut à peu près à notre baccalauréat et qui sont docteur en médecine ;

2° Ceux qui n'ayant pas ce certificat, n'ont pu être reçu docteurs, mais ont un diplôme de dentiste ;

3° Les dentistes de prothèse ou mécaniciens dentistes.

Les dentistes non diplômés sont au nombre de 600 environ, ils ont formé un syndicat et créé une école dentaire délivrant un diplôme officieux.

Le jury d'examen pour ce diplôme se compose : d'un docteur en médecine, d'un docteur dentiste et d'un dentiste de prothèse.

Les chirurgiens dentistes ayant obtenu le diplôme délivré par ce syndicat, peuvent exercer l'art dentaire et sont autorisés à pratiquer l'anesthésie locale.

Les caisses locales de maladie les reconnaissent comme aptes à donner des soins aux membres des caisses ; mais il semble que ce soit surtout quand ils sont plus à proximité et à la portée des malades.

Leur instruction primaire est assez sommaire. Ils réclament le droit d'exercer librement en France comme en Alsace-Lorraine ; ne semble-t-il pas que si l'on veut continuer à relever le milieu scientifique dentaire il vaudrait mieux leur refuser ce droit ? Pour les anesthésies, par exemple, ils ne peuvent faire le diagnostic des contre-indications (maladies de cœur, troubles divers, etc.) et ne peuvent être des juges

suffisamment compétents des cas ou l'anesthésie offre quelques dangers pour le patient.

Il semble bon que pour qu'ils puissent exercer en France (si on ne veut pas les astreindre aux stages habituels, ce qui paraît normal), il soit du moins nécessaire d'exiger d'eux qu'ils possèdent les examens probatoires. Autrement ce serait leur faire, au regard des mécaniciens français, une faveur vraiment inacceptable.

Le décret de 1919 qui leur donne la possibilité d'exercer en Alsace-Lorraine n'est du reste pas modifié.

Le président remercie le Dr François des explications fournies et demande l'avis du groupe.

Après diverses observations et une discussion à laquelle prennent part MM. Chauveau, Pinard, Peyroux, Gilbert Laurent, François, Legros, Gadaud, Burnet, Dezarnaulds, Decloux, Morucci, etc., le groupe décide que l'obligation de passer avec succès l'examen de chirurgien dentiste doit être maintenu pour les dentistes alsaciens-lorrains qui veulent exercer en France.

Le secrétaire donne lecture de la *correspondance :*

1° Lettre de l'Union des syndicats médicaux relative à la modification de l'article 64 de la loi des pensions, d'accord avec le ministre, M. le prof. Pinard est chargé par le groupe de suivre cette affaire et de la faire aboutir;

2° Lettre de l'Association générale des médecins de France, du Dr d'Ayrenx, et du Dr Houbé relative à la loi des loyers et aux droits des médecins.

Cette loi ayant été votée par la Chambre, la question est signalée à nos confrères du Sénat pour être examinée par eux;

3° Vœu de l'Association professionnelle des médecins du Mont-d'Or, tendant à la révision de la loi qui régit les stations thermales et à l'interdiction aux malades de faire une cure thermale sans ordonnance médicale.

Ce vœu est renvoyé pour examen aux commissions compétentes;

4° Protestation du Syndicat d'initiative de Vichy contre la propagande et la réclame officielle faite en faveur du Syndicat français de Wiesbaden et des régions Rhénanes.

La protestation est transmise au ministre compétent au nom du groupe;

5° Vœu de l'Association française pour l'avancement des sciences, tendant à réglementer l'immigration et l'émigration, et l'organisation de lazarets aux frontières avec application aux maladies contagieuses ne figurant pas sur la liste des maladies à déclaration obligatoire.

Le vœu est transmis au ministre de l'Hygiène;

7° Lettre du Dr Bosquain demandant au groupe médical quelle aide le groupe médical peut apporter aux confrères dans leur lutte contre les cliniques d'accident du travail, dont beaucoup sont la propriété d'étrangers et de personnes non diplômés.

Le groupe, après discussion, estime qu'il s'agit là d'une question de défense très légitime des intérêts et de la dignité professionnelle, mais que les Syndicats médicaux sont armés pour poursuivre;

8° Lettre du Dr Bollach, au nom des médecins civils de Tananarive, protestant contre l'autorisation accordée aux médecins militaires de faire de la clientèle civile.

Cette lettre est transmise au ministre des Colonies.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS. — La Société vient de nommer son bureau de 1922.

Président : M. Fargin-Fayolle; vice-présidents : MM. Pont et Herpin ; secrétaire général : M. Coustaing; secrétaires des séances : MM. Maurel et Lacronique ; trésorier : M. Bercher; bibliothécaire : M. Bloch.

UNION FÉDÉRATILE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui sera une séance de l'École d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 16 janvier 1922, au Cercle militaire, à 21 heures.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Les ictères dans les troupes en campagne », par M. le Dr Garnier, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, ancien médecin consultant de la 2e armée.

Comme d'habitude, cet[te c]onférence sera précédée d'un dîner amical, à 19 heur[es p]récises (tenue civile, prix : 16 francs).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le Dr Chompret, père de notre confrère, le Dr Chompret, stomatologiste des hôpitaux de Paris à qui nous adressons nos bien vives condoléances; MM. les Drs Buguet (de Rouen), Deporte (de Trévoux), Léon Emery (de Lyon) ; M. Eugène Robin, interne provisoire de l'Hôtel-Dieu d'Angers.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LOUAGE D'OUVRAGE OU DE SERVICES

BÉNÉFICES DE GUERRE. EMPLOYÉ INTÉRESSÉ. RÉPÉTITION DE L'INDU

On sait que la loi du 1er juillet 1916, sur les bénéfices de guerre a établi un impôt sur ces bénéfices, même acquis antérieurement à sa promulgation. Un employé intéressé a reçu sa part de bénéfices sur ceux réalisés avant cette promulgation; peut-on agir contre lui pour lui faire restituer une partie des bénéfices par lui touchés, par application de la loi de 1916?

La Cour de cassation, dans un arrêt du 20 juin 1921, a répondu affirmativement.

G..., en vertu de conventions remontant à 1902, recevait de V..., dont il était l'employé, outre un salaire fixe, un intérêt de 2 p. 100 sur les bénéfices nets de l'entreprise; à la suite de la loi du 1er juillet 1916 imposant d'une manière exceptionnelle, les bénéfices de guerre, V... qui avait payé à son employé le tantième afférent à l'exercice 1914-1915, l'assigna en restitution de la somme de 1.295 francs représentant la partie du tantième correspondant [a]u montant de l'impôt versé à l'Etat.

« Attendu, dit la Cour de cassation, que la Cour de Nancy, sans contester que les tantièmes dussent être calculés sur le bénéfice net, déclare que si la loi du 1er juillet 1916 a un effet rétroactif, elle ne doit pas cependant être appliquée aux employés qui ne figurent pas dans l'énumération des personnes assujetties à l'impôt par l'article 1er de cette loi; que le tantième auquel G... avait droit constituait un supplément d'appointements qui devait être compris dans les frais généraux de l'entreprise avant la fixation du bénéfice imposable;

Mais attendu qu'il est sans intérêt de rechercher si les employés sont ou non assujettis à l'impôt sur les bénéfices exceptionnels; que ce n'est pas en vertu de la loi du 1er juillet 1916 que G... doit subir une réduction sur le montant des tantièmes; que c'est par application du contrat intervenu en 1902, aux termes duquel les tantièmes doivent être calculés sur les bénéfices nets de l'entreprise; que, pour en fixer le chiffre, il y a lieu de déduire du bénéfice brut tous les frais généraux et les impôts de toute nature qui grèvent l'entreprise; que l'impôt résultant de la loi du 1er juillet 1916 réduisait rétroactivement les bénéfices nets sur lesquels les tantièmes devaient être calculée d'après la convention; qu'en décidant le contraire l'arrêt attaqué a violé le texte ci-dessus visé. »

En conséquence la Cour suprême a cassé l'arrêt de la Cour de Nancy qui avait admis que, pour le calcul des tantièmes dûs à des employés intéressés, le patron n'avait pas à déduire des bénéfices brut l'impôt payé ou à payer pour bénéfices de guerre en vertu de la loi du 1er juillet 1916. La Cour de cassation réforme cette manière de voir; mais il faut remarquer que dans l'espèce qui lui était soumise il n'était question que de tantièmes, sur les bénéfices *nets*, qui étaient attribuées à l'employé; la rémunération de l'employé intéressé peut être autre.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

L'HÉMATOLOGIE

ET

LE DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS GASTRO-INTESTINALES [1]

Par MM. Edouard ANTOINE et G. CASPÉRIN.

On ne paraît pas attacher l'importance qu'elle mérite à l'étude du sang au cours des affections gastro-intestinales ; et cependant cette méthode complémentaire, qui a fait ses preuves pour certaines affections aiguës, peut aider le clinicien à préciser, dans certains cas particulièrement difficiles, un diagnostic hésitant.

L'œsophagoscopie et la rectoscopie permettent l'investigation directe, et le prélèvement biopsique au niveau de l'œsophage, du rectum et d'une partie du sigmoïde. Mais la plus grande partie du tube digestif (estomac, duodénum, grêle, cæcum et côlons) échappent encore à cette investigation directe; et bien souvent il est encore impossible d'affirmer le développement d'une lésion de ces organes dès le début de son évolution, par l'examen clinique et malgré tous les renseignements que fournissent aujourd'hui le laboratoire et la radiologie. S'il est permis d'espérer qu'un jour viendra où le diagnostic étiologique précoce et rapide de toutes les affections aiguës ou chroniques se fera grâce à l'hémoculture, aux agglutinations, aux déviations de complément, etc., on ne saurait cependant négliger, en attendant, certains moyens complémentaires que nous fournit le laboratoire : l'hématologie est du nombre et non parmi les plus négligeables.

Depuis que notre maître, M. Enriquez, a attiré notre attention sur l'importance de l'hématologie en pathologie digestive, nous avons examiné en série, le sang de 180 malades atteints d'une affection chronique du tube digestif; cet examen a permis dans toute une série de cas difficiles, d'appuyer le diagnostic clinique ou de poser un diagnostic qui, d'ailleurs, a été confirmé au cours de l'acte chirurgical. L'intervention chirurgicale, pratiquée chez un certain nombre de ces malades, est donc venue confirmer la nature exacte des lésions anatomiques, et a permis ainsi de contrôler l'exactitude des renseignements fournis par la clinique et l'hématologie.

Notions générales. — La plupart de ces examens ont été pratiqués par l'un de nous avec l'hématimètre de Hayem, et les lames ont été colorées suivant la méthode de Tribondeau. Rappelons que le prélèvement de sang doit être pratiqué chez l'individu à jeun, entre 11 heures et midi de préférence. Après les repas, en effet, pendant la période de la digestion, une certaine leucocytose est d'ordre physiologique (leucocytose digestive). Chez la femme, il est toujours préférable de pratiquer cet examen en dehors de la période menstruelle.

D'après les classiques, la formule normale chez l'*homme adulte* est la suivante :

Hémoglobine..........	90	à	100 (Tallqvist)	
Globules rouges.......			5.000.000 par mm³	
Globules blancs.....	5.000	à	6.000 par mm³	
Polynucléaires.........	63	à	66 p. 100	
Eosinophiles	1	à	2 p. 100	
Grands mononucléaires..	4	à	8 p. 100	33 p. 100
Moyens mononucléaires. / Lymphocytes.........	20	à	30 p. 100	

(1) Travail des laboratoires de M. Enriquez, médecin de la Pitié, et de M. Bensaude, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Le chiffre des leucocytes qui, normalement, oscille autour de 6.000 par millimètre cube de sang, peut augmenter dans des proportions variables : lorsqu'il atteint 10.000 à 12.000, on dit qu'il y a une leucocytose légère ; de 12.000 à 20.000, elle est moyenne ; au delà de 30.000, il s'agit d'une leucocytose intense. Au cours des leucémies, elle atteint et dépasse 100.000.

Chez l'enfant, il y aurait 8.000 globules blancs environ par millimètre cube de sang et la formule normale est très différente (classiques).

Polynucléaires..............	47 p. 100
Mononucléaires.............	47 p. 100
Eosinophiles................	6 p. 100

La formule leucocytaire. — L'étude de la formule leucocytaire est des plus importantes; l'augmentation du nombre de l'un des éléments indique une réaction spéciale.

1. Le nombre des polynucléaires est égal normalement à 66 p. 100. Au-dessus de 70 p. 100, il y a *polynucléose*. Elle est constatée surtout dans les infections aiguës.

2. Le nombre global des mononucléaires est de 31 à 32 p. 100. La *mononucléose* est nette chez l'adulte à partir de 40 p. 100. On la voit surtout au cours de certaines infections chroniques, ou intoxications (plomb, benzine, mercure) ; d'après les classiques, la mononucléose se voit au cours du paludisme et des cancers. En ce qui concerne le cancer, les résultats que nous avons observés paraissent opposés à ceux des données classiques.

3. Il est également intéressant d'étudier et, de comparer les chiffres respectifs des grands et moyens mononucléaires et des lymphocytes. En ce qui concerne les lymphocytes, sauf leur augmentation énorme dans la leucémie lymphatique, les causes de leurs variations de nombre paraissent encore mal élucidées.

4. Il en est de même, d'ailleurs, de l'*éosinophilie*. On dit qu'il y a éosinophilie chez l'adulte lorsque le chiffre de ces éléments atteint 4 à 5 p. 100 et au-dessus.

Nous avons classé les constatations hématologiques d'après les divers segments du tube digestif, et pour un même organe d'après les maladies en cause.

I. Estomac. — Nous avons pu ainsi étudier des malades atteints d'ulcère, de cancer, d'ulcéro-cancer, d'adénome, de syphilis de l'estomac.

1. Ulcus gastrique. — Onze cas ont pu être observés :

Globules rouges. — L'anémie est toujours très nette : le nombre des hématies oscillait entre 3.700.000 et 4.300.000 avec, comme chiffre extrême, 2.325.000. Le taux de l'hémoglobine était de 80 à 85 p. 100.

Globules blancs. — La leucocytose est toujours modérée ou moyenne.

1 fois, elle était nulle : 5.580 ;
2 fois, à peine ébauchée : 7.196 et 7.400 ;
6 fois autour de 10.000-12.000 ;
2 fois elle atteignait 20.000-21.000 globules blancs (et il y avait dans ces cas de la périgastrite).

La formule leucocytaire était normale, sauf dans 3 cas, où les polys atteignaient 70 à 75 p. 100, et dans ces cas l'intervention chirurgicale a montré l'existence d'ulcères calleux avec réaction de péri-

gastrite nette. Ces cas répondaient, d'ailleurs, aux réactions leucocytaires les plus élevées (20.000).

L'étude de l'éosinophilie a donné des résultats variables :

5 fois, nulle;
3 fois, 1 p. 100;
2 fois, 4 p. 100;
1 fois, 11 p. 100.

Le chiffre des *grands mononucléaires* a toujours été nettement élevé, oscillant dans la plupart des cas, entre 14 et 23 p. 100 au lieu de 4-8 p. 100 (normale). Au contraire, les moyens monos et les lymphocytes étaient diminués.

En résumé, dans l'ulcus gastrique, on constate : anémie moyenne, plus marquée si le malade a saigné plus récemment; leucocytose nulle ou modérée; pas de polynucléose, pas d'éosinophilie, mais augmentation nette du nombre relatif des grands mononucléaires.

Il est à remarquer que trois cas d'ulcus avec périgastrite nette contrôlée à l'opération, présentaient une réaction leucocytaire avec polynucléose. Ce peut être là une indication importante pour préciser la gravité de la lésion.

2. Cancer gastrique. — Quatorze cas :

L'*anémie* était relativement peu marquée : 3.000.000 à 4.000.000 d'hématies par millimètre cube.

L'*hémoglobine* variait entre 75 et 90 p. 100.

La *numération des globules blancs* donnait :

1 fois de la leucopénie : 4.340;
2 fois de la leucocytose à peine ébauchée : 7.000 à 8.000;
11 fois une réaction leucocytaire nette au-dessus de 12.000 et même atteignant 5 fois le chiffre de 18.000 à 23.000.

L'étude de la *formule leucocytaire* a indiqué :

7 fois, polynucléose nette, entre 70 et 90 polys pour 100;
3 fois, formule normale;
3 fois, tendance à la mononucléose à 40 p. 100;
1 fois, inversion de la formule mononucléose de 56 p. 100.

La recherche des *éosinophiles* a montré :

4 fois, 0 p. 100; 10 fois, 1 p. 100.

Les *monucléaires* :

6 fois, prédominance des grands mononucléaires;
8 fois, prédominance des lymphocytes.

En résumé, dans le cancer gastrique, anémie toujours nette, mais modérée; leucocytose nette dans 93 p. 100 des cas. Dans 50 p. 100 des cas, la formule leucocytaire est normale ou avec prédominance des mononucléaires. Dans 50 p. 100 des cas seulement, il y avait de la polynucléose. — Ne peut-on pas rapprocher la polynucléose dans ces cas de cancers de la polynucléose observée dans les cas d'ulcus avec périgastrite? Et ne serait-on pas en droit alors de penser que la polynucléose traduit dans l'un et l'autre cas l'envahissement de toute la paroi gastrique, du péritoine voisin et l'ulcération de la tumeur, d'où les infections secondaires?

3. Ulcéro-cancer. — Deux cas d'ulcéro-cancer nets ont été observés à l'opération. L'examen du sang de ces deux malades donnaient des résultats contradictoires, et rien ne permettait de faire penser à la possibilité d'un néoplasme secondaire greffé sur un ulcère.

4. Adénome gastrique. — Enfin, dans un cas extrêmement rare, nous avons constaté chez une jeune femme atteinte de troubles gastriques (vomissements avec amaigrissement rapide), une image lacunaire de la grande courbure. Soupçonnant un néoplasme, on l'opère, d'autant plus que le chimisme gastrique donnait une anachlorhydrie absolue. On trouve sur la grande courbure une masse assez étendue, circonvolvée, comme du cortex cérébral, et que l'examen histologique a montré être une réaction adénomateuse. La malade a été revue trois ans après l'opération en bonne santé. L'examen du sang, dans ce cas, était d'ailleurs en faveur d'un néoplasme :

Globules rouges	3.800.000
Globules blancs	13.640
Polynucléaires	77
Eosinophiles	1
Mononucléaires	22

Rien, dans l'étude de cette malade, ne permettait d'écarter l'hypothèse d'un néoplasme de la grande courbure; il est vrai que pour nombre d'auteurs l'adénome serait la première étape du cancer.

5. La syphilis gastrique. — Deux fois il s'est agi d'une syphilis gastrique simulant une tumeur cancéreuse du pylore que le traitement antisyphilitique a fait fondre en quelques semaines; on a assisté à une véritable résurrection, durable d'ailleurs. Le nombre des globules rouges était resté normal, mais avec abaissement du taux de l'hémoglobine, la leucocytose oscillait entre 11.308 dans un cas et 15.500 dans l'autre cas, il y avait une tendance à la mononucléose (40 p. 100 de monos) avec prédominance nette du nombre des grands monos (20 et 24 p. 100).

Au contraire, dans un cas de crise gastrique du tabes, la formule était restée absolument normale, sans anémie, sans leucocytose, avec une légère éosinophilie.

II. **Duodénum.** — 1. Ulcus duodénal. — Trois cas : on a pu noté une leucocytose légère autour de 10.000. La formule leucocytaire ne présentait aucune modification, sauf une prédominance nette des grands mononucléaires. Ces constatations sont absolument superposables à celles faites au cours de l'ulcus gastrique simple, non compliqué.

2. Sténose duodénale sous-vatérienne. — Nous avons suivi deux malades atteints de sténose duodénale sous-vatérienne, par compression de la troisième portion du duodénum, par le pédicule mésentérique. Chez l'un, qui n'avait que des troubles mécaniques, sans réaction de périduodénite, la formule sanguine était absolument normale. Chez l'autre, l'examen du sang, après une crise douloureuse aiguë, donnait les résultats suivants :

Globules blancs	20.400	
Polynucléaires	74 p. 100	
Eosinophiles	3	
Grands mononucléaires	9	
Moyens mononucléaires	17	23 p. 100
Lymphocytes	6	

L'intervention chirurgicale, nécessitée par la gravité et la répétition des crises douloureuses d'occlusion sous-vatérienne, a montré autour du duodénum, au niveau du pédicule mésentérique la formation d'un bouquet de brides et adhérences péritonéales (périduodénite). *Ici encore, la réaction de leucocytose polynucléaire, qui semble traduire la périduodénite, est à rapprocher de la même réaction qui traduisait la périgastrite.* Il s'agirait donc d'une

réaction sanguine traduisant la réaction inflammatoire péritonéale.

III. **Foie et voies biliaires.** — 1. Ictère syphilitique secondaire. — Deux cas : anémie légère chez les 2 malades. Le chiffre des globules blancs, normal dans un cas, atteignait 12.000 chez le deuxième malade. Il est à noter chez les deux une mononucléose marquée, tendant à l'inversion de la formule (58 monos dans un cas et 42 monos dans le deuxième cas).

Globules blancs	12.850	
Polynucléaires	58	
Eosinophiles	0	
Grands mononucléaires	9	42 p. 100
Moyens mononucléaires	21	
Lymphocytes	12	

2. Spirochétose ictéro-hémorragique. — Nous en avons observé un cas avec vérification bactériologique; voici sa formule hématologique à la période d'état :

Globules rouges	3.500.000
Globules blancs	21.588
Polynucléaires	76 p. 100
Eosinophiles	2
Grands mononucléaires	10
Moyens mononucléaires	11
Lymphocytes	1

3. Dans la lithiase non infectée (calculs dans la vésicule) la formule a été trouvée normale.

4. Au contraire, les accidents infectieux des voies biliaires (ictères catharraux ou ictères lithiasiques) se sont traduits toujours par une leucocytose moyenne 10.000 à 14.000 avec polynucléose (70 à 74 p. 100).

5. Dans deux cas de péricholécystite chronique, nous avons constaté une leucocytose légère avec réaction à mononucléaires.

Dans tous ces cas, l'éosinophilie était normale. On sait, au contraire, que le chiffre des éosinophiles est constamment augmenté dans les affections parasitaires du foie (amibiase, kyste hydatique). Au cours d'un gros foie paludéen, nous avons constaté 11 p. 100 d'éosinophiles.

6. Cancer de la vésicule. — Enfin au cours d'un cancer de la vésicule biliaire, nous avons observé une leucocytose avec 90 p. 100 de polynucléaires.

IV. **Diarrhées chroniques.** — Il s'agissait de malades atteints depuis plusieurs années de diarrhée habituelle et persistante, nous avons pu les classer ainsi :

1. Une fois, il s'agissait d'une entérite tuberculeuse. Il y avait une anémie intense, globules rouges : 2.480.000. Mais la formule leucocytaire ne présentait aucune modification.

2. Dans cinq cas, il s'agissait de diarrhées a type cæcal, d'après l'examen des selles. Nous avons pu ainsi les distinguer :

a. Une fois, il s'agissait d'une séquelle de dysenterie amibienne.

Globules blancs, 8.738 : formule normale, mais 7 p. 100 d'éosinophiles.

b. Une autre fois, la diarrhée a paru être entretenue par de nombreux trichocéphales : globules blancs, 12.650 ; formule normale, 5 à 6 p. 100 d'éosinophiles.

c. Une fois, il s'agissait d'appendicite chronique avec typhlocolite légère.

Globules blancs, 12.000; mononucléose, 50 p. 100.

Polys, 47 p. 100 avec trois éosinophiles.

Nous verrons que cette formule se rapproche de celle de l'appendicite chronique simple.

d. Dans un cas, il s'agissait d'une diarrhée nerveuse datant de huit mois et qu'un traitement des plus simples a guéri en trois jours : leucocytose et formule absolument normales.

e. Enfin, dans un cas de diarrhée chronique indéterminée, la formule était :

Globules rouges, 4.870.000; globules blancs, 19.220; polys, 66; monos, 26; éosinophiles, 8 p. 100.

Bien que la recherche des parasites soit restée négative, il semble, d'après cet examen hématologique, qu'il s'agisse là d'une séquelle de dysenterie amibienne, comme dans le premier cas observé ci-dessus.

3. Enfin, la diarrhée était liée dans un dernier cas, à un tuberculome iléo-cæcal.

Globules blancs, 16.120; polys, 76; éosinophiles, 3 p. 100; monos, 21.

V. **Les syndromes douloureux du flanc droit et de la fosse iliaque droite.** — Nous avons étudié un très grand nombre de malades : *71 cas*, au sujet desquels, le diagnostic clinique hésitait entre une appendicite chronique ou une séquelle d'appendicectomie et un syndrome douloureux cæco-colique d'ordre mécanique. L'examen du sang peut donner dans ces cas, des renseignements très précieux (1) :

1. Appendicites aiguës ou subaiguës. — L'existence d'une forte leucocytose polynucléaire est actuellement une notion bien connue au cours de l'appendicite aiguë et de ses complications. En raalité, on ne saurait trop répéter qu'aucun malade (même dont l'appendicite paraît cliniquement refroidie) ne devrait être opéré, avant d'avoir fait pratiquer une numération globulaire. Tout récemment, nous avons vu un malade, ayant eu une crise appendiculaire, d'intensité moyenne, deux mois auparavant en province, et se livrant depuis à Paris à une vie des plus actives, sans douleur et sans réaction thermique. A l'opération, quelle n'est pas la surprise de découvrir deux abcès périappendiculaires que n'avaient pu faire soupçonner ni l'examen clinique, ni l'examen radiologique. Un examen du sang eut, seul, décelé, sans doute, une leucocytose polynucléaire, en faveur d'un reliquat de la crise aiguë.

Mais ces faits sont actuellement trop connus pour qu'il soit nécessaire d'y insister à nouveau.

2. Les formes chroniques sont de beaucoup les plus intéressantes à étudier, étant parfois d'un diagnostic plus difficile.

Les soixante et onze malades, qui ont été examinés, pouvaient être classés en trois groupes :

a. Ou bien, les malades, ayant subi antérieurement une appendicectomie, continuaient à souffrir (18 cas).

b. Ou bien, ces malades souffraient, sans avoir été opérés, de phénomènes douloureux plus ou moins accentués et par crises, dans la fosse iliaque droite : il s'agissait de préciser si les phénomènes

(1) Voir aussi : *Les Fausses appendicites*, par de Martel et Ed. Antoine (sous presse), Masson, éditeur.

douloureux étaient dus à une appendicite chronique (43 cas) ou à un syndrome mécanique du cæcum ou du côlon (cæcum mobile, périviscérite des carrefours supérieur ou inférieur, membrane de Jackson, ptose du côlon droit, accolements en canons de fusil, etc.) (10 cas).

L'examen du sang a été pratiqué systématiquement chez ces malades, en même temps que l'examen radiologique complet. Les résultats ont été les suivants :

A. *Appendicite chronique simple.* — La *leucocytose* est constante : dans 50 p. 100 des cas observés, elle atteint et dépasse 8.000. Dans 50 p. 100 des autres cas, elle dépasse 12.000 à 14.000.

La *mononucléose* est constante :

dans les cas légers : on constate environ 40 p. 100 de mononucléaires;

dans les cas plus marqués : elle atteint 45 à 50 p. 100;

enfin, dans certains cas, elle peut réaliser une véritable inversion de la formule leucocytaire :

37 p. 100 de polys	et 63 p. 100 de monos	(obs. I)
39 p. 100 —	et 61 p. 100 —	(obs. II)
38 p. 100 —	et 62 p. 100 —	(obs. III)

Des mononucléoses aussi marquées sont cependant assez rares.

Le nombre des *éosinophiles* a été presque toujours normal, 1 à 3 p. 100. Cependant, trois fois sur quarante-trois, nous avons constaté 6 p. 100 d'éosinophiles.

En étudiant de plus près la mononucléose observée, on peut distinguer plusieurs groupes :

— Tantôt les *grands mononucléaires* sont augmentés de nombre, vingt-six fois sur quarante-trois (60 p. 100 des cas).

16 fois, il y avait de 10 à 20 p. 100 de grands mononucléaires ;

9 fois, il y avait de 20 à 30 p. 100 de grands mononucléaires ;

1 fois, il y avait 37 p. 100 de grands mononucléaires.

— Tantôt le chiffre des *moyens mononucléaires* et *lymphocytes* est augmenté : dans 17 cas (soit 40 p. 100), il atteint 30 à 45 p. 100.

B. *Appendicite chronique associée à une autre infection abdominale.* — Dans plusieurs cas, où l'appendicite chronique était associée à une salpingite, à une cholécystite, etc., la mononucléose faisait place à la polynucléose. De même, une petite poussée appendiculaire récente donnait lieu aussi à une leucocytose polynucléaire.

C. *Séquelles infectieuses de l'appendicectomie* (adhérences viscérales, épiploïtes, périviscérites, etc.) [16 cas]. L'examen du sang montre :

une leucocytose moyenne de 10.000 à 15.000 globules blancs,

une polynucléose nette au-dessus de 70 p. 100, dans 50 p. 100 des cas,

une mononucléose légère ou une formule normale dans 50 p. 100 des cas.

L'éosinophilie paraît très rare, puisque sur seize malades, nous ne l'avons constaté qu'une seule fois (5 éosinophiles p. 100).

Nous venons de voir tout récemment une jeune malade ayant subi une appendicectomie il y a trois ans. Depuis elle avait des crises douloureuses à droite comme avant l'opération. Les rayons X ont montré un accolement du cæco ascendant et du transverse et des points douloureux le long du cæco ascendant. A l'opération, cet accolement en canon de fusil était dû à une épiploïte considérable. La formule sanguine était dans ce cas :

Polynucléaires	74
Eosinophiles	1
Grands mononucléaires	3
Moyens mononucléaires	10
Lymphocytes	12

D. *Syndromes douloureux cæco-coliques mécaniques.* — Au début des accidents, on peut ne voir *aucune modification de la formule sanguine* : les malpositions du côlon ou du cæcum, les ptoses partielles ou totales du côlon droit, le cæcum mobile, la membrane de Jackson, etc., il semble ne s'agir ici que de lésions d'ordre mécanique.

Ultérieurement, après plusieurs années, quand viennent se surajouter de la dilatation cæcale très marquée, avec stase stercorale et résorption chronique de produits toxi-infectieux, on peut voir alors survenir des modifications sanguines, d'autant plus importantes que la maladie est plus ancienne et que les troubles mécaniques sont plus accentués. On constate alors :

Une anémie modérée, mais nette 3.500.000 à 4.000.000 avec diminution du taux de l'hémoglobine, et de la leucocytose à mononucléaires.

On a signalé (Binnée) chez ces malades de la lymphocytose qui atteindrait et dépasserait 30 p. 100. Nous venons de voir que, dans 40 p. 100 des cas, le chiffre des moyens mononucléaires et lymphocytes atteignait 30 à 45 p. 100 au cours des appendicites chroniques simples.

VI. **Cancers du côlon.** — L'anémie est toujours nette ; on connaît la forme anémique du CANCER DU CÔLON ascendant ou transverse.

La leucocytose varie entre 12.000 et 15.000.

La polynucléose est de 70 à 80 p. 100.

Il n'y a pas d'éosinophilie.

Dans deux cas difficiles, du spasme colique simulant un cancer a pu être différencié par l'étude de la formule sanguine, restée absolument normale.

Enfin, nous avons observé un cas extrêmement rare d'ANGIOME ÉTENDU DU RECTO-CÔLON, dont nous donnons la formule sanguine :

Globules rouges	3.355.000
Globules blancs	4.500
Polys	70
Eosinophiles	0,5
Grands monos	9,5
Petits monos	19,5
Forme de passage	0,5

VII. **Les maladies du recto-côlon.** — 1° CANCER DU RECTUM. — Trois cas :

Le nombre des globules rouges se maintenait autour de 4.000.000.

La leucocytose était de 18.000 à 20.000.

1 fois : de la polynucléose 72 p. 100 ;

2 fois : il n'y avait que 60 p. 100 et 63 p. 100 de polys.

L'éosinophilie était constante : 3 à 5 p. 100.

2° LES RECTO-COLITES CRYPTOGÉNÉTIQUES. — Nous avons examiné le sang de douze malades atteints de recto-colites graves hémorragique ou purulente, dites cryptogénétiques.

L'examen du sang a donné les renseignements suivants :

Globules rouges : chiffre réduit à 3.000.000 ou 4.500.000.

Les globules blancs sont toujours augmentés de nombre de 8.000 à 22.000.

La polynucléose est nette (au-dessus de 70 p. 100) dans les deux tiers des cas.

La formule reste normale dans un tiers des cas.

L'éosinophilie a été constatée dans un tiers des cas et atteignait d'ailleurs plusieurs fois des chiffres considérables :

1 fois 14 p. 100 d'éosinophiles, chez une malade atteinte d'une recto-colite purulente chronique avec réaction hypertrophique de la paroi intestinale sur une longueur de 30 centimètres environ.

Pas traces de parasites malgré les recherches répétées.

1 fois 13 p. 100 chez un malade atteint d'une recto-colite hémorragique, sans qu'on puisse non plus déceler la moindre trace de parasites.

1 fois 5 p. 100, chez un malade atteint de recto-colite purulente grave avec ulcérations.

1 fois 4 p. 100 chez un malade atteint de recto-colite purulente bénigne.

8 fois enfin, le nombre des éosinophiles était normal.

Conclusions. — Tels sont les renseignements que peut donner l'examen du sang au cours des affections gastro-intestinales.

Qu'on veuille bien excuser cette longue énumération de chiffres et de formules. Il eut été préférable peut-être, mais aussi un peu fastidieux, de donner simplement les examens hématologiques de nos cent quatre-vingts malades. Il nous a paru mieux d'essayer de les classer ainsi par affections et d'en donner les résultats d'ensemble. Quelles conclusions pratiques est-on en droit de tirer d'un pareil amas de faits? Il faut reconnaître humblement, que si certaines notions se détachent assez nettement, il reste encore bien des points obscurs, tels que l'éosinophilie, la prédominance des grands mononucléaires, etc. Des recherches ultérieures parviendront peut-être à les compléter.

1° Du point de vue général. — On peut cependant observer les faits suivants :

a. La *diminution des globules rouges* et du taux de l'hémoglobine est un fait absolument constant et banal au cours des infections chroniques, des affections hémorragipares et des néoplasmes. L'anémie est d'autant plus accentuée que l'affection est plus ancienne et plus grave.

Il paraît se faire même une sorte d'auto-hémolyse au cours des affections du gros intestin qui s'accompagne de stase stercorale, ce qui confirme les faits observés par M. Loeper, qui les rattache au passage dans le sang de toxines hémolysantes et à l'absorption de produits cellulaires pancréatiques et intestinaux.

b. La *leucocytose* peut paraître un fait d'observation banal en lui-même. Mais son étude attentive peut cependant permettre d'en tirer des conclusions intéressantes :

Le degré de la réaction leucocytaire dépend de la nature de l'infection, de sa gravité, de la forme d'évolution de la maladie, de la résistance du malade et de son âge, des complications ou des associations morbides.

La *leucocytose polynucléaire* est pour ainsi dire une réaction normale dans les affections aiguës; l'existence d'un foyer suppuré est même certaine si la leucocytose atteint et dépasse le chiffre de 25.000 globules blancs pendant plusieurs jours. Une élévation brusque de la leucocytose au-dessus de 30.000 est un signe important de présomption en faveur d'une réaction péritonéale aiguë.

Dans les *affections chroniques*, la leucocytose polynucléaire est moins fréquente. Elle peut traduire une lésion de l'estomac, du duodénum, de la vésicule, du gros intestin, etc., assez profonde et assez pénétrante pour atteindre le péritoine et provoquer une réaction de péritonite plastique de voisinage, assez limitée, mais toujours nette. C'est ainsi qu'on doit interpréter, nous semble-t-il la réaction à polynucléaires que nous avons observée au cours des ulcus chroniques ou au cours de certains cancers de l'estomac ou de l'intestin (50 p. 100 des cas observés). La polynucléose traduit aussi une infection surajoutée à l'appendicite chronique (salpingite, cholécystite...) et aussi une poussée récente subaiguë d'appendicite.

La *leucocytose mononucléaire* a été constatée au cours des cancers digestifs (dans 50 p. 100 des cas seulement, cancers au début et non compliqués); elle nous paraît surtout être un fait constant au cours de l'appendicite chronique.

En effet, alors que dans les syndromes douloureux, purement mécanique du cœcum et du colon droit on trouve une formule sanguine normale, alors que les accidents d'ordre infectieux surajoutés à une appendicite chronique, (épiploïte, périviscérites, adhérences, etc...) s'accompagnent d'une réaction à polynucléaires, l'appendicite chronique simple, non compliquée, se traduit par une leucocytose mononucléaire souvent extrêmement marquée, et pouvant aller dans quelques cas jusqu'à l'inversion de la formule. La mononucléose a été également constatée au cours de l'ictère syphilitique secondaire et de la péricholécystite chronique.

En étudiant de plus près les variétés de ces mononucléoses, nous avons pu constater que les *grands mononucléaires* prédominent dans l'ulcus gastrique, le cancer gastrique (35 p. 100 des cas environ), l'ulcus duodénal, l'appendicite chronique (60 p. 100 des cas environ).

Les *moyens mononucléaires* et *lymphocytes* prédominent dans 52 p. 100 des cas de cancer gastrique, la syphilis hépatique, et l'appendicite chronique (40 p. 100 des cas).

L'*éosinophilie* accompagne les parasitoses (foie, intestin), les cancers rectaux et certaines recto-colites graves peut être aussi d'origine parasitaire.

2° **Du point de vue local**, nous avons cherché si la formule hématologique pouvait aider dans certains cas, et pour un organe donné à préciser la nature de l'affection en cause :

a. Au niveau de l'*estomac*, peut-on différencier un cancer d'un ulcère ou d'une syphilis gastrique? L'*anémie* est également marquée pour le cancer et pour l'ulcère qui saigne. Elle est peu marquée pour la syphilis gastrique.

La *leucocytose* est nulle ou légère pour l'ulcus, plus accusée pour la syphilis, et encore plus élevée pour le cancer. Dans l'ulcus simple, le nombre de polynucléaires reste normal.

Dans l'ulcus avec périgastrite, la tendance à la polynucléose est nette. Dans le *cancer*, la polynu-

cléose est très marquée dans 50 p. 100 des cas; la mononucléose prédomine dans 30 p. 100 des cas et la formule reste normale dans 20 p. 100 des cas. La polynucléose, qui existe dans la moitié des cas, semble devoir être rattachée à l'ulcération de la tumeur ou à l'envahissement péritonéal, ce qui le rapproche dans ce dernier cas de l'ulcus chronique avec périgastrite.

Dans la *syphilis gastrique*, il y a mononucléose légère avec prédominance très marquée des grands mononucléaires, alors que dans le cancer, la lymphocytose l'emporte très souvent.

b. L'*ulcus duodénal* présente les mêmes modifications hématologiques que l'ulcus gastrique.

c. L'*intestin grêle.* — La diarrhée de l'entérite tuberculeuse s'accompagne d'une anémie très marquée. La formule est restée normale.

Dans plusieurs cas, où la diarrhée était conditionnée par l'existence de vers intestinaux ou d'une amibiase latente, l'*éosinophilie* était toujours nette.

Au contraire, dans un cas de diarrhée nerveuse, la formule sanguine était restée absolument normale.

Enfin dans un cas de diarrhée, surajoutée à une appendicite chronique, la formule hématologique était celle de l'appendicite chronique.

Ces renseignements hématologiques nous paraissent donc des plus intéressants pour aider à débrouiller les diarrhées chroniques, dont le diagnostic et le traitement sont si souvent malaisés.

Un tuberculome iléo-cæcal avec diarrhée s'accompagnait de leucocytose polynucléaire.

d. Le foie. — L'ictère syphilitique secondaire s'est accompagné de leucocytose à mononucléaires, alors que l'ictère catarrhal ou secondaire à la lithiase s'accompagnait de leucocytose polynucléaire.

D'ailleurs, d'une façon générale, toutes les infections du foie ou des voies biliaires, quelle que soit leur gravité, s'accompagnent de réaction polynucléaire nette. L'éosinophilie est normale. On sait au contraire que dans les kystes hydatiques ou les abcès amibiens du foie, le nombre des éosinophiles augmente toujours nettement. C'est là un signe de réelle valeur.

e. Les syndromes douloureux de la fosse iliaque droite. — Ici le diagnostic clinique est bien souvent hésitant, et l'on doit alors avoir recours à l'examen radiologique et à l'hématologie.

Dans les *accidents douloureux purement mécaniques* (membr. de Jackson, cæcum mobile, ptoses du côlon droit, etc.), la formule leucocytaire reste absolument normale dans les premières années de la maladie.

Ce n'est que tardivement, lorsque les lésions intestinales se sont aggravées, et ont entraîné une ptose et une dilatation du cæcum avec stase stercorale, et retentissement sur l'état général, que l'on voit apparaître de l'anémie, et une réaction de leucocytose mononucléaire.

Dans l'*appendicite chronique simple, non compliquée*, la formule leucocytaire nous a donné des renseignements précis; alors que dans la cæcalgie et dans l'appendicite hystérique (1), la formule reste normale, dans l'appendicite chronique, la mononucléose est constante et souvent très accentuée jusqu'à réaliser l'inversion de la formule leucocytaire. Le plus souvent, ce sont les grands mononucléaires qui prédominent.

Au contraire on trouve une leucocytose polynucléaire légère quand l'appendicite chronique subit une poussée subaiguë récente, ou bien, quand elle est associée à une infection salpingo-ovarienne ou cholécystique.

Enfin dans les *séquelles infectieuses de l'appendicectomie* (adhérences, épiploïtes, périviscérites), la leucocytose varie entre 10 et 15.000 et la polynucléose existe dans 50 p. 100 des cas, sans éosinophilie. Dans les 50 p. 100 autres cas, la formule est normale ou présente une légère mononucléose.

Et si l'on pouvait résumer ces résultats en une formule relative, on pourrait dire :

Syndrome mécanique : formule normale.

Appendicite chronique simple : leucocytose mononucléaire.

Appendicite chronique compliquée d'une lésion infectieuse de voisinage ou ayant en une poussée évolutive récente : leucocytose polynucléaire avec certaines restrictions que nous avons signalées.

f. Au niveau du *colon*, le spasme persistant a été différencié d'une lésion organique par l'absence de modifications de la formule hématologique; au contraire le cancer colique s'est toujours traduit par une leucocytose polynucléaire.

g. Rectum. — De même pour le cancer du rectum, nous avons trouvé les mêmes modifications que celles du cancer gastrique : anémie, leucocytose nette (20.000) avec réaction polynucléaire une fois et mononucléaire deux fois. L'éosinophilie était constante.

Quant aux *recto-colites graves*, en dehors des dysentéries parasitaires, et qui revêtent les allures purulentes, hémorragiques ou mixtes, elles se sont accompagnées toujours d'une certaine anémie, d'une leucocytose nette avec polynucléose dans les deux tiers des cas. Cette leucocytose polynucléaire traduit l'élément inflammatoire des lésions. Une éosinophilie très marquée (jusqu'à 14 p. 100 d'éosinophiles) a été constatée dans un tiers des cas.

Cette réaction des éosinophiles nous semble très particulière au rectum : les lésions chroniques du rectum paraissent s'accompagner très fréquemment d'une éosinophilie sans qu'il y ait lieu de la rattacher à l'amibiase (où l'éosinophilie est une réaction habituelle).

Cette éosinophilie sanguine au cours de certaines recto-colites purulentes non parasitaires nous a semblé d'autant plus intéressante à signaler, qu'elle a coexisté dans quelques cas avec l'apparition de nombreux éosinophiles dans le pus recueilli à même dans le rectum.

Telles sont les modifications sanguines que l'on peut voir apparaître au cours d'un certain nombre d'affections gastro-intestinales. Quelle interprétation leur donner et peut-on les rapprocher des modifications sanguines que l'on a constatées au cours des autres maladies? Nous le croyons, mais bien des inconnues subsistent encore.

La polynucléose est constatée d'une façon générale au cours de la plupart des affections aiguës. Rien de plus normal, qu'on la rencontre aussi au cours d'affections subaiguës ou de poussées évolutives au cours d'affections chroniques de l'estomac ou de l'intestin.

La leucocytose mononucléaire a été constatée à la

(1) Nous venons d'observer récemment un cas semblable. Le début brusque par une douleur en coup de poignard, les vomissements bilieux avaient fait craindre une réaction appendiculaire. Mais la température ne dépassait pas 37°8, l'hyperesthésie cutanée ne répondant pas à la douleur profonde et le tympanisme localisé ont orienté le diagnostic. La formule sanguine était tout à fait normale d'ailleurs dans ce cas.

période terminale de la diphtérie grave, où l'on voit apparaître quelques myélocytes et des hématies nucléées. Toute une catégorie de maladies infectieuses (varicelle, variole), présentent, quelle que soit leur gravité, une leucocytose à mononucléaires et 2 à 10 p. 100 de myélocytes ou grands mononucléaires granuleux. Enfin la mononucléose a été constatée au cours du paludisme. Au cours de la fièvre typhoïde, on constate une hypoleucocytose nette (leucopénie) au début, puis apparaît de la leucocytose polynucléaire à la période d'état; enfin à la convalescence de la mononucléose avec lymphocytose et éosinophilie. De même, d'après Bezançon, la tuberculose pulmonaire chronique présenterait au cours des poussées évolutives, des modifications sanguines analogues :

Au moment des poussées, une leucocytose polynucléaire nette;

Puis les polynucléaires diminuent, reviennent à la normale et descendent au-dessous enfin. Il y a donc alors de la mononucléose avec éosinophilie persistante, indiquant pour Bezançon la convalescence et la tendance à la guérison.

Faut-il admettre que la mononucléose, constatée au cours des ulcus gastriques, des ictères syphilitiques, des appendicites chroniques, soit un indice que ces affections ont dépassé la période aiguë et tendent vers la guérison? Il semble que ce soit là une manifestation de l'organisme d'ordre général. Toute infection sollicite toujours une hyperactivité de la moëlle osseuse ou des ganglions : si l'infection est aiguë ou de moyenne intensité, elle provoque la mise en liberté de nombreux polynucléaires, si l'infection est très intense (fièvre typhoïde), elle peut inhiber toute réaction médullaire (leucopénie) ou mettre en liberté des myélocytes non encore transformés en polynucléaires;

Si enfin, l'infection est légère et prolongée, ou bien s'il s'agit d'une intoxication chronique (plomb, benzine, mercure, etc.), ces lésions provoqueraient une certaine hyperplasie du tissu lymphoïde des ganglions lymphatiques et de la rate : d'où la réaction mononucléaire constatée dans ces cas là.

Et c'est ainsi que, pour expliquer la mononucléose qui parait être un phénomène constant au cours de l'appendicite chronique, on pourrait peut-être faire intervenir la constitution spéciale des tissus de l'appendice, l'hyperplasie de la glande lymphoïde qu'il contient dans son épaisseur, et la réaction des ganglions lymphatiques correspondants.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1921)

L'unité psychologique du temps. — M. Charles Richet. Le temps est pour la conscience, une réalité *en soi* et l'unité élémentaire de ce temps est pour la conscience d'un douzième de seconde environ.

Dans le domaine biologique, pour les organes (qui, évoluant perpétuellement, sont soumis à une succession ininterrompue de phénomènes distincts), le temps est une réalité *en soi*, indépendante de toutes nos mesures arbitraires, indépendantes de toutes les contingences extérieures.

Chronaxies des nerfs sensitifs rachidiens du membre supérieur de l'homme. Egalité régionale des chronaxies sensitives et motrices. — MM. Georges Bourguignon et Angel Radovici. Il y a au membre supérieur quatre chronaxies sensitives comme il y a quatre chronaxies motrices, et les chronaxies sensitives et motrices sont égales entre elles *pour une même région.*

La classification des nerfs sensitifs par la chronaxie est associée à la classification fonctionnelle des muscles et des nerfs moteurs.

Cette association explique, au moins en partie, certains réflexes, comme le réflexe radiopériosté et le réflexe palmo-mentonnier.

Les résultats obtenus par les auteurs viennent à l'appui de la théorie de L. Lapicque sur le fonctionnement nerveux élémentaire.

Le système nerveux apparaît comme un vaste système de résonances. Les répercussions des lésions d'un nerf sur un autre de même chronaxie, découvertes par M. G. Bourguignon, sont une autre expression du même fait, et démontrent que les lois générales sont les mêmes en physiologie et en pathologie du système nerveux.

Facteur de croissance dans les cultures de Leishmania Denovici. — MM. René Legroux et J. Jimenez

La vaccination des bovidés contre la peste bovine. — MM. E. Nicolas et P. Rinjard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1921)

Le rouge des salaisons. — MM. M. Martel et R. Germain rappellent que le « rouge » est une altération grave qui atteint les salaisons en général et la morue en particulier. Elle occasionne chaque année des pertes considérables. Des milliers de tonnes de produits alimentaires sont frappés et dépréciés ou rendus inutilisables.

L'emploi des milieux très salés nous a permis, après de multiples insuccès, d'isoler à l'état de pureté l'agent bactérien du rouge, le micrococcus rubroviscosus.

Placé à la limite de la visibilité, ce minuscule coccobacille, microbe ténu et visqueux, semble adhérer aux bactéries ordinaires qui ne sont pas la cause du rougissement des salaisons.

Cette bactérie chlorurophile a un développement lent. A 37 degrés, sur milieu solide, elle n'apparaît souvent qu'au bout d'un mois alors que les germes associés cultivent dès les premiers jours.

Le micrococcus rubroviscosus existe dans la plupart des sels, le sel gemme excepté. Les bateaux qui font la pêche à la morue en sont infectés. Il en est de même des usines où l'on traite les morues.

La pullulation du microbe du rouge marque le début de la putréfaction propre aux salaisons (morue, lards, anchois). A ce microbe s'ajoutent d'autres bactéries ou moisissures qui provoquent un ramollissement putride.

Les médecins français en Extrême-Orient. — M. Tuffier, envoyé par l'Académie à l'inauguration de l'Université médicale américaine que l'Institut Rockefeller vient de fonder à Pékin, rend compte de son voyage.

L'auteur montre combien est puissant ce « Médical Collège », organe de recherches et d'enseignement admirablement organisé. Mais même dans cet hôpital c'est la science française qui domine puisque toutes les salles y sont installées suivant les méthodes pastoriennes.

M. Tuffier passe en revue les divers hôpitaux, l'hôpital militaire, l'hôpital central, l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, pauvre et archaïque, mais dirigé par des sœurs d'un absolu dévouement. A Tientsin, nous avons le collège Payang, une de nos plus anciennes écoles de médecine avec son cadre complet, chinois et français.

A Changhaï, l'école de médecine de l'Aurore, malgré les restrictions en instruments et appareils, défend courageusement nos couleurs. Malheureusement notre personnel enseignant est insignifiant. Pourquoi avec nos admirables missionnaires, avec nos médecins qui sont les plus instruits, les plus actifs, les plus courageux, avec nos professeurs de lycée qui sont souvent des hommes d'élite, pourquoi avec tant d'efforts

et tant de qualités n'occupons-nous pas la place franchement prépondérante? L'origine première de cette carence se trouve d'abord dans une infériorité numérique, le défaut d'exportation hors de France, et, en remontant plus haut, on verra que c'est la faible natalité de France qui domine toute la question. Jusqu'au fond de l'Asie elle pèse sur les destinées de notre pays.

— L'Académie procède à l'élection de trois associés étrangers. Sont élus : MM. Ronald Ross (de Liverpool), si connu par ses recherches sur le paludisme et les anophèles; W. W. Keen, l'illustre chirurgien de Philadelphie; Henry Welch, de John Hopkins Hospital de Baltimore.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1921)

Cirrhose bronzée. — MM. ACHARD et LEBLANC rapportent un cas de cirrhose bronzée qui se manifesta cliniquement par une mélanodermie addisonnienne, de l'ascite et un gros foie, sans glycosurie. A l'autopsie, on trouva une cirrhose pigmentaire avec adéno-cancer, des capsules surrénales presque entièrement détruites par des tubercules, une grosse rate avec périsplénite, des noyaux de métastase cancéreuse dans un poumon et du pigment ferrugineux dans les organes, mais seulement du pigment mélanique dans la peau. Dans le foie, le pigment ferrique n'existait que dans les cellules saines et nullement dans les cellules cancéreuses.

A ce propos, MM. Achard et Leblanc distinguent dans le syndrome un élément fixe qui est la lésion du foie et un élément variable constitué par un trouble de l'évolution pigmentaire et un trouble de glycolyse.

M. DE MASSARY signale que le pigment ferrugineux ne siège que dans les glandes sudoripares; le pigment addisonnien dans les glandes de Malpighi.

A propos d'une compression anévrismatique de la veine cave supérieure. Les deux circulations complémentaires cave-cave (azygotique et anazygotique). Les varicosités basothoraciques. La saignée jugulaire. — MM. CHIRAY et SEMELAIGNE à propos d'une compression de la veine cave supérieure par une ectasie considèrent que :

1° Dans la compression le type de la circulation complémentaire superficielle est réglé en partie par la perméabilité ou non de l'azygos. Si celle-ci fonctionne, seul se développe le réseau thoracique supérieur, type normal ou cave-cave azygotique.

Si l'azygos est comprimée le réseau superficiel est thoraco-abdominal, car les anastomoses porto-cave et cave-cave superficielles entrent en jeu (type cave anazygotique).

2° Les varicosités basothoraciques appartiennent aussi bien aux hypertensions porte qu'aux compressions cave supérieure.

3° La saignée jugulaire est une thérapeutique d'urgence très efficace contre les accidents cérébraux menaçant, dus à l'hypertension veineuse céphalique.

Neurofibromatose localisée à disposition en ceinture. — MM. SOUQUES, ALAJOUANINE et J. LERMOYEZ montrent un enfant de douze ans atteint de neurofibromatose localisée. Les auteurs rejettent l'hypothèse d'une névrite hypertrophique limitée aux nerfs intercostaux.

M. LÉRI a constaté un cas semblable chez un soldat polonais pendant la guerre.

Traitement de l'arythmie complète par le sulfate de quinidine. — MM. LIAN et ROBIN rapportent cinq observations dans lesquels le traitement détermine trois succès et un échec; la cinquième malade est en cours de traitement.

Les auteurs insistent sur la disparition de l'arythmie, l'amélioration des signes fonctionnels.

La régularisation peut être précédée d'une phase de tachycardie.

M. LAUBRY qui emploie le sulfate de quinidine couramment dans son service n'a obtenu que des résultats légers et surtout dans les troubles de l'excitabilité. Dans l'arythmie complète constituée par les méthodes graphique et électrocardiographique, les résultats sont très inconstants, éphémères, et l'amélioration tient peut-être à la cure digitalique associée.

M. JOSUÉ a noté une heureuse influence dans 3 cas sur 10, mais par l'emploi de fortes doses (1g20, 1g40); mais il n'a jamais observé l'amélioration des signes fonctionnels qu'on observe surtout après le repos et la digitale.

M. CLERC insiste sur le rôle phrénateur et paralysant du sulfate de quinidine. Il oppose les heureux résultats obtenus expérimentalement chez le chien avec ceux obtenus chez l'homme, qui sont inconstants et passagers. En tous cas, il estime qu'on doit faire précéder le traitement par la quinidine d'une cure digitalique.

Influence inhibitrice de la kinésie volitionnelle sur le tremblement d'un syndrome parkinsonnien unilatéral. — MM. Georges GUILLAIN et Guy LAROCHE présentent une malade chez laquelle on constate un hémisyndrome parkinsonnien gauche qui se caractérise par un tremblement très accentué du membre supérieur, un tremblement moindre du membre inférieur, de l'antépulsion, des douleurs, de la difficulté de la marche normale avec, au contraire, une kinésie paradoxale pour l'acte de courir. Il n'existe aucune paralysie, aucun signe de lésion des voies pyramidales cortico-spinales. Chez cette malade dont l'affection a débuté il y a un an, on constate que les mouvements volontaires inhibent complètement le tremblement et pendant longtemps, car elle peut facilement déchiffrer au piano un morceau difficile, enfiler une aiguille.

On discute, depuis, les travaux de Charcot et de Vulpian sur l'influence de la volonté sur le tremblement parkinsonnien; or, il est très exceptionnel de voir, comme chez cette malade, la kinésie volitionnelle inhiber durant un temps long le tremblement parkinsonnien. Le fait est ici d'autant plus facile à mettre en évidence que l'hypertonie est très peu accentuée et qu'il existe au stade évolutif actuel de l'affection une dissociation entre les troubles du tonus et le tremblement.

Le tremblement de l'hémisyndrome parkinsonnien est sous la dépendance de troubles du corps strié ou des régions hypothalamiques ou mésocéphaliques, troubles agissant sur les voies parapyramidales motrices; il apparaît ici que les incitatiens pyramidales cortico-spinales empêchent durant leur phase d'action, la propagation vers les conducteurs périphériques de ces excitations des voies extrapyramidales.

M. SOUQUES observe actuellement un cas semblable chez un professeur de piano atteint d'un syndrome parkinsonnien.

Traitement des rhumatismes chroniques par le thorium X. — MM. LÉRI et M. THOMAS ont traité, par les injections de thorium X, vingt malades atteints de rhumatisme chronique très prononcé du rachis et des grosses articulations, souffrant depuis plusieurs mois, non soulagés par les traitements habituels et présentant des altérations articulaires manifestes à la radiographie.

Dans huit de ces cas, l'amélioration a été considérable, en ce sens que les douleurs ont diminué dès les premières injections, souvent dès la première, et ont actuellement disparu depuis trois à sept mois. Dans neuf cas, l'amélioration a été nette, mais moins complète; elle se maintient depuis le même temps. Dans trois cas, il n'y a eu aucun changement.

Dans un cas, les douleurs ont récidivé quatre mois après l'interruption du traitement. Dans deux cas, il s'est produit des poussées douloureuses aiguës pendant la continuation même du traitement.

D'une façon générale, on peut dire que, si le succès est inconstant, les résultats obtenus par cette médication se montrent souvent fort encourageants dans des cas où toute autre médication a échoué.

Syphilis héréditaire nerveuse remarquablement influencée par les injections intramusculaires de tartro-bismuthate de potassium et de sodium. — M. L. TIXIER présente un enfant intolérant au mercure et aux composés arsenicaux, qui pour des accidents nerveux de syphilis héréditaire reçoit dix injections de tartro-bismuthate de potassium et de sodium.

Amélioration rapide et guérison constatée par l'examen du liquide céphalo-rachidien.

M. HUDELO insiste sur la valeur de ce nouveau médicament, mais fait des réserves sur l'efficacité et les phénomènes d'intolérance.

M. MILIAN insiste sur son importance dans les cas d'arsenorésistance où il a obtenu d'excellents résultats.

Kala-azar d'origine marocaine. Guérison par le stibényl. — MM. KLIPPEL et MONIER-VINARD rapporte un cas qui est le premier signalé en provenance du Maroc et dont le diagnostic fut porté d'une façon formelle par une ponction de la rate qui montra de nombreux corps de Leishinan. Le stibényl, composé d'antimoine, au bout de huit jours, soit après cinq injections, amena la cessation de la température et la guérison.

NOTES POUR L'INTERNAT

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT

La grossesse extra-utérine est une affection très fréquente et de nombreux travaux de ces dernières années en ont minutieusement fixé la symptomatologie dans ses diverses formes. Elle est cependant assez souvent méconnue et il n'est pas rare que le diagnostic soit seulement établi à l'apparition plus ou moins brusque d'une complication. Aussi doit-on y penser chez toute femme en période d'activité génitale et présentant des troubles pelviens.

La grossesse ectopique peut exceptionnellement se développer dans l'ovaire ou dans la cavité abdominale. Presque toujours elle se développe dans la trompe, constituant ainsi la *grossesse tubaire*. Celle-ci siège habituellement dans la portion *isthmique* ou *ampullaire* de la trompe, plus rarement dans la portion interstitielle ou infundibulaire.

Dans quelques cas, la grossesse extra-utérine peut évoluer jusqu'au voisinage du terme; mais c'est là une éventualité rare. L'œuf se trouve, en effet, dans de mauvaises conditions de développement et la gestation est le plus souvent interrompue par l'apparition de complications; il se produit une *apoplexie ovulaire* suivie d'*hématosalpinx* qui évolue secondairement, soit vers la résolution, soit vers l'avortement, soit vers la *rupture* avec hématocèle enkystée ou inondation péritonéale. Les complications dépendent habituellement du siège de l'insertion de l'œuf : c'est ainsi que la grossesse isthmique aboutit presque toujours à la rupture et que l'avortement survient plus spécialement dans la grossesse ampullaire. Aussi pourrait-on décrire successivement ces deux variétés de grossesses isthmique et ampullaire. En réalité, chacune d'elles est susceptible d'aboutir à des complications différentes; d'autre part, l'inondation péritonéale, ordinairement consécutive à la rupture, peut s'observer aussi à la suite de l'avortement. Aussi semble-t-il préférable de distinguer des formes non compliquées et des formes compliquées.

SYMPTOMATOLOGIE. — La grossesse extra-utérine survient souvent chez des femmes qui ont un passé génital chargé, et on a accusé les inflammations chroniques de favoriser l'arrêt de l'œuf dans la trompe. Souvent aussi, c'est à la suite d'une période de plusieurs années de stérilité qu'apparaît la grossesse ectopique.

A. **Formes non compliquées.** — PÉRIODE DE DÉBUT. — Elle peut se manifester cliniquement par l'apparition de signes communs à toutes les grossesses, signes d'ordre sympathique : troubles digestifs, vomissements, modifications des seins, pigmentation cutanée. Mais ces malaises peuvent manquer ou du moins passer inaperçus au point que la malade ne soupçonne même pas qu'elle est enceinte. Seuls les *vertiges* seraient particulièrement fréquents (Doléris).

Mais il existe surtout deux symptômes de début qui doivent attirer l'attention vers une grossesse extra-utérine; ce sont les *douleurs* et les *modifications des règles*.

Les douleurs sont, en effet, très fréquentes, et la grossesse tubaire est presque toujours une *grossesse douloureuse*. C'est d'ailleurs la raison qui conduit les malades à la consultation. Les douleurs siègent surtout dans un côté du bassin et irradient dans la région lombaire, le périnée ou la région crurale. Elles peuvent consister en une simple sensation de pesanteur. D'autres fois elles sont beaucoup plus aiguës, lancinantes, revêtant les caractères de coliques abdominales aiguës et rappelant les douleurs de la salpingite, de l'appendicite ou de la colique néphrétique.

Plus rarement elles affectent la forme de douleurs par compression avec névralgies sciatiques ou ténesme vésical et rectal; les troubles vésicaux peuvent même acquérir une importance toute spéciale, consistant en pollakiurie et mictions très douloureuses.

Les douleurs commandent l'attitude de la malade qui peut être courbée en deux ou qui accuse l'impossibilité de se coucher sur un côté.

Un second symptôme encore plus important à cette période du début consiste en *modifications des règles*. Celles-ci sont modifiées dans leur *date d'apparition* : presque toujours il y a eu un léger retard d'une à cinq semaines, et c'est là un fait que l'interrogatoire doit bien préciser. Elles sont modifiées dans leur *quantité* et leur *durée*; elles sont plus abondantes que normalement, durent plus longtemps et se reproduisent ensuite très irrégulièrement. Enfin, elles sont rarement constituées par du sang rouge; elles sont plus souvent épaisses, *noirâtres*, parfois couleur chocolat, rouillées ou au contraire séreuses. Dans le sang expulsé, on trouve souvent des *débris de caduque*. Cette expulsion peut se faire à n'importe quelle époque de la grossesse, mais souvent vers la fin du premier mois. Accompagnée de pertes assez abondantes et de douleurs, elle constitue la *fausse-couche tubaire* (Lejars) qui peut être prise pour un avortement banal et traitée par un curettage. La caduque utérine peut être expulsée en entier; elle passe alors rarement inaperçue de la malade; d'autres fois, elle n'est expulsée qu'en lambeaux qu'il faut rechercher avec soin. La présence de ces débris de caduque constitue un signe de la plus grande importance pour le diagnostic.

En somme, s'il existe des pertes utérines, il n'y a pas persistance de règles véritables et on a pu dire que « la femme enceinte n'est pas plus réglée pendant la grossesse ectopique que pendant la grossesse normale » (Pinard).

A l'*examen*, la palpation seule ne donne à cette période aucun renseignement, mais le *toucher vaginal* combiné au palper permet de découvrir des signes importants : l'utérus est légèrement augmenté de volume, cette augmentation n'étant pas d'ailleurs en rapport avec l'âge de la grossesse; le col est rejeté en haut ou en avant ou latéralement; il est surtout ramolli, mais le ramollissement est moins complet et moins accusé que dans la grossesse normale. A côté de l'utérus, on sent parfois une petite masse irrégulière, douloureuse à la pression. Ordinairement cette *tumeur para-utérine* est mal perçue, et on a seulement la sensation d'un certain empâtement unilatéral.

Le *toucher rectal*, qu'il faut toujours pratiquer pour compléter l'examen, permet parfois de mieux sentir la tumeur para-utérine et d'explorer sa face postérieure.

APRÈS LE DEUXIÈME MOIS, la tumeur para-utérine se développant devient beaucoup plus accessible. Des examens en série sont nécessaires pour préciser le diagnostic. Ces examens montrent l'augmentation nette de la tumeur para-utérine qui est située latéralement ou en arrière, surtout dans le Douglas; à son niveau on observe parfois des battements vasculaires, mais on ne constate jamais de contractions. Au développement de cette tumeur il faut opposer le volume de l'utérus qui a très peu varié.

A ce stade, la grossesse tubaire peut être indolore; plus souvent elle entraîne des douleurs et parfois même de légères poussées péritonitiques avec un peu de ballonnement de l'abdomen.

Exceptionnellement, la grossesse peut dépasser le cinquième mois, et dans ce cas de nouveaux symptômes apparaissent qui permettent d'affirmer le diagnostic.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 3 janvier. — Questions données : « Symptômes et diagnostic du pneumothorax spontané. — Luxation du coude en arrière. »

MM. Kaplan et Baranger (André), 12 1/2 ; Mérat, 14 1/2 ; Couturier, 13 1/2 ; Gournay, 15 ; Mlle Wolff, 13 ; MM. Tierny et Bourdillon, 14 ; Banzet, 15 1/2 ; Lumière, 11 1/2.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Bourses de fondations. — Des bourses variant de 500 à 1.500 francs, dont le montant est prélevé sur les arrérages des fondations de la Faculté, peuvent être attribuées pour une année à des étudiants disposant de ressources modestes mais justifiant de leurs aptitudes pour les études médicales.

Ces bourses peuvent être renouvelées.

Les demandes sur timbre adressées au Doyen sont reçues au secrétariat de la Faculté jusqu'au 1er novembre de chaque année. Chaque demande est accompagnée d'un état de situation de ressources de la famille du candidat, établi conformément au modèle mis à la disposition des étudiants, au secrétariat (guichet n° 1).

Les candidats doivent, en outre, justifier qu'ils ont obtenu en moyenne la note « bien » pour l'ensemble des épreuves de l'examen de fin d'année, ou, s'il s'agit de l'ancien régime d'études, à l'examen correspondant à la scolarité accomplie par l'étudiant.

GUERRE. — M. le médecin principal de 1re classe Oberlé est nommé médecin inspecteur et placé hors cadres au Maroc.

M. le médecin inspecteur Arnaud, hors cadres (mission militaire française en Grèce), est réintégré dans les cadres.

M. le médecin inspecteur Sudre, directeur du Service de santé du gouvernement militaire de Strasbourg, est nommé directeur du Service de santé de la 21e région à Strasbourg.

M. le médecin inspecteur Delporte, directeur du Service de santé de la 6e région à Chalons-sur-Marne, est nommé directeur du Service de santé de la 6e région à Metz.

M. le médecin inspecteur Guibal, directeur du Service de santé du 21e C. A. est placé dans la 2e section (réserve) du corps de santé militaire.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Au grade de chevalier.* — M. Touchard, chirurgien-dentiste à Paris.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — *Médailles d'or.* — MM. les Drs Carpanetti (de Bône), Pagès (de Taher).

Médaille de vermeil. — M. le Dr Benhamou (d'El Kettar).

Médailles d'argent. — MM. Bonnet et Jahier, internes à l'ambulance d'El Kettar ; les Drs Marbot (de Mondovi), Quintard (de Bône).

Médailles de bronze. — MM. Randavel et Zimero, internes à l'hôpital de Birtraria ; les Drs Bartoli (de Frenda), Cadi (de Bône).

Mention honorable. — M. Barthélemy, externe à l'ambulance d'El Kettar.

CLINIQUE PROPÉDEUTIQUE (Fondation de la Ville de Paris, hôpital de la Charité, 47, rue Jacob). — M. le prof. Emile Sergent commencera le cours de clinique propédeutique le jeudi 12 janvier 1922, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jours suivants, à l'hôpital de la Charité.

Un droit de laboratoire de 150 francs pour chacun de ces deux cours devra être versé au secrétariat de la Faculté.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE (M. Pierre Sebileau, Directeur des travaux scientifiques). — Le cours de médecine opératoire générale, pour trente élèves, par M. le Dr Jean Quénu, prosecteur, commencera le lundi 9 janvier 1922 à 2 heures et continuera les jours suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 100 fr. — Gratuit pour internes et externes. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-moulin.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE (Hôpital Broca, service de M. le prof. J.-L. Faure). — Gynécologie. — *Cours de perfectionnement.* — MM. les Drs Douay, chef des travaux gynécologiques ; Mossé, chef de clinique ; René Bloch, chef de clinique adjoint,

feront un cours de perfectionnement à la clinique gynécologique (Hôpital Broca), du lundi 9 janvier au samedi 21 janvier 1922.

Le cours complet, en douze leçons, aura un caractère essentiellement pratique.

Les leçons auront lieu chaque après-midi, de 5 h. à 7 h. du soir.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen gynécologique des malades.

Une démonstration cinématographique aura lieu le jeudi 19 janvier à 6 h. du soir.

Le droit à verser est de 150 fr.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants titulaires de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance de versement.

Les bulletins de versement seront délivrés au Secrétariat de la faculté (guichet nº 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 h.

CONFÉRENCES D'OPHTALMOLOGIE PRATIQUE. — M. le Dr Poulard commencera le 23 janvier, à 2 h. 1/2, une série de huit conférences d'ophtalmologie pratique. Il les continuera le lundi, mercredi, vendredi, à la même heure.

Elles auront lieu dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Necker-Enfants-Malades. Elles sont gratuites.

COURS PRATIQUE D'ORTHOPÉDIE DE M. CALOT (douzième année), en sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay : du lundi 23 janvier au 29 janvier 1922.

En une semaine, à raison de 5 heures de travail par jour, de 2 h. à 7 h. du soir. Enseignement de l'orthopédie indispensable aux praticiens. Avec exercices pratiques individuels.

1° *Tuberculoses externes :* abcès froids, adénites cervicales, tuberculoses de l'épididyme et du testicule, mal de Pott, coxalgie, tumeurs blanches, ostéites, péritonite tuberculeuse.

2° *Affections orthopédiques :* scoliose et son traitement moderne, luxation congénitale de la hanche, pied bot, tarsalgie, paralysie infantile, maladie de Little, torticolis, ostéomyélite, déviations rachitiques.

De l' « ostéochondrite » (preuve faite que c'est une subluxation congénitale méconnue.

3° *Fractures* : Comment les praticiens doivent les traiter. Notions indispensables sur l'interprétation de radiographies de fractures. — Le nombre des places étant limité, s'inscrire d'avance, en écrivant au Dr Colleu, Clinique Calot, 69, quai d'Orsay, Paris, ou au Dr Fouchet, Institut Calot, Berck-Plage (Pas-de-Calais). (Programme détaillé sur demande).

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Le tirage de l'*Agenda P.-L.-M. 1922* étant épuisé, la Compagnie informe le public qu'il ne pourrait plus être donné suite aux demandes d'achats qui lui parviendraient désormais.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX, médecins des hôpitaux. *Tome XI :* **Appareil digestif**, par Jean-Charles ROUX, J. CHOMPRET, Gaston DURAND, BRISSAUD, MOUTIER, BENSAUDE, CAUSSADE, TRÉMOLIÈRES (1).

Les notions récemment acquises sur le fonctionnement et les maladies du tube digestif ont nécessité l'usage d'instruments particuliers et d'analyses chimiques précises. Il s'est créée une véritable spécialité dans ce domaine. Aussi le tome XI de la Collection est-il l'ouvrage de médecins qui ont tout particulièrement étudié les affections de l'estomac et de l'intestin. Ils ont résumé en quelques pages leur enseignement journalier et ont donné en un style très clair les méthodes d'examen et de traitement qui doivent servir de guide au médecin traitant un malade atteint d'une dyspepsie ou d'une lésion organique intéressant le tube digestif. Les auteurs ont laissé de côté les théories confuses, les pathogénies indécises, les méthodes d'exploration qui n'ont pas fait leurs preuves. Ils ont montré qu'avec une bonne observation et des moyens de recherche très simples à la portée de tout praticien, il était possible d'obtenir d'excellents résultats thérapeutiques. On reconnaîtra bien souvent dans ce volume l'enseignement clinique du regretté Mathieu; au reste J.-Ch. Roux qui a bien voulu écrire l'introduction, a bien montré l'esprit particulier de ce livre qui ne s'est pas contenté d'exposer les données chimiques de la digestion, mais de montrer avant tout l'importance qu'il fallait attacher au malade lui-même et à ses modes de réaction, variables suivant son hérédité, son tempérament, son système nerveux. L'observation et la thérapeutique clinique prennent la toute première place dans les chapitres qui ont été confiés à MM. G. Durand, Brissaud, Moutier. M. Bensaude a bien voulu prêter sa collaboration pour l'étude des affections du rectum : on sait tous les progrès qu'il a fait faire à la rectoscopie. Il a paru indispensable aux Directeurs de la Collection de compléter cet ouvrage par quelques vues sur l'hygiène de la bouche et des dents : M. Chompret, dont on connaît la compétence en stomatologie donne sur cette question les notions indispensables en pratique courante. Enfin MM. Trémolières et Caussade ont écrit l'intéressant chapitre des péritonites en en développant avant tout la partie médico-chirurgicale qui domine pour ainsi dire toute l'histoire clinique des affections du péritoine. C'est encore un livre de portée essentiellement pratique qui est mis entre les mains des médecins en relation quotidienne avec les nombreux malades qui se plaignent de leur estomac ou de leur intestin.

L. G.

(1) In-8, 1921, 66 fig. et 1 pl. en coul. — Prix : 35 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

NOTES DE PRATIQUE

PRÉSCLÉROSE

Alimentation riche en laitages et légumes, viandes bien cuites et en petite quantité (jamais le soir), suppression des boissons excitantes (thé, café, liqueurs, vin pur).

Matin et soir, dans un verre d'eau minérale, un cachet de Théosalvose pure ou phosphatée, à 0g25.

Gymnastique musculaire, exercice, massage.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 11 janvier. — Jury : MM. Pouchet, président; Balthazard, Couvelaire et Tanon. — M. MERLIN (Jacques). Du traitement des affections rhumatismales. — M. GIRARD (Louis). Contribution à l'étude clinique des œdèmes du col utérin. — M. LEFÈVRE (Georges). Contribution à l'étude de la démence traumatique.

Jeudi 12 janvier. — Jury : MM. de Lapersonne, président; Jeanselme, Nobécourt et Laignel-Lavastine. — M. LUIZY (Eugène). Dystrophie marginale de la cornée. — M. PARANT (Louis). Du diagnostic des syndromes paralytiques chez les syphilitiques. — Mlle RÉQUIN (Jeanne). Leucocytes dans le sang des syphilitiques. — M. SIGRIST (Paul). Les injections sous-cutanées de novarsenobenzol dans la syphilis.

Samedi 14 janvier. — Jury : MM. Bezançon, président; Carnot, Brumpt et Philibert. — M. LENDORMY (Léon). Contribution à l'étude des perforations du diverticule de Meckel. — M. PANAS (Constantin). Constipation et syncopes. — M. MAILLARD. L'échinococcose en Normandie.



HÉMOGLOBINE
DESCHIENS
ANÉMIE
CONSOMPTION
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG

REVUE GÉNÉRALE

LES ÉPANCHEMENTS SANGUINS INTRACRANIENS

D'ORIGINE TRAUMATIQUE SANS FRACTURE DU CRANE

CHEZ L'ADULTE

Par M. YVES BOURDE, interne des hôpitaux de Marseille.

Très fréquents à la suite d'accouchements laborieux avec mort apparente du nouveau-né, les hémorragies intracraniennes traumatiques sans lésion osseuse présentent chez l'adulte par leur rareté relative, la variabilité très grande de leurs symptômes et la difficulté, souvent considérable de leur diagnostic un intérêt chirurgical de premier ordre.

Historique. — Niées par Ruth qui n'admettait leur existence que chez le nouveau-né, ces hémorragies ont reçu une première étude d'ensemble dans la thèse de S. Hovnanian, en 1902 et depuis plusieurs observations en ont été publiées. Lenormant, dans le magistral article qu'il a consacré aux hémorragies traumatiques intradure-mérienne signale la fréquence de ces épanchements sans fracture et rappelle les trois cas qu'en a observé Meyer, en 1911. La guerre a apporté sa contribution à l'étude de la question et il faut citer en premier lieu les travaux de G. Guillain et de Barré. Toût récemment F. Piéri présentait devant la Société de chirurgie de Marseille, un nouveau cas dont il tirait de judicieuses conclusions. Enfin, Rouvillois vient de présenter à la Société de chirurgie de Paris, l'observation fort démonstrative d'un blessé de Phélip (de Vichy) et a cité à ce propos un cas analogue de M. C. Ramm dont l'analyse a été publiée dans le *Journal de chirurgie* de 1912.

Etiologie. — Le traumatisme causal peut être d'intensité variable. En général, d'une violence sérieuse (coup porté sur le crâne, chute) et laissant alors des traces extérieures sur les téguments, il peut être d'une intensité minime et c'est ainsi que Hovnanian cite le cas d'une hémorragie méningée consécutive à une gifle ou à un coup de poing. Dans ces cas, Falk incrimine la minceur insolite des os de la voûte.

Consécutivement à ce traumatisme, la dure-mère est tiraillée, décollée au niveau du cône de dépression, d'où résulte un tiraillement soit des branches, soit du tronc même d'un gros vaisseau. Dans le premier cas on a affaire à une hémorragie lente, dans l'autre à une hémorragie rapide (Dubujadoux).

Anatomie pathologique. — LÉSIONS EXTÉRIEURES. — Elles consistent en ecchymoses, bosses sanguines, plaies de toute nature, sous lesquelles l'exploration chirurgicale ne décèle aucune solution de continuité de la paroi osseuse, mais d'un précieux secours pour la notion du point où a porté le trauma. Parfois on n'observera rien à la simple inspection des parties molles.

SIÈGE DE L'ÉPANCHEMENT. — Comme dans les épanchements compliquant les fractures du crâne, il faut distinguer ici des hémorragies extra, intradure-mériennes et mixtes, quelles soient directes (au point percuté) ou par contre-coup (au point diamétralement opposé).

A. *Hémorragie extradure-mérienne.* — L'opinion classique lui assigne la plus grande fréquence. En détaillant les 13 observations de Hovnanian, on la trouve 11 fois. La physionomie de l'hématome ne diffère en rien de celui qui accompagne une fracture, La zone décolable de Gérard-Marchant, les différentes branches vasculaires, sources de l'hémorragie sont des notions trop communes pour que nous insistions plus longuement.

B. *Hémorragie intradure-mérienne.* Ses caractères n'en ont été élucidés que grâce aux travaux de ces toutes dernières années.

Si l'on admet, avec Henschen, Vibert, Lenormant, que ces hémorragies égalent au moins en fréquence les hématomes extraduraux dans les fractures du crâne, on se rendra compte de leur importance dans les traumatismes fermés où leur existence n'est souvent révélée que par la ponction lombaire. L'abondance de l'épanchement est très variable.

Tantôt « on trouve un cerveau nageant dans le sang » (Bergmann), tantôt il s'agit d'un vaste caillot ou d'une nappe de sang liquide recouvrant toute la surface d'un hémisphère et s'infiltrant vers la base, tantôt on aura un hématome circonscrit par la coagulation du sang à sa périphérie et la formation d'adhérences réactionnelles de l'arachnoïde (Lenormant). Avec Henschen, il faut donc distinguer :

1° Des hématomes péribulbaires ou sous tentoriels dans la zone cérébelleuse.

2° Des hématomes médians interhémisphériques.

3° Des hématomes de la convexité qu'on peut diviser en foyers antérieurs ou frontaux, foyers moyens ou pariétaux, foyers postérieurs ou temporo-occipitaux.

Comme le fait bien ressortir Lenormant, on aura souvent des reprises successives de l'hémorragie : « L'hémostase spontanée est rare, car l'hémorragie se fait dans une cavité arachnoïdienne préformée ou dans les mailles spongieuses et absorbantes du tissu sous-arachnoïdien. »

C. *Hémorragie mixte.* — A la fois extra et intra-dure-mérienne.

Meyer en a rapporté un exemple très net.

D. *Hématomes intra-cérébraux* (Duret) surtout ventriculaires.

LÉSIONS ASSOCIÉES. — On peut observer dans les degrés de la contusion cérébrale, depuis les simples foyers hémorragiques disséminés sur différentes parties de l'encéphale jusqu'aux lésions de contusion destructive avec dilacérations et broiement de la substance nerveuse. Mais alors même que l'œil nu ne distingue pas de foyer d'attrition de la substance nerveuse, on peut déceler, au microscope, des lésions diffuses prédominant en telle ou telle région. Il faut rapprocher ces constatations des descriptions de Koppen, Neumayer, Lecène et Bouttier, Mott, Claude et Lhermitte. Il s'agit bien de « microtraumatismes diffus » qui conditionneront souvent l'évolution et limiteront le pouvoir de l'acte chirurgical.

La compression ou l'irritation des divers centres corticaux pourra entraîner, en plus des phénomènes banaux de compression cérébrale (épilepsie ou coma, etc.) de la cécité, de l'hémianopsie simple ou double, un syndrome de déficit moteur, un syndrome aphasique s'il intéresse la zone de Wernicke (G. Guillain).

L'irritation méningée amènera une hypersécrétion

du liquide céphalo-rachidien qui dilue l'épanchement intradural et augmente la tension intracranienne.

Origine du sang épanché. — Elle est souvent difficile à connaître et Duret, dans son récent ouvrage, insiste sur cette difficulté.

Outre l'hémorragie provenant des vaisseaux méningés, la plus connue, il faut incriminer soit un foyer de contusion cérébrale (Broca et Maubrac) soit les artères cérébrales qui rampent à la surface des circonvolutions (surtout le système de la sylvienne), soit les sinus (Luys, 1900), le golfe de la jugulaire, les granulations de Paccioni, et surtout les veines pie-mériennes dont la paroi est si mince, particulièrement au voisinage de leur abouchement dans le sinus longitudinal supérieur.

Evolution de l'épanchement. — Alors que l'hématome extradural compris dans une zone peu apte à la résorption, a tendance à persister indéfiniment, l'hémorragie intradure-mérienne peut se résorber. Kronlein remarque qu'en effet les espaces arachnoïdiens en large communication avec le système lymphatique forment une vaste surface d'absorption.

Symptomatologie. — Tous les degrés de gravité peuvent s'observer dans le tableau clinique et à côté de la forme commune, il faut, avec Guillain, décrire des formes frustes d'une allure toute différente.

Formes frustes. — Leur symptomatologie, souvent très effacée, mérite d'être retenue. Il s'agit de simple contusion du crâne ou de plaies superficielles du cuir chevelu dans lesquelles on observe, dès le début, un état de confusion mentale ou d'obnubilation psychique plus ou moins marquée. Cet abattement peut parfois faire place à une agitation poussée jusqu'aux crises épileptiformes. Il y a de l'amnésie, une céphalée variable. Objectivement on a noté la raideur de la nuque, le signe de Kernig. Les réflexes tendineux sont le plus souvent vifs, exceptionnellement abolis; il existe des réflexes de défense analogues à ceux de la grenouille, une fréquente inversion bilatérale du réflexe plantaire; les réflexes pupillaires sont normaux. Ajoutons la bradycardie, parfois l'hyperthermie, souvent une teinte cholémique des téguments, conséquence de la biligénie hémolytique locale, enfin différents troubles sensoriels (cécité, hémianopsie, etc.), suivant la zone intéressée. Mais, surtout la ponction lombaire, en ramenant un liquide jaune, rose ou franchement sanglant permettra d'établir le diagnostic.

Ce qui distingue ces formes, c'est que, sous l'influence des ponctions lombaires en série, on voit peu à peu l'état du blessé s'améliorer, celui-ci sortir de sa torpeur, répondre aux questions qu'on lui pose et l'évolution se fait vers la guérison, sans intervention chirurgicale, parfois avec des alternatives plus ou moins inquiétantes d'aggravation passagère et d'amélioration.

Forme commune. — Un blessé, après un coup sur la boite cranienne, une chute ou un choc présente dès le début un état de stupeur marquée ou bien, après une obnubilation passagère reprend connaissance, vaque à ses occupations et ne présente que plus tard des phénomènes de compression cérébrale.

L'*intervalle lucide* de J.-L. Petit est donc d'une variabilité très grande : tantôt réduit à zéro, il dure en moyenne vingt-quatre à quarante-huit heures, mais on l'a vu porté à plusieurs jours, plusieurs semaines (six dans le cas de Phélip).

Quoi qu'il en soit, les accidents une fois déclarés, on constate :

1° Des *signes généraux de compression cérébrale :* céphalée, vomissements, ralentissement du pouls, coma, stertor. Le pouls peut être accéléré à cause de la contusion cérébrale concomitante ou de l'hyperthermie;

2° Des *signes de compression localisée :* rarement ce sont des convulsions annoncées par le signal-symptôme de Séguin, plus souvent des phénomènes d'inhibition : monoplégie brachiale, crurale, paralysie faciale, parfois hémiplégie tous symptômes s'installant avec une progressivité marquée.

Si la compression porte sur la région frontale gauche, on peut observer de l'aphasie surtout motrice : aphémie et agraphie.

Sur la région pariétale : une hémiplégie centro-latérale, parfois une paralysie isolée du membre inférieur (par lésion du sinus longitudinal supérieur).

Sur la région temporo-occipitale : de l'hémianesthésie, de l'hémianopsie avec ou sans hémiplégie;

3° Des *troubles sensoriels :* dilatation pupillaire, réaction nulle ou insuffisante à la lumière, ptosis, paralysie du droit externe, œdème papillaire et péripapillaire, exophtalmie;

4° Des *signes de compression bulbo-médullaire :* exagération des réflexes, signe de Babinski, trépidation épileptoïde du pied du côté opposé à l'épanchement, bradycardie, respiration stertoreuse;

5° Parfois de l'*hyperthermie* dûe pour Battle à la contusion de la base, pour Kronlein à la résorption du sang épanché;

6° Parfois des *signes d'irritations méningées :* douleur localisée très vive, raideur de la nuque, signe de Kernig, agitation délirante.

Evolution. Pronostic. — Bénin dans les formes à peine ébauchées, où la ponction lombaire est à la fois diagnostique et curative, le pronostic est grave dans les formes communes.

Abandonnées à elles-mêmes celles-ci évoluent le plus souvent vers la mort qui est parfois annoncée par des convulsions. Si le malade survit, il faut craindre plus tard des complications causées par les adhérences, les kystes résiduels et bon nombre d'épilepsies relèvent d'une hémorragie intracranienne méconnue.

Si on a recours à la trépanation, les phénomènes paralytiques disparaissent en sens inverse de leur ordre d'apparition. Mais « il faut noter cependant que ces symptômes ne disparaissent pas immédiatement car lorsqu'on a débarrassé la dure-mère de son caillot sanguin, le cerveau ne revient pas immédiatement au contact du crâne... Toutefois si les fonctions cérébrales mettent un certain temps à reparaître, elles se recouvrent intégralement en général » (Hovnanian), à condition que la commotion initiale ne les ait pas lésées irrémédiablement.

Diagnostic. — Diagnostic de l'existence de l'épanchement. — Déjà difficile dans les traumas craniens avec fracture, le diagnostic peut présenter ici des difficultés considérables. Qui dira la liste infinie des erreurs de diagnostic devant ce blessé comateux qu'on nous amène un soir de garde sans commémoratifs, sans ou presque sans trace de traumatisme cranien, sans phénomènes de localisation, qu'on hésite à trépaner et qu'on trouvera chez Morgagni porteur d'un épanchement volumineux?

Certes la vieille schématisation de J.-L. Petit a du bon : on peut diagnostiquer souvent une commotion ou une contusion cérébrale simple. De même le diagnostic de compression crève parfois les yeux et un intervalle libre bien établi, des troubles moteurs localisés ont souvent armé la main du chirurgien et le trépan a ressuscité bien des malades. Mais lorsque manquent ces éléments de diagnostic, que faire?

Une méthode diagnostique des plus précieuses, c'est la *ponction lombaire* qu'on devra pratiquer aussitôt.

Le liquide s'écoule sous une forte pression, son jet peut partir à 30 centimètres. Rarement il aura gardé son aspect normal. Le plus souvent il sera jaune, rose ou rouge. Le microscope y montre une énorme quantité de globules rouges. Ces derniers se sépareront au fond du tube, tandis que le liquide, par suite de leur hémolyse, restera coloré en jaune et il ne se formera pas de caillot. Ces caractères, sur lesquels nous n'insisterons pas, joints à l'épreuve des trois tubes, permettront d'éliminer par blessure accidentelle d'un vaisseau. Nous ne ferons que signaler la *ponction cérébrale* préconisée par Meyer.

En l'absence de notion de traumatisme, il est certain que la présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien permet d'hésiter entre pas mal d'hypothèses : ce sont d'abord toutes les hémorragies méningées idiopathiques relevant de causes organiques : alcoolisme, tuberculose, syphilis, artériosclérose, maladies des reins, du cœur, etc., auxquelles M. Ed. Flatau a consacré un article substantiel dans la *Gazette des hôpitaux* du 30 août 1921. Ce sont ensuite la méningite cérébro-spinale, l'anévrisme, l'épanchement ventriculaire de l'hémorragie cérébrale, les néoplasmes du cerveau et de la mœlle, la méningite tuberculeuse, la pachyméningite spinale qui ne seront que des diagnostics d'exception. Enfin les traumatismes rachidiens.

Mais si le *traumatisme initial est connu*, la question se simplifie. Ayant éliminé la compression par un enfoncement osseux de la voûte et la méningo-encéphalite reste à discuter la commotion, la contusion et l'épanchement sanguin. Si la ponction lombaire est positive, le diagnostic est fait. Mais elle peut être négative, même en cas d'hémorragie intra dure mérienne (Henschen). En tous cas, bien souvent elle ne révèlera rien si l'hématome est extradural. On en est alors réduit à des nuances : paralysies plus étendues dans les hématomes, associées à la respiration stertoreuse, aggravation progressive des symptômes...

N'avons-nous donc aucun critérium assez précis, pour permettre au chirurgien d'intervenir à temps dans les cas d'hémorragies intraméningées rapides où, dès le début les symptômes de la *commotion grave* et de la *compression* sont étroitement associées? Les recherches de Cushing montrent que l'étude de la pression artérielle faite méthodiquement est susceptible de fournir de précieuses indications au point de vue du pronostic, du diagnostic, et de l'intervention. Dans les commotions graves souvent la pression artérielle s'élève considérablement comme Duret l'avait déjà établi en 1878. Elle se manifeste non seulement par un pouls lent et plein, mais encore par divers autres symptômes (torpeur, céphalée, respiration lente, etc.). Tous ces troubles sont le résultat d'une irrigation insuffisante de l'encéphale en corrélation avec le degré de pression intracranienne et de la pression artérielle. Plus cette dernière s'élève, plus la difficulté qu'elle éprouve à vaincre et à dépasser la pression intracranienne, est grande (Parisot, de Nancy, *Rev. méd. de l'Est*, 1910). L'examen clinique de la tension artérielle nous renseigne donc exactement sur la tension intracranienne et permettra souvent, là où tous les autres symptômes faisaient défaut, de porter le diagnostic de compression cérébrale qui, en l'absence d'enfoncement osseux, ne peut être dûe qu'à un épanchement.

Diagnostic de la variété anatomique. — Il n'a pas un intérêt purement théorique puisque la conduite à tenir est différemment interprétée suivant les auteurs. Une ponction lombaire ramenant un liquide sanglant plaide en faveur d'une hémorragie intradurale, tandis que dans l'hématome extraduremérien le liquide sera incolore, parfois mais rarement teinté de jaune par transsudation (Sicard). Il en fut ainsi dans l'observation de Piéri où une première ponction ramena un liquide clair et une deuxième pratiquée deux jours après, un liquide légèrement rosé.

Mais, outre ce signe de grande valeur, il en existe d'autres qui permettent de préciser le siège de l'hématome. On rencontre en effet dans les forme intradure-mériennes :

a. Uue longueur en général plus grande de l'intervalle libre;

b. Une évolution par étapes d'aggravations successives;

c. Une prédominance des phénomènes d'excitations sur les phénomènes de dépression; d'autre part, par son étendue l'hématome peut agir sur des régions assez éloignées l'un de l'autre : par exemple on trouvera une irritation des centres de la face et du membre inférieur alors que le membre inférieur sera indemne;

d. L'absence fréquente de paralysies;

e. La fréquence de l'hyperthermie;

f. Des risques d'irritation méningée : raideur de la nuque, Kernig, douleur localisée.

Diagnostic du côté lésé. — En l'absence de traces extérieures de traumatisme, la présence d'une hémiplégie, d'une paralysie, d'une simple parésie ou même d'un signe plus minime tel que trépidation épileptoïde d'un pied, signe de Babinski, etc., invitera à trépaner du côté opposé en se souvenant toutefois que la paralysie homonyme par non-décussation des pyramides ou épanchements par contrecoup existe environ sept fois sur deux cent cinquante-sept (Wiesmann), que, d'autre part pour les uns (signe de Griesinger) la pupille est dilatée du côté opposée, pour les autres du même côté (Wiesmann). Si tous ces signes manquent on pourra peut-être compter parfois sur le signe de Ortner (muscles respiratoires du côté opposé à la lésion plus ou moins troublés dans leur fonctionnement) et sur le signe de Ledderhose (stase papillaire du côté de l'épanchement). Mais ce sont là des symptômes exceptionnels et fortement contestés.

Traitement. — De même que le siège de l'épanchement peut varier, de même la conduite à tenir ne ne saurait être univoque. En ce qui concerne les *hémorragies extradurales*, l'accord semble être fait à l'heure actuelle : longtemps combattue par Denonvilliers, Malgaigne, G. Marchant, dans les traumatismes craniens fermés, préconisée par Dubujadoux, Chauvel, Hutchinson, Duret, etc., « la trépa-

nation est utile non seulement contre les symptômes de compression, mais aussi pour combattre et prévenir les phases mêmes de congestion » et nous sommes loin de la phrase de Stromeyer disant « qu'il fallait soi-même avoir la tête fêlée pour intervenir dans des cas pareils ».

Nous ne citerons que pour mémoire les procédés de compression de la carotide primitive (House, Horsley), la ligature de la carotide primitive (Bentley, Alexander, Gangie) ou de la carotide externe (Horse, Roser) pour insister seulement sur la valeur de la trépanation, suivie d'évacuation du caillot et de l'hémostase avec les nombreux procédés qu'elle comporte. Mais si le principe de l'intervention est admis par tous, il est souvent bien difficile de le mettre en pratique. Et sur ce point nous ne saurions mieux faire que de conclure avec F. Piéri :

« *Quand faut-il intervenir ?* Il ne peut être question de formule définitive que les faits se chargeraient de mettre en défaut. Cependant... en l'absence de tout symptôme localisateur, nous serions disposé à intervenir si, après la quarante-huitième heure, il ne s'est produit aucune amélioration des troubles intellectuels (reprise de connaissance) pensant qu'à ce délai doit correspondre une relation des phénomènes commotionnels.

Comment intervenir ? Par une trépanation faite d'un côté d'abord, de l'autre ensuite, si la première trépanation n'a pas découvert de lésion. Mais, lors même qu'on aura trouvé et fait disparaître l'agent de compression, est-ce à dire que la situation sera jugée ? Je ne le pense pas : il reste encore à faire l'évaluation de la contusion cérébrale, facteur essentiel dans plus d'un cas, permettant la guérison quand elle a été légère, entraînant la mort, malgré l'intervention, quand elle a été profonde » (*Marseille médical*, 1er juillet 1921).

Plus complexe encore est la question de l'intervention *dans les hémorragies intradure-mériennes.*

Dans les cas simples, l'abstention opératoire est de règle, la ponction lombaire suffit.

Dans les cas graves avec troubles de compression mettant immédiatement la vie en danger, l'intervention s'impose.

La difficulté réside dans ces cas, où l'état n'est pas très inquiétant, mais où il existe des symptômes de localisation. « Dans ces conditions, l'ouverture de la dure-mère est-elle indiquée ? Guillain insiste beaucoup sur ce fait que l'ouverture de la dure-mère aggrave beaucoup le pronostic immédiat et surtout le pronostic éloigné et considère que les symptômes de localisation ne sont nullement une indication impérative. » Les symptômes s'améliorent soit spontanément, soit à la suite de simples ponctions lombaires. Celles-ci d'ailleurs ne tendent pas, dans la période initiale, à soustraire une assez grande quantité de liquide, de crainte de provoquer une nouvelle hémorragie. Dans les jours suivants, au contraire, elles diminueront l'hypertension du liquide céphalo-rachidien et permettront l'évacuation des produits d'hémolyse toxique.

« Dans les cas qui remontent à quelques jours, si l'hématome, préalablement reconnu, n'est pas en voie de régression manifeste, nous croyons, dit Rouvillois, son ouverture indiquée à un moment où l'hémostase spontanée peut être considérée comme définitive... Nous pensons également qu'elle peut prévenir le développement d'une pachyméningite chronique ou de ces cavités kystiques à contenu plus ou moins séreux qui se rencontrait parfois au cours des interventions chirurgicales chez les anciens traumatisés du crâne. »

Quant à la technique suivre, elle est actuellement trop bien réglée pour que nous la développions ici. Disons seulement que, en l'absence de signes locaux, on sera souvent embarrassé dans le choix du côté à aborder; on devra se laisser guider par le moindre signe de localisation et encore sera-t-on parfois amené à pratiquer deux craniectomies successives.

L'hématome extradural sera facilement reconnu et évacué. Mais parfois l'aspect de la méninge dure qui est tendue et immobile affirme l'existence d'un caillot sous-dural. Il faudra alors l'inciser sans hésitation, même si on ne voit pas l'hématome qu'une exploration plus attentive fera alors découvrir. Enfin, si en 1913, Lenormant préconisait le drainage, la plupart des auteurs par contre pensent actuellement que la ponction lombaire suffira pour jouer le rôle de soupape de sûreté.

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie antérieure à 1902 est contenue dans la thèse de S. Hovnanian.

Abadie (J.). Traumatisme cranien, épilepsie jacksonniene, œdème papillaire, amélioration des troubles visuels immédiatement après une ponction lombaire. Guérison définitive à la suite du traitement mercuriel, *Clin. ophtalm. de Paris*, 1903.

Alessandri. Ematoma sottodurale cerebrale circoscritto traumatico. Intervento. Guarigione, *Bull. d. r. Accad. med. di Roma*, 1910.

Beckman. Early operations for severe injuries of the head, report of two cases of meningeal hemorrhage, *Interstate med. Journ.*, Saint-Louis 1916.

Bourgeois. Compression cérébrale par hématome intracranien. Trépanation. Ligature de la méningée moyenne, guérison, *Union méd.*, Canada 1909.

Bouttier. Contribution à l'étude neuro-physiologique des traumatismes cérébraux récents, *Th. de Paris*, 1918.

Burns. Rupture of the middle meningeal artery by contre-coup, *Brit. med. Journ.*, 1904.

Bussalay. Osservazioni su alconi casi di traumatismo del cranio ed all'opportuno trattamento terapeutico, *Riv. veneta di sc. med.*, 1914.

Busse (V.). Ueber Haematoma durae matris und Schädeltrauma, *Münch. med. Woch.*, 1918.

Chassin. Traitement des traumatismes fermés du crâne, *Soc. de méd. milit. franç.*, 1911.

Coheur. Epanchement sanguin intracranien consécutif à une contusion de la tête, *Ann. de la Soc. méd.-chir. de Lyon*, 1904.

Courtney. The temperature as a valuable guide to diagnosis, prognosis and surgical treatment in cranio-cerebral traumatisms, *Boston Med. and surg. Journ.*, 1917, p. 511.

Darde. Traitement des traumatismes fermés du crâne, *Soc. de méd. milit. franç.*, Paris 1910.

Dennis. Head injuries in reference to intracranial tension, *Saint-Paul med. Journ.*, 1903.

Dugan. Head injuries, particularly in regard to dehayed troubles following apparently slight injuries and remarkable recovery from serious ones, *Railway surg. Journ.*, Chicago 1913, t. XX, p. 89.

Duret. *Traumatismes cranio-cérébraux.*

Espine (d'). Hémorragie méningée sous-arachnoïdienne inférieure, clinique chirurgicale infantile de Genève, *Presse méd.*, 1911, p. 401.

Evans. Intracranial injuries. Value of certain signs in the diagnosis, prognosis, treatment, *Wisconsin med. Journ.*, 1912.

Flach. Contusion violente du crâne, rupture de la méningée moyenne, lésion du cerveau, mort, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1905.

FLATAU. Les hémorragies méningées idiopathiques, *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 68.
FRECUS. Traitement des traumatismes fermés du crâne, *Soc. de méd. milit. franç.*, 1911.
GIORGI. La dottrina e la pratica della chirurgia d'urgenza nei traumi del cranio e del cervello, *Ann. di med.*, nov. 1915.
GOINARD. Présentation de deux trépanés arrivés comme blessés légers, *Presse méd.*, 1916, p. 524.
GUILLAIN (G.). Les hémorragies méningées consécutives aux plaies non pénétrantes et aux contusions du crâne, *Arch. méd. belges* (Liége), mars 1919, t. LXXII; — Les hémorragies méningées dans la pathologie de guerre, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 2 avril 1918, et *Presse méd.*, 5 sept. 1918, n° 49, p. 449-452.
GUILLAIN (G.) et BARRÉ (J.). Hemorragies méningées consécutives à des commotions par déflagration d'explosifs sans plaie extérieure, *Ann. de méd.*, nov.-déc. 1917; — Les réflexes de défense vrais au cours des syndromes méningés (hémorragies méningées, inflammations aiguës), *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 13 oct. 1916.
HARTWELL. Des indications opératoires dans les traumatismes fermés du crâne, *Soc. de chir.*, New-York 1908; *Revue de chir.*, 1908, p. 447.
HARRIGAN. Subdural hemorrhage osteoplastic flap, *Med. Record*, New-York 1919, p. 341.
HAYEM. Traumatisme cranien fermé, *Marseille méd.*, 1er août 1921.
HENSCHEN (K.). Diagnostik und operation der traumatischen subduralblutung, *Arch. f. klin. Chir.*, 1912, t. XCIX.
HERRICK. Diagnosis of head injuries, *New-York med. Journ.*, 1903.
HOVNANIAN. Rupture de l'artère méningée moyenne sans fracture du crâne, *Th. de Paris*, 1902.
IMBERT et DUGAS. Les petits traumatismes du crâne, *Revue de chir.*, 1910.
ISELIN (A.). Les indications de l'intervention dans les traumatismes du crâne, *Med. prat.*, 1910.
KUCHARZEWSKI. Cinq cas de rupture de vaisseaux intracraniens consécutive à un traumatisme sans blessure du crâne, *Kron. lek. Warszawra*, 1906.
LAM (P. W.) et LAW. Case of intracranial hemorrhage with symptoms of compression, *Lancet*, 1916, p. 350.
LANDRY. Intracranial hemorrhage due to rupture of middle meningeal artery; report and exhibition of three operated cases with recovery, *Nouvelle-Orleans med. and surg. Journ.*, 1914-1915, p. 783; — Intracranial hemorrhage due to traumatic rupture of arteria meningea media; report of six cases with one death, *South. med. Journ.*, Nashville 1916, t. IX.
LATOUR. Trépanation précoce dans les fractures du crâne, *Presse méd.*, 1907, p. 513.
LAUDER. Paralysis of external recti muscles appearing after a blow on the skull, *Opht. Record*, Chicago 1903.
LECÈNE et BOUTTIER. Importance de l'état commotionnel dans le pronostic des traumatismes craniens, *Presse méd.*, 1919, n° 67.
LERICHE. Etude sur les plaies du crâne et les contusions du cerveau, *Lyon chir.*, 1er sept. 1915.
LHERMITTE. Etude des lésions histologiques fines de la commotion de la moelle épinière, *Ann. de méd.*, mai-juin 1917, n° 3.
LENORMANT. Hémorragies traumatiques intradure-mériennes, *Presse méd.*, 4 janv. 1913, p. 13.
MAC GLANNAN. The indication for operation in head injuries, *West. Virgina med. Journ.*, 1916-1917, t. XI.
MAIRET et PIÉRON. De la différenciation des symptômes commotionnels et des symptômes atypiques dans les traumatismes cranio-cérébraux, *Montpellier méd.*, 1916, p. 174.
MARTIN. Rupture of the middle meningeal artery produced by a blow with a base-ball, *Nouvelle-Orleans med. and surg. Journ.*, 1905.
MEYER (A.). Ueber traumatische meningeale Spatblutungen, *Mitt. aus den Grenzg. der Med. und Chir.*, 1911.
MOTT. The microscopic examination of the brain of the men dead of commotion cerebri (shell-shock) without visible external injury, *Brit. med. Journ.*, 1917.
MORER. Traumatismes du crâne, *Dauphiné méd.*, 1903.
MOULIN. A case of cortical hemorrhage without fracture on external sign of injury causing fits and paralysis, operation, recovery, *Lancet*, 1904.
OPSKIN. Diagnostic et traitement des hémorragies extradurales traumatiques, *Khir. Arkh. Velyam.*, 1910.
PARCELIER et LANDE. Sur un cas de rupture de la méningée sans traumatisme du crâne, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1911.
PAUCHET. Traumatismes craniens. Pronostic, traitement, *Clinique*, 1906.
PAUL et BREWSTER. Traumatic subdural fronto-basal hemorrhage without definite localizing symptoms; operation, recovery, *Boston med. and surg. Journ.*, 1908.
PHÉLIP. Traumatisme du crâne. Hémorragie intradure-mérienne tardive. Trépanation. Guérison (rapport de M. H. Rouvillois), *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1921, t. XLVII, n° 25.
PICQUÉ. Des épanchements sanguins intracraniens, *Soc. de chir. de Paris*, 21 déc. 1910; — Traitement des traumatismes fermés du crâne, *Soc. de méd. milit. franç.*, 1911.
PIÉRI (F.). Contusion du crâne avec hématome extradural, *Marseille méd.*, 1er juillet 1921, n° 13.
RAMM (M. G.). Hémorragie intracranienne sans fracture des os du crâne, *Kharkov med. Journ.*, 1912, t. XIV.
RAWLING. Traumatic subdural hemorrhage, *Practitioner*, 1919.
REYNOLDS. Subdural haematoma, *Internat. Clin. Phil.*, 1917.
RIVET. Trois interventions pour épanchements sanguins intracraniens sans fracture extérieure apparente, *Gaz. méd. de Nantes*, 1908.
ROCHER et LOGRE. Volumineux hématome extradure-mérien exclusivement frontal sans symptômes neurologiques de localisation, *Revue neurol.*, 1916, p. 253.
SACHS et ELSBERG. Extensive subdural hemorrhage after trauma with mental desturbances due to involvement of the right frontal lobe. Operation-cure, *New-York med. Journ.*, 1916.
SAVARIAUD. A propos des traumatismes craniens, *Péd. prat.*, Lille 1910; — Epanchement sanguin sous-dure-mérien chez une fillette de treize ans. Trépanation, guérison, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1914, p. 119.
SCHLESINGER. Apparition passagère du signe d'Argyll-Robertson à la suite d'un traumatisme cranien, *Soc. de méd. int.*, Berlin 1906.
SHARPE. Diagnosis and treatment of brain injuries with or without fracture of the skull, *Ann. Journ. surg.*, New-York 1918.
STEWART. Rupture of the branches of the middle meningeal artery by contre-coup, *Trans. Philad. Acad. surg.*, 1904.
TERRA-ABRAMI. Sull indicazioni dell' intervento sul trettamento primitivo dei traumi cranio-encefalici, *Giorn. di med. milit. Roma*, 1911.
TILTON. Extradural hemorrhage. Recovery after trephining, *New-York med. Journ.*, 1912.
TIXIER. Hématome sous-dure-mérien traumatique guéri par la trépanation, *Lyon méd.*, 1909.
VANDENBOSSCHE. Traumatismes de la voûte du crâne, *Lyon chir.*, 1908-1909.
VISCHER. Ueber traumatische subdurale Blutungen mit langem Intervall, *Arch. f. klin. Chir.*, 1914.

PSYCHIATRIE MILITAIRE

SYNDROMES — ÉVALUATIONS

Par R. BENON,
Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes.

Lorsqu'un médecin spécialiste des maladies mentales vient à consulter le *Tableau synoptique* résumé des divers barêmes à appliquer aux infirmes et malades de la guerre de 1914-1918, lequel a été publié par le ministère de la Guerre (instruction du 10 juillet 1919) comme suite à la loi du 31 mars de la même année (1), il éprouve forcément un certain degré de

(1) Paris, 1919, Henri-Charles Lavauzelle.

surprise. Considérant les divers points qui se rapportent à la pathologie mentale, il voit la paralysie générale figurer à côté des monoplégies et des paraplégies, avec comme taux d'évaluation 10 (?) à 100 p. 100; il voit au chapitre « altération grave des facultés mentales » (et pourquoi ce titre singulier?) il voit les états démentiels et chroniques, les psychoses chroniques d'emblée, évaluées encore de 10 (?) à 100 p. 100. De pareilles incohérences sont douloureusement symptomatiques de l'état actuel de la psychiatrie. L'essai qui va suivre et qui nous a été demandé, il y a déjà quelque temps, par un délégué de la C. C. M. de Paris, ne vaudra que comme travail personnel (1), alors que c'est un travail collectif qui s'imposerait. Nous allons passer en revue, rapidement, les divers *syndromes* de la pathologie mentale, quelle que soit leur étiologie (traumatique ou commotionnelle, infectieuse, émotionnelle, etc.), et nous dirons quelles évaluations ils comportent.

I. **Le syndrome délire.** — On peut distinguer cinq variétés de syndromes délirants, faciles à constater, d'observation commune (sauf un, le délire de revendication), ce sont :

1. Le syndrome délirant systématisé hallucinatoire chronique;
2. Le syndrome délirant systématisé interprétatif chronique;
3. Le syndrome délirant systématisé revendicatif chronique;
4. Le syndrome délirant non systématisé hallucinatoire chronique;
5. Le syndrome délirant aigu hallucinatoire anxieux.

Quels sont les caractères essentiels de ces syndromes? Quelles indemnités ou solutions nécessitent-ils? Disons de suite que, pratiquement et en principe, ils sont tous acquis, comme d'ailleurs sont acquises à peu près toutes les maladies psychiques.

1. **Le syndrome délirant systématisé hallucinatoire chronique.** — Nous étudierons successivement la variété des thèmes délirants, la nécessité des enquêtes de gendarmerie et les degrés d'évaluation des infirmités.

a. *Le thème du délire.* — Le thème délirant affecte des types variés. Celui qu'on observe le plus communément dans les centres de réforme est le *délire de persécution*, que le malade vive en liberté ou qu'il soit placé dans un établissement d'aliénés. On peut observer encore des délires de grandeur, d'invention, de religion, etc. Tous ces syndromes vésaniques sont, ici, systématisés, c'est-à-dire cohérents, précis dans leur enchaînement, à la condition qu'on veuille bien se donner la peine de les examiner longuement. Enfin ils évoluent d'une manière chronique; les rémissions sont rares et presque toujours négligeables pratiquement.

On doit placer, à côté du délire de persécution (ou de grandeur, etc.), systématisé hallucinatoire chronique, le *délire mélancolique* et le *délire hypocondriaque*. D'origine émotionnelle ou passionnelle, comme presque tous les délires, ces psychoses sont nettement systématisées et chroniques. A la période d'état, la mélancolie délirante avec ses idées d'auto-accusation, de culpabilité, d'indignité, de ruine, de damnation, etc., s'accompagne presque toujours de troubles psycho-sensoriels (illusions et hallucinations de l'ouïe), mais on constate aussi que certaines idées délirantes sont simplement basées sur des interprétations absurdes. Le délire hypocondriaque est beaucoup plus discuté dans les centres de réforme que les autres variétés de délire et pourtant il est nettement systématisé et chronique. Est-il basé sur des illusions et des hallucinations de la sensibilité générale, ou bien sur des sensations périphériques ayant une existence réelle et interprétées d'une façon extravagante? L'expert peut être embarrassé pour se prononcer exactement. Le délire de ces derniers malades est souvent méconnu; le médecin non spécialiste sourit des déclarations des hypocondriaques ou bien, drôlement, il s'essaie à la psychothérapie; presque toujours d'ailleurs, il tend à conclure à l'exagération ou à la simulation.

b. *Enquêtes de gendarmerie.* — Pour tous ces malades mentaux (persécutés, mégalomanes, mélancoliques, hypocondriaques, etc.), quand ils vivent en liberté, dans leur famille, — il est indispensable à l'expert de posséder au moment de son examen des enquêtes de gendarmerie détaillées et claires. Ces enquêtes d'un modèle spécial, seront exécutées d'après les dires de plusieurs sortes de témoins (témoins pris dans la famille, — la chose est formellement indiquée parce que les maladies mentales sont souvent cachées, — et témoins pris dans le voisinage); *elles établiront notamment, aussi exactement que possible, l'état actuel de la capacité ouvrière du patient.* Il est absolument nécessaire de faire préciser ce point dans les enquêtes. Chose curieuse, les mêmes malades mentaux, non plus libres, mais aliénés, c'est-à-dire placés dans une maison de santé pour le traitement des maladies mentales, sont beaucoup plus largement indemnisés, parce que mieux protégés par le médecin que les malades délirants conservés dans les familles. Les considérations qui précèdent relativement aux enquêtes de gendarmerie sont valables pour tous les cas d'expertise psychiatrique. Nous ne les répéterons point pour chaque syndrome.

c. *Evaluations de l'infirmité.* — Un délirant systématique, halluciné, chronique, s'il peut vivre en liberté, n'est généralement pas incapable de travailler, ni même de gagner sa vie. Quelquefois, cependant, à cause des troubles du caractère surajoutés à la psychose, à cause de l'instabilité du sujet et de ses réactions impulsives, la capacité ouvrière sera diminuée des deux tiers. Toujours ces malades sont une lourde charge pour les familles; ils nécessitent, même s'ils travaillent, une surveillance à peu près continue; enfin ils sont la source de soucis et d'inquiétudes quotidiennes : les persécutés à cause des actes dangereux qu'ils sont susceptibles de commettre; les mélancoliques, en raison de leurs idées de suicide; les hypocondriaques, du fait de leurs exigences d'ordre thérapeutique.

Voici, exprimées en chiffres, les évaluations que nous proposons, suivant les constations faites :

a. Délirant systématique, halluciné, chronique, vivant en liberté et capable de gagner sa vie : 20 à 40 p. 100;

b. Le même malade, vivant en liberté, mais dont la capacité de travail est diminuée des deux tiers : 60 à 70 p. 100.

c. Le même malade, vivant en liberté, mais dont la capacité ouvrière est nulle, et qui nécessite des soins actifs et une surveillance continue, 100 p. 100.

Faisons remarquer enfin qu'à l'asile des aliénés,

(1) R. Benon. *Eléments de pathologie mentale, clinique et médecine légale*, 242 p., Paris, 1921, G. Doin.

le même malade, qu'il travaille ou qu'il ne travaille pas, jouit d'une pension de 100 p. 100.

2. **Le syndrome délirant systématisé interprétatif chronique.** — Le thème du délire, dans les syndromes délirants systématisés interprétatifs chroniques, est constitué le plus souvent, comme chez les malades précédents, par des idées de persécution. Chez les mélancoliques délirants, les interprétations, multiples et absurdes, sont souvent plus nettes et plus développées que les hallucinations. Beaucoup d'hypocondriaques délirants sont aussi des interprétants plutôt que des hallucinés. En fait pour ce syndrome délirant, la difficulté du diagnostic réside dans l'existence ou l'absence des troubles psycho-sensoriels. Le langage de l'interprétant, les idées qu'il exprime en général, le délire rétrospectif qu'il échafaude, sa conduite habituelle, sont ordinairement bien caractéristiques.

Pour l'évaluation de l'infirmité des cas de délire d'interprétation, nous suivons les mêmes principes que ceux que nous avons énoncés ci-dessus, relativement à la psychose hallucinatoire systématisée chronique.

3. **Le syndrome délirant systématisé revendicatif chronique.** — Ce syndrome délirant est très rare : à l'asile des aliénés on en observe environ cinq cas sur mille malades. Il ne faut pas le confondre avec les tendances revendicatrices qu'on constate dans la « sinistrose », et qui sont fréquentes. On écrit communément que la sinistrose marque le point de départ de l'hyperthymie délirante revendicatrice chronique (délire de revendication); en vérité ce sont cas exceptionnels. Dans le délire de revendication, on ne relève ni hallucinations, ni illusions, ni interprétations multiples, variées, fantastiques, mais simplement une idée obsédante avec des réactions, dangereuses ou non, remarquablement et souvent ingénieusement systématisées autour de cette idée.

Le délire de revendication s'atténue quelquefois après de longues années de maladie. Ces cas, du point de vue militaire, sont naturellement difficiles à évaluer. Si le patient vit de la vie libre et si la capacité ouvrière est profondément diminuée du fait de réactions pathologiques quotidiennes, on pourra évaluer le taux de l'invalidité à 60 ou 80 p. 100. A l'asile des aliénés, le malade est réformé à 100 p. 100.

4. **Le syndrome délirant non systématisé hallucinatoire chronique.** — Ce syndrome délirant non ou mal systématisé est, en psychiatrie militaire, le plus commun de tous les syndromes délirants : on le rattache à cette vaste entité psychopathique qu'on a appelée la « démence » précoce. Chez ces malades, le délire qui est confus, vague, polymorphe, est généralement de constatation aisée, mais en revanche l'observateur parvient difficilement à savoir s'il y a ou non affaiblissement des facultés intellectuelles. Ces syndromes délirants non systématisés et chroniques (qui répondent à l'ancienne démence vésanique des auteurs) sont basés sur des illusions et hallucinations, plutôt que sur des interprétations, mais toujours les troubles psycho-sensoriels sont d'une analyse clinique délicate et peuvent rester obscurs, incertains. Constamment, chez cette variété de malades, on note de l'indifférence émotionnelle, de la diminution de l'affectivité, des réactions discordantes ou dysharmoniques, c'est-à-dire en contradiction avec l'idéation exprimée. Enfin les stéréotypies du langage, des gestes ou des attitudes y sont très communes.

Sauf exception, la capacité professionnelle, dans ces cas, est nulle. Un certain nombre de patients vivent en liberté dans leur famille : une indemnité élevée doit leur être accordée : 60 à 100 p. 100 ; on tiendra compte spécialement du degré extrême de surveillance exigé par le patient.

5. **Le syndrome délirant aigu hallucinatoire.** — Dans la plupart des cas, il s'agit de délires toxiques ou infectieux, qui se terminent par la guérison. Les malades sont à traiter dans les hôpitaux militaires ou dans les établissements départementaux d'aliénés ; une fois l'affection terminée, un congé de convalescence de trois mois s'impose.

Les syndromes délirants aigus chez les « prédisposés » ou les « héréditaires », sont comme les précédents, susceptibles de se terminer favorablement. Pour ces malades, la réforme *temporaire* n° 1 ou n° 2, suivant les circonstances, est plus souvent indiquée que le congé de convalescence de longue durée.

Il est des syndromes délirants aigus, qui ne guérissent qu'en apparence. La psychopathie reste à l'état de rémittence et elle récidive à la moindre occasion, mais jamais spontanément. Ces délires aigus ou subaigus « à éclipses » peuvent être méconnus dans leur origine première : ils sont très rares. Sur 3.000 malades, nous n'en avons observé que deux ou trois cas, en dehors des faits relevant de la « démence » précoce. Ils entraînent la réforme n° 1 temporaire avec indemnité de 40 à 80 p. 100, suivant la capacité ouvrière établie par l'enquête.

II. **Le syndrome démence.** — Nous n'étudierons ici que la démence paralytique, la démence « organique » et la démence précoce.

1. *La démence paralytique.* — La paralysie générale progressive ou démence paralytique (le mot est de Baillarger), confirmée par l'examen biologique, ne peut pas être indemnisée moins de 60 p. 100, quelle qu'en soit la période. Actuellement, si les examens sont pratiqués complètement et consciencieusement, il n'y a pas cinq chances d'erreur sur mille, et ces erreurs concernent toujours des cas de syphilis cérébrale, graves et chroniques. Pourquoi le chiffre de 10 p. 100 dans le tableau des barèmes ? D'où vient une pareille erreur ? Un paralytique général, calme, docile, obtient, à l'asile des aliénés, 100 p. 100; pourquoi, dans sa famille, étant donné les soins qu'il exige, ne lui donner que 40 ou 50 p. 100 ?

2. *La démence « organique ».* — La démence « organique » d'origine alcoolique, syphilitique, artériosclérotique, traumatique, etc., ne fait qu'exceptionnellement l'objet d'examens spéciaux dans les centres de réforme. C'est une maladie mentale moins grave que la paralysie générale ; elle est sujette à des rémissions de très longue durée ; si elle est progressive, elle ne l'est que lentement ; mais souvent elle s'accompagne d'ictus apoplectiques ou épileptiques, avec ou sans hémiplégies, d'épisodes confusionnels ou délirants, etc., de sorte que l'indemnité accordée peut être très élevée, jusqu'à 80 et 100 p. 100 : elle ne sera d'ailleurs jamais de moins de 50 p. 100.

3. *La « démence » précoce.* — La « démence » précoce, avec ou sans idées délirantes, constitue une affection très grave, quand elle est bien caractérisée, c'est-à-dire quand on constate de l'indifférence émotionnelle, de l'apathie, de l'incohérence de l'idéation, des stéréotypies, de la suggestibilité

ou du négativisme, etc. L'indemnité à accorder à ces malades est de 80 à 100 p. 100.

Les formes frustes de la « démence précoce », sans délire, sans agitation, etc., sont quelquefois compatibles avec une certaine activité professionnelle utile, surtout si les manifestations hypothymiques, toujours essentielles, sont assez peu accusées. A noter qu'il importe de ne pas confondre ces malades avec les asthéniques chroniques légers. De toutes façons, si la psychopathie est bien nette, l'infirmité ne saurait guère être évaluée au-dessous de 50 p. 100, ou alors il y a erreur de diagnostic.

III. **Le syndrome manie.** — Un syndrome maniaque vrai, pur, se termine assez souvent par la guérison. La pension d'un tel malade peut donc être réduite à zéro. Il importe pourtant de savoir que la manie est une affection essentiellement récidivante et spontanément récidivante (on peut se demander en lisant les travaux modernes, s'il ne s'agit pas là d'anaphylaxie, le choc colloïdal se produisant après sensibilisation de l'organisme à une protéine déterminée, ou de choc protéinique d'emblée par le fait d'une sensibilisation organique héréditaire) : c'est alors la psychose périodique, ou manie périodique, ou manie intermittente. Nous pensons qu'une indemnité de 10 à 20 p. 100 doit être maintenue à de tels malades pendant plusieurs années. Si la périodicité, au moment de l'examen, est confirmée, l'affection est à évaluer suivant les cas de 40 à 80 p. 100. Tous ces malades, à l'asile, obtiennent 100 p. 100. Ceux qui vivent libres seront toujours, probablement, moins indemnisés que ceux qui sont traités dans des établissements d'aliénés.

IV. **Le syndrome dépression ou asthénie.** — C'est le syndrome le plus difficultueux de la pathologie mentale et nerveuse, et c'est là que le taux d'évaluation est le plus susceptible de varier grandement suivant les experts.

a. D'abord il existe des syndromes dépressifs ou asthéniques, post-infectieux, post-traumatiques, etc., curables. Ces cas sont aisés à régler.

b. Il existe des syndromes dépressifs ou asthéniques, de même origine que les précédents, qui sont périodiques, et des syndromes maniaco-dépressifs ou maniaco-asthéniques, qui sont également périodiques. Les problèmes qu'ils soulèvent sont à résoudre comme ceux de la manie périodique. La psychose maniaque dépressive, alterne ou circulaire, est toujours très grave, même si le sujet vit en liberté.

c. Enfin, il existe un *syndrome asthénique* chronique, post-traumatique, post-émotionnel, post-infectieux, etc., qui constitue une affection psychonévropathique très sérieuse. C'est la neurasthénie chronique vraie (neurasthénie, épuisement nerveux). Ce syndrome est *très souvent méconnu*; en revanche, il est quelquefois diagnostiqué là où il est inexistant. Il est aussi confondu avec la *démence* ou affaiblissement intellectuel, à cause des troubles de la mémoire, de l'attention, à cause de la diminution de l'activité générale du patient, etc. Il l'est encore avec ce qu'on a appelé la *confusion mentale chronique*, parce que l'anidéation entraîne de la confusion dans les idées, et que la confusion dans les idées est prise pour de la confusion dans les perceptions, laquelle, seule, caractérise la confusion mentale proprement dite. Ce sont ces invalides qui feront l'objet des plus nombreuses discussions et cela pendant des années.

Les asthéniques chroniques (non délirants) sont plutôt rares dans les asiles d'aliénés. Libres, ils cachent ou leur entourage immédiat cache parfois leur maladie. Les voisins ne constatent chez eux ni délire, ni démence, et par suite ne témoignent guère en leur faveur. Beaucoup de médecins, dits spécialistes, traitent avec dédain leurs troubles subjectifs, pourtant réels, pourtant profonds et cruellement douloureux.

Cela explique que de nombreux malades de cette catégorie soient très lésés devant les commissions : les anciens trépanés, qui sont asthéniques chroniques, voient les troubles qu'ils éprouvent journellement, méconnus.

Ajoutons qu'il existe de nombreux asthéniques résignés, matériellement aisés ou non, qui supportent leur mal avec patience et que fatiguent les réclamations ; ceux-là ne seront jamais indemnisés au taux que leur maladie exige

Pour l'évaluation de l'infirmité asthénie chronique (épuisement nerveux ou neurasthénie chronique), on doit distinguer trois variétés de cas, basées sur la capacité ouvrière du patient :

a. Asthénie chronique légère, 30 p. 100.
b. Asthénie chronique moyenne, 60 p. 100.
c. Asthénie chronique grave, 90 p. 100.

Le tableau clinique de l'*asthénie chronique légère* est le suivant : anidéation et amyosthénie nettes, malaises généraux peu accusés, bon état somatique, diminution d'un tiers de la capacité professionnelle; — celui de l'*asthénie chronique moyenne* : anidéation et amyosthénie précises, fatigabilité marquée, malaises variés (céphalée, rachialgie, étourdissements, asthénie gastro-intestinale, etc.); l'état général reste souvent satisfaisant; — celui de l'*asthénie chronique grave* : anidéation et amyosthénie, troubles gastro-intestinaux, mauvaises digestions, alternatives de constipation et de diarrhée, céphalée au moindre effort, insomnie totale ou presque ; état général médiocre (quelquefois encore, il se maintient assez bon. Le *mens sana in corpore sano* est une douce erreur).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1921)

Sur le mécanisme des accidents provoqués par l'injection de sérum d'épileptique. — M. Auguste LUMIÈRE. La cause déterminante des crises comitiales doit vraisemblablement être rapportée à l'excitation des centres par des floculats, et ce phénomène d'ordre physique se trouve en complet accord avec les conceptions que M. Lumière a déjà exposées sur le rôle de la floculation des colloïdes dans la production des états pathologiques.

L'action antiphlogistique des sels de calcium. — M. Léon BLUM. Cette action a déjà été montrée par A. E. Wright, et par Januschke et Chiari qui en donnèrent diverses explications. M. Léon Blum, reprenant l'étude de cette question, montre que le mécanisme de l'action des calciums dans les phénomènes d'inflammation est identique à celui qu'il a trouvé à la base de son action diurétique.

Le calcium déplace le sodium et avec ce minéral, de l'eau; si dans les hydropisies il résulte ainsi par élimination rénale une déshydratation, il se produit dans les phénomènes inflammatoires par un mécanisme identique, la suppression des éléments nécessaires à l'inflammation.

Nous retrouvons donc ici une loi de biologie générale,

l'action antagoniste entre le sodium et le calcium. Il y a lieu de penser que, parmi les multiples applications thérapeutiques du calcium un grand nombre doit s'expliquer par un mécanisme analogue.

Microanalyse quantitative gravimétrique de l'urée. Application au dosage de l'urée dans 1 centimètre cube de sang. — MM. Maurice Nicloux et Georges Welter.

Attaque du glucose et du levulose par le bacille pyocyanique. — M. E. Aubel.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 JANVIER 1922)

M. Richelot, au moment de quitter le fauteuil de la présidence pour le céder à M. Béhal, vice-président, et d'inviter M. Chauffard à prendre place au bureau, comme vice-président, nous donne le résumé traditionnel des travaux de l'Académie au cours de l'année qui vient de s'écouler. Le temps, dit-il, n'est plus, comme autrefois, aux grands discours, on s'en tient aujourd'hui à l'éloquence des faits. M. Richelot se borne donc à rappeler les diverses discussions sur la loi de 1902, sur les vaccinations antityphoïdiques, sur la réorganisation des services d'hygiène, sur les accidents causés chez les radiographes par les rayons de Rœntgen, sur les blessures du cœur, sur la sympathicectomie, sur le traitement des fibromes utérins par le radium, etc.

Ces discussions n'ont peut-être pas eu toujours l'ampleur qu'elles auraient dû avoir, et il faut reconnaître qu'à certains moments on pourrait dire de l'Académie, comme d'Homère : *quandoque dormitat*... Toutefois, à la fin de son résumé, M. Richelot se plait à constater que l'Académie a poursuivi son œuvre de bonne conseillère, cette année comme les précédentes.

M. Béhal, en prenant place au fauteuil présidentiel, après avoir, de nouveau, remercié ses collègues, a rappelé les services rendus par la chimie, et a loué d'abord son maître Wurtz; puis ses collègues disparus, Bouchardat, Armand Gautier, etc. Puis, suivant l'usage, il a eu un mot d'éloge pour le secrétaire général qui s'est déjà montré digne de ses devanciers, pour le secrétaire annuel, dont la tâche n'est pas toujours aisée, pour M. le trésorier, le fidèle gardien des traditions de l'Académie.

Après une communication de M. Lenoble dont nous n'avons pu saisir un mot, la parole a été donnée à M. Berlioz, professeur à l'Ecole de médecine de Grenoble.

Extrait aqueux du bacille tuberculeux. — M. F. Berlioz fait connaître les résultats de ses expériences :

Les bacilles sont triturés au mortier d'agathe avec de la poudre de siliciure de carbone ; il ajoute de l'eau et laisse digérer trois jours à l'étuve. Le liquide est filtré sur papier, puis sur porcelaine et évaporé à l'étuve à 37 degrés. Il obtient ainsi un extrait protoplasmique qu'il appelle protobacilline. Cet extrait est très peu toxique et ne tue pas les cobayes tuberculeux comme la tuberculine de Koch.

Les essais de vaccination n'ont pas donné de résultats. Les animaux traités ont une survie plus longue et à l'autopsie on trouve des tubercules crus et des plaques indurées dans le foie et la rate. Ces plaques sont formées par des amas de cellules embryonnaires. Il n'y a pas de caséification.

Les essais sur l'homme n'ont porté que sur des malades à la dernière période et à grandes oscillations thermiques. Une seule injection de proto-bacilline (0g01 à 0g05) détermine un abaissement de la courbe qui se maintient plusieurs jours sans aucun phénomène fâcheux ou désagréable.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1921)

A propos du traitement radiothérapique des fibromes utérins. — M. Peraire a observé trois malades qui, soignées par les rayons X pour des fibromes utérins, ont eu des accidents d'excitation cérébrale avec logorrhée, confusion mentale et troubles de manie aigue, voisins de la démence. Il pense que cette psychonévrose a été produite par la ménopause précoce due au traitement.

A propos de l'anesthésie au chlorure d'éthyle. — M. Cazin insiste, d'après son expérience personnelle, sur les bons résultats que l'on doit attendre en anesthésie générale des mélanges titrés de chlorure d'éthyle et de chloroforme.

A propos du traitement thyroïdien des goitres. — M. Leopold-Levy présente une série de photographies qui démontrent les bons effets de la médication thyroïdienne dans les goitres, à la fois sur le goitre et sur l'état général.

A propos du forage de la prostate. — M. Cathelin pense qu'il n'est pas possible de créer un véritable chénal dans la prostate et que les grosses prostates sont toujours justiciables de la prostatectomie.

M. Pauchet pense que le forage peut être indiqué pour les petites prostates avec barre prostatique. Il pratique la prostatectomie périnéale concurremment à l'opération de Freyer.

M. Pasteau constate que l'on a enlevé des prostates, après échec du forage et que l'on n'a jamais trouvé sur ces pièces trace de forage ou de cicatrice. Il estime que ni scientifiquement, ni cliniquement, l'action du forage n'est démontrée. Le forage consiste simplement en cautérisations qui peuvent avoir des inconvénients plus ou moins sérieux.

M. Luys pense que le fait de ne pas voir de cicatrices après le forage n'infirme pas l'action puissante de ce procédé; après le forage, les obstacles de l'urèthre prostatique sont détruits; en effet, le résidu vésical devient nul après l'électrocoagulation, les malades urinent au commandement et les sondes passent sans difficulté. Ce sont là des moyens de contrôle précieux.

Présentation d'un bistouri à lames interchangeables. — M. Dartigues.

Traitement des dacryocystites. — MM. Bourguet et Dupuy-Dutemps décrivent un procédé nouveau qui consiste à suturer la muqueuse du sac à la muqueuse nasale après ablation de la paroi osseuse intermédiaire, rétablissant ainsi une communication permanente entre le nez et les voies lacrymales. Depuis deux ans ils ont guéri radicalement par ce procédé soixante-treize sur quatre-vingts malades.

Pseudo-cancer de l'estomac d'origine syphilitique. — M. Dalimier rapporte un cas de syphilis gastrique simulant complètement le cancer (cachexie, tumeur gastrique, etc.) et qui a guéri par le traitement spécifique (en quatre mois, disparition de la tumeur, relèvement de l'état général, etc.). La syphilis peut donc prendre le masque clinique et radiologique du cancer, d'où importance du diagnostic différentiel avant l'opération et au point de vue pronostic.

A propos de l'ovariotomie et de ses contre-coups neuropsychiques. — M. A. Marie présente trente observations de troubles neuropsychiques secondaires à l'ovariotomie : bouffées délirantes confusionnelles, délires plus ou moins chroniques, avec angiospasmes, hypotension, etc. Dans ces cas, l'ovarine ou la pancréatine aux doses de 20 à 50 centigrammes, ont donné des améliorations intéressantes.

Prix de la Société de médecine. — Le prix Duparcque est partagé entre M. H. Bith (1.200 fr.) et M. Delbecq (600 fr.). Le prix Guillon est donné à MM. Henry et Demouchy (300).

Assemblée générale. — Le bureau pour 1922 est composé de MM. Paul Guillon, président, Cazin, M. Labbé, et Dartigues, vice-présidents, P. Blondin, secrétaire général, H. Duclaux, secrétaire général adjoint, Lematte, trésorier.

RENSEIGNEMENTS

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Eternuement et le baillement dans la magie, l'ethnographie et le folklore médical, par SAINTYVES. 1 vol., 139 pages. — Prix : 12 fr. 50. — Paris, Nourry.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 5 janvier. — Questions données : « Signes et formes cliniques du goitre exophtalmique. — Anurie calculeuse. »

MM. Barreau, 15; Wallon, 13; Hyvert, 10; Martin (R.), 14; Lubin, 14 1/2; Durand (Jean-Louis), 10 1/2; Blondin, 15; Longchampt, 14; Lieutaud et Blanchet, 12.

Séance du 7 janvier. — Questions données : « Symptômes, formes cliniques et diagnostic du zona. — Signes et diagnostic de l'épididymite tuberculeuse. »

MM. Codet, 10; Morlaas, 12; Lefèvre (Bernard), 15; Pasquier, 14 1/2; Coffin, 14; Mounier (Roger), 15; Derocque, 10; Pierrot, 14; Mlle Ostwald, 15; M. Mornet, 13 1/2.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

(Active.) *Au grade de commandeur.* — M. le médecin inspecteur Guibal.

Au grade d'officier. — M. le médecin inspecteur Baron.

MM. les médecins principaux de 2e classe Poullain, Gorse, Binet, Viguier, Pla, Rouffiandes, Ortholan, Bouffard.

MM. les médecins-majors de 1re classe Hochwelker, Noblet, Peyrot.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de 2e classe Feuillié, Courboules, Arnould, Graindorge, Guillois, Langlois, Costa, Mangenot, Laurent, Rey, Roiland, Dhoste, Pochoy, Dubalen, Stevenel, Soing, Le Dentu, Goin, Niel, Sauve, Enault, Blazy.

MM. les médecins aides-majors de 1re classe Susini, Martinet, Guillaume, Barraux, Dupin, Pruvot, Zielinsky.

MM. les médecins aides-majors de 2e classe Bouniol, Saingol, Morel.

(Réserve et territoriale.) *Au grade dofficier.* — MM. les médecins-majors de 1re classe J.-A. Sicard, Fouineau, Dreyfus (Lucien).

M. le médecin-major de 2e classe Delaunai.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de 1re classe Tixier, Rocher, Delmas (Paul).

MM. les médecins-majors de 2e classe Vitry, Broudic, Genova, Derrien, Milliot, Voillemot, Barré, Rœderer.

MM. les médecins aides-majors de 1re classe Cornillon, Planche, Grigaut, Maillet, Lhuillier, Castagnary.

LES AFFECTATIONS DE MOBILISATION AU G. M. P. — La répartition des officiers du Corps de santé relevant du gouvernement militaire de Paris dans les différents postes que comporte la mobilisation, a été faite, en tenant le plus grand compte des compétences techniques et des spécialisations.

Malgré tout le soin apporté à mettre chacun à sa place quelques erreurs ont pu se produire.

Dans le but d'y remédier, le directeur du Service de santé du G. M. P. (Hôtel des Invalides) a l'honneur d'inviter ceux de ces officiers qui estimeraient que leur affectation ne correspond pas aux services particuliers qu'ils seraient susceptibles de rendre le cas échéant, à vouloir bien le lui faire connaître, et à lui signaler les titres nouveaux qu'ils pourraient acquérir et qui seraient de nature à modifier les affectations données.

Il y a lieu toutefois, de tenir compte que les postes de spécialistes étant en nombre limité, leur répartition a été faite en fonction des nécessités militaires, des compétences individuelles et de l'âge des intéressés.

RÉAPPARITION DE " REVUE ". — Nous sommes heureux d'apprendre la réapparition (15e année) de la *Revue de vulgarisation des sciences médicales* que publie notre excellent confrère le prof. J.-Ch. Platon (de Marseille).

COURS LIBRE DE SÉMIOLOGIE MENTALE. — M. LÉVY-VALENSI, médecin des hôpitaux, commencera une série de dix leçons de sémiologie mentale avec présentation de malades, le mardi 31 janvier 1922, à 18 heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren), et les continuera les vendredis et mardis, à la même heure.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE (M. Pierre SEBILEAU, directeur des travaux scientifiques). — Un cours hors série d'opé-

rations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en 10 leçons, par MM. les Drs L. Dufourmentel, R. Miégeville, Fl. Bonnet, P. Truffert commencera le lundi 23 janvier 1922, à 2 heures et continuera les lundis, mercredis, vendredis suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 150 fr.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Tirel (de Mauves, Loire-Inférieure), Chéneau (de Monnières), et de M. le Dr François-Louis Hahn, bibliothécaire en chef honoraire de la Faculté de médecine de Paris.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

SUBSTANCES VÉNÉNEUSES

LOI DU 12 JUILLET 1916 ET DÉCRET DU 14 SEPTEMBRE 1916

La Cour d'appel de Paris, le 7 novembre 1921, a rendu une décision sur laquelle nous attirons l'attention de nos lecteurs; elle se rapporte à la délivrance de plusieurs ordonnances qu'un médecin a remis à un malade *à la fois*, prescrivant chacune pour sept jours l'emploi de chlorydrate d'héroïne. Ce médecin, dont la signature était illisible, avait postdaté trois sur quatre de ces ordonnances pour faire croire qu'il les avait rédigées régulièrement au bout de chaque période de sept jours. Il a été poursuivi pour plusieurs chefs d'infraction à la loi pénale par le Parquet du Procureur de la République.

Le tribunal correctionnel de la Seine avait prononcé condamnation d'abord contre le médecin parce qu'il avait contrevenu aux dispositions de la loi sur les substances vénéneuses en délivrant des ordonnances non datées, ne mentionnant pas lisiblement son nom et son adresse et prescrivant une période de traitement supérieure à sept jours, ordonnances comportant la délivrance de substances vénéneuses visées par le tableau B (1); ensuite contre celui qui, au moyen d'ordonnances fictives s'était fait délivrer des substances inscrites audit tableau.

Des peines d'amende avaient été prononcées.

Sur appel, la Cour a jugé ainsi :

« Considérant qu'il est établi par l'instruction et les débats que S... a délivré le même jour quatre ordonnances prescrivant chacune à un malade, pour sept jours, du chlorhydrate d'héroïne, toxique inscrit au tableau B du décret du 14 septembre 1916; qu'il a donc prescrit l'emploi de cette substance vénéneuse pour vingt-huit jours, contrairement aux dispositions de l'article 39 du décret sus-visé;

Considérant, en outre, que trois des ordonnances libellées par le prévenu portaient une fausse date, comme le reconnaît celui-ci et que la fausse date équivaut à l'absence de date; qu'enfin le prévenu n'a pas mentionné lisiblement son nom sur lesdites ordonnances, commettant ainsi des des infractions à l'article 20 du même décret;

Mais considérant qu'on ne saurait retenir à la charge du prévenu le fait de n'avoir pas indiqué son adresse sur les ordonnances; qu'en effet ces ordonnances étaient formulées sur des feuilles portant en tête l'adresse du docteur S... qu'il remplaçait et chez qui il pouvait être considéré comme ayant provisoirement son domicile personnel.

Par ces motifs,

Infirme le jugement du tribunal correctionnel de la Seine sur ce point. Le confirme, au contraire, en ce qu'il a déclaré le prévenu coupable d'avoir, en 1920, à Paris : 1° rédigé des ordonnances prescrivant, pour un période supérieure à sept jours, une substance du tableau B du décret du 14 septembre 1916; 2° omis de mentionner lisiblement son nom sur ces ordonnances; 3° daté inexactement trois de ces ordonnances; infractions prévues par les articles 20 et 39 du décret du 14 septembre 1916, et par l'article 2 de la loi du 12 juillet 1916.

Maintient la condamnation à la peine de 300 francs d'amende prononcée par le jugement frappé d'appel. »

Le dispositif de l'arrêt indique nettement les infractions dont s'était rendu le coupable; on ne saurait trop attirer l'attention des médecins sur l'obligation qu'ils ont d'écrire lisiblement leur nom et leur adresse. Dans l'espèce rapportée, le défaut d'indication d'adresse a été écarté comme infraction parce qu'il s'agissait d'une circonstance spéciale et qu'on se trouve en matière pénale où l'interprétation des textes doit se faire strictement. Mais il faut se rendre compte qu'on est toujours susceptible d'être poursuivi si on n'applique pas la loi et le décret visés; on ne saurait trop recommander, pour éviter des ennuis et aussi un dommage professionnel, provenant de ce que le malade peut s'écarter d'un médecin qui a passé en police correctionnelle, de se pénétrer des dispositions contenues dans ces deux documents législatifs.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1919, n° 44, p. 688.

LIVRES NOUVEAUX

Chirurgie des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx, du larynx (1), 2e édit., par R. Claoué, chef de service d'oto-laryngologie à la clinique Pasteur de Bordeaux, et A. Vandenbossche médecin principal, ex-répétiteur de chirurgie à l'Ecole de Lyon.

Cette seconde édition garde toute la valeur pratique de la première. Elle s'est augmentée, par ailleurs, des techniques nouvelles auxquelles la guerre récente et l'après-guerre ont donné naissance. Nous y voyons aussi un plus large développement des méthodes directes (œsophagoscopie, laryngoscopie, bronchoscopie).

Ce livre de près de 500 pages, comprend sept chapitres chirurgicaux, se rapportant à l'oreille, au nez, aux tissus, au pharynx, au larynx et à la trachée, aux méthodes d'exploration directe, à la chirurgie spéciale du corps thyroïde, de l'œsophage et de l'estomac.

Avant d'aborder l'acte chirurgical, les auteurs en résument les indications sous une forme nette et concise. Leur science clinique et leur longue expérience se retrouvent dans les détails dont ils précisent ensuite le développement des différentes techniques opératoires. Le lecteur, tout en écoutant leur description, suivra aisément le bistouri sur les très nombreuses figures qui illustrent le texte. Enfin, toujours cliniciens, ils n'oublient pas les suites opératoires, suites normales ou complications avec la manière d'y remédier et ce n'est pas là le moindre mérite de cet excellent ouvrage.

J. FOURNIÉ.

Abrégé d'oto-rhino-laryngologie (2), par F. Bonnet-Roy, ex-interne des hôpitaux, chef de clinique adjoint.

Ce petit livre de 240 pages, facile à mettre en poche, est appelé à rendre les plus grands services aux étudiants que les nouveaux programmes obligent à un stage dans un service d'oto-rhino-laryngologie.

Enormément condensé, tout en restant clair, il permettra à l'étudiant de revoir, en un temps minimum, l'anatomie, la physiologie et les maladies des oreilles, du nez, du pharynx et du larynx. Comme le dit le professeur Sébileau dans la préface, les abrégés, et celui-là tout particulièrement, sont des livres, à certains moments, nécessaires.

J. FOURNIÉ.

(1) Paris, Maloine et fils, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine.
(2) Paris, L. Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne.


CACHETS "ROCHE"
DE THIOCOL
Chaque cachet renferme 0gr50
DE THIOCOL "ROCHE"
Sirop Roche
Ch. Weiss
COMPRIMÉS ROCHE
DE
THIOCOL

UNE TECHNIQUE PROPRE A AMÉLIORER L'INCISION DE MAC BURNEY & CERTAINES LAPAROTOMIES TRANSVERSALES POUR APPENDICITE

Par M. CHASTENET DE GÉRY.

Le procédé d'ouverture abdominale qu'a imaginé Mac Burney pour enlever l'appendice est si communément employé aujourd'hui qu'il est inutile d'en vanter les mérites. Par contre je parlerai d'un des rares défauts qu'on puisse lui reprocher, parce que je crois que ce défaut peut être corrigé d'une manière très satisfaisante.

Le Mac Burney n'ouvre sur la région cœco-appendiculaire qu'une fenêtre étroite surtout chez les sujets à paroi grasse ou très musclée. Et, quoiqu'en disent quelques chirurgiens férus d'incisions minuscules, dans les cas difficiles une telle voie d'accès est vraiment insuffisante. On en est alors réduit à faire une opération pénible, lente et parfois incomplète sinon incorrecte, ou bien à sacrifier le principe du procédé américain et, pour agrandir l'ouverture, à couper verticalement le petit oblique et le transverse. Il vaut mieux évidemment, quand on est gêné, se donner du jour que faire une mauvaise besogne, mais il est fâcheux de compromettre la solidité de la réparation pariétale par une section du plan musculaire. Or, je me suis aperçu qu'il était très facile d'élargir notablement la laparotomie de Mac Burney en lui conservant son caractère essentiel, c'est-à-dire sans aucune détérioration des muscles. Voici la technique qui donne ce résultat :

Je suppose que, le ventre ayant été ouvert par le procédé habituel de Mac Burney, on ait besoin d'un champ d'action plus étendu. La difficulté vient du plan petit oblique-transverse, car la longueur de l'incision cutanée ne compte qu'au point de vue esthétique et celle de l'incision du grand oblique dirigée suivant la direction des fibres musculo-aponévrotiques n'a guère d'importance.

On commence donc par agrandir les incisions de la peau et du grand oblique. Puis réclinant fortement en dedans la lèvre interne du grand oblique, on se porte à l'angle interne de la fente pratiquée par dissociation dans les muscles petit oblique et transverse. On est là sur le bord de la gaine du droit. D'un léger coup de ciseau on ouvre cette gaine. Le grand droit apparaît. Une branche du ciseau étant introduite dans la gaine en avant du muscle, l'instrument divise le feuillet antérieur transversalement ou plutôt dans le prolongement de la fente des petit oblique et transverse.

Cette division du feuillet antérieur peut aller non pas tout-à-fait aussi loin qu'on le veut, mais jusqu'au point où l'aponévrose d'insertion du grand oblique se fusionne avec la gaine du droit. La ligne d'accolement des deux aponévroses a un siège variable; habituellement elle est située à mi-distance des deux bords de la gaine.

L'écarteur qui était placé sur le grand oblique peut alors attirer le grand droit en dedans et découvrir le feuillet postérieur de la gaine qui est divisé à son tour dans toute sa partie visible selon la même direction que le feuillet antérieur. En général, avant de diviser le feuillet postérieur, il y aura lieu de mettre deux pinces ou d'emblée deux ligatures sur les vaisseaux épigastriques accolés à ce feuillet, pour sectionner à blanc entre pinces ou ligatures.

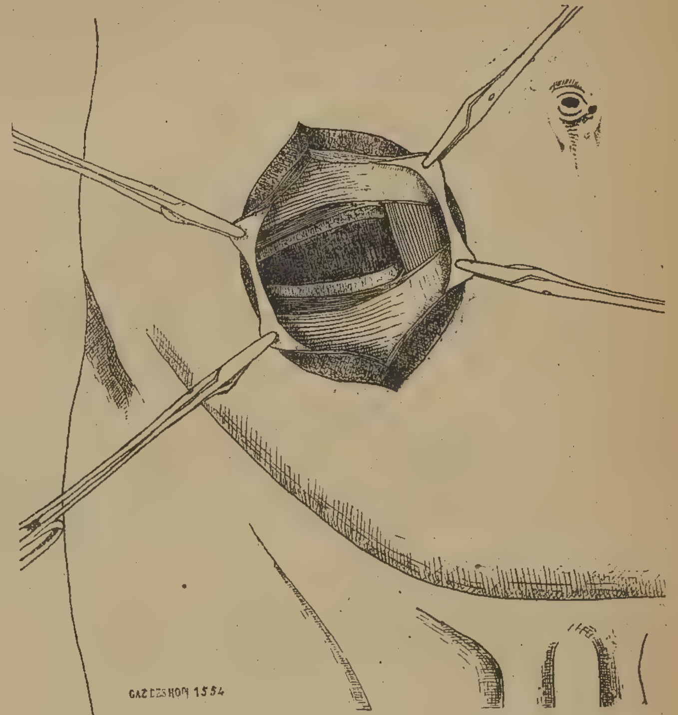


Fig. 1. — A l'incision de Mac Burney (reportée un peu en dedans), on a ajouté l'ouverture de la gaine du droit qui laisse voir le muscle encore à sa place.

Enfin l'incision péritonéale est prolongée de l'étendue convenable et l'écarteur placé sur le droit peut s'enfoncer de manière à récliner cette fois tous les plans.

Ainsi — et c'est ce qui explique l'efficacité de la technique que je décris ici — tandis que le grand droit enfermé dans sa gaine rigide ne se laisse pas déplacer, on le voit obéir à l'écarteur dès qu'il est

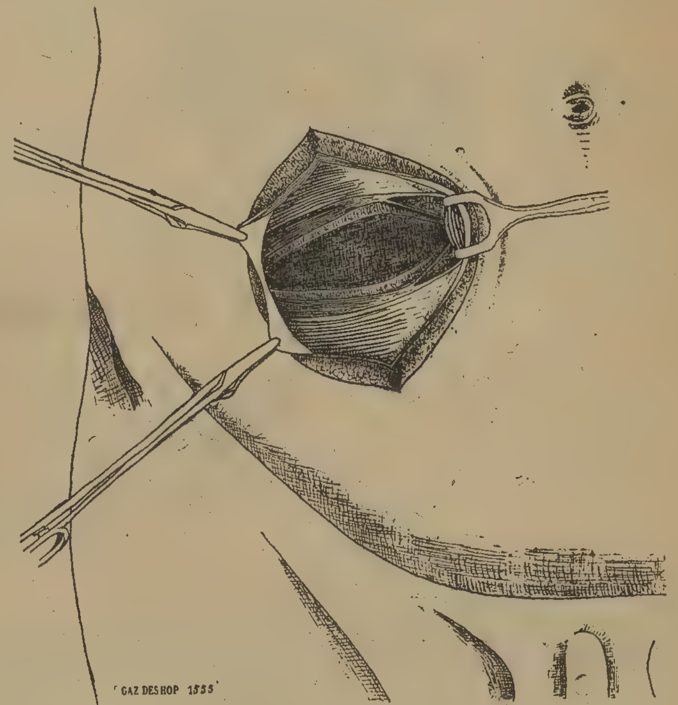


Fig. 2. — Le muscle grand droit est fortement récliné en dedans. On aperçoit les deux parois de la gaine ouverte et les vaisseaux épigastriques liés et sectionnés. Il est facile d'apprécier ici l'agrandissement interne de l'ouverture que donne la technique.

devenu libre, car il n'est fixé, dans sa portion sous-ombilicale par aucune adhérence à sa gaine.

Le refoulement du grand droit augmente environ d'un tiers l'aire de l'ouverture pariétale et cet agrandissement qui se fait du côté interne a l'avantage de découvrir des parties profondes peu accessibles avec le Mac Burney.

Ceci a été obtenu sans qu'on ait en rien endommagé la paroi. Les feuillets aponévrotiques sont divisés dans le sens même des fibres qui les constituent. Le muscle droit intact reprend sa place dès qu'on le lâche. Aucun nerf n'est touché et quant aux vaisseaux épigastriques largement anastomosés avec les lombaires, intercostaux et mammaires internes, il ne peut y avoir le moindre inconvénient à les couper.

La reconstitution est si simple qu'elle vaut à peine d'être indiquée. Le péritoine étant clos, quelques points de suture suffisent à fermer d'abord la paroi postérieure de la gaine, ensuite la paroi antérieure et le plan contigu du petit oblique et du transverse; après quoi le grand oblique et la peau sont suturés à la manière habituelle.

Je crois bon de signaler que l'opération ainsi comprise sera plus aisée si l'incision de la peau et celle du grand oblique ont été reportées un peu en dedans de leur siège ordinaire, soit vers le milieu de la ligne ombilico-iliaque. C'est donc de cette façon qu'il faudrait commencer si l'on prévoyait des difficultés et l'utilité d'une ouverture plus large que celle du Mac Burney typique.

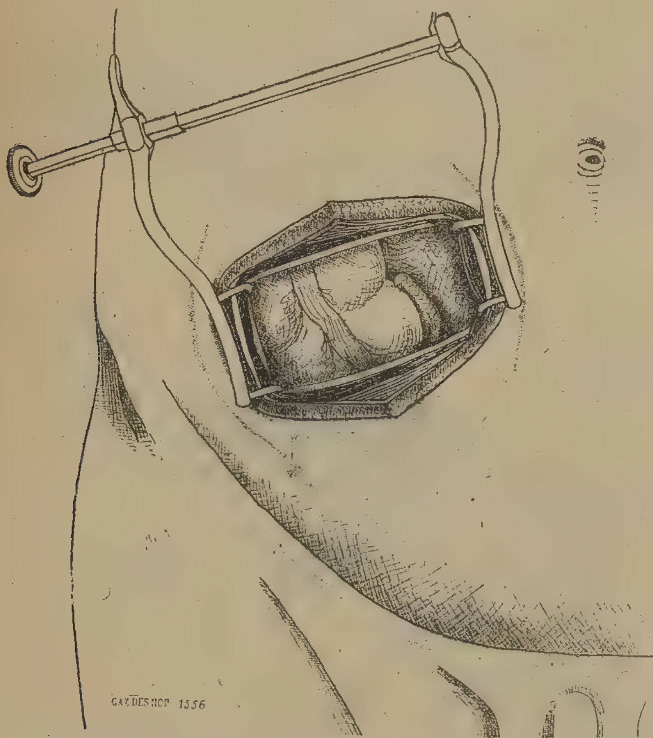


Fig. 3. — L'écarteur de Gosset est placé; sa branche interne refoule et maintient le grand droit.

L'écartement du grand droit est une manœuvre opératoire dont peuvent bénéficier les procédés d'incision transversale, comme ceux de Chaput ou de Delagenière, qui dérivent plus ou moins du Mac Burney.

Le procédé décrit par Chaput en 1905 est peu connu. Je rappelle qu'il consiste à inciser sur la ligne bi-iliaque à partir de l'épine iliaque antérieure droite, tous les plans de la paroi y compris la partie externe du grand droit. Ce mode d'ouverture permet de bien voir et d'opérer très à l'aise dans la région cœco-appendiculaire, mais il comporte la

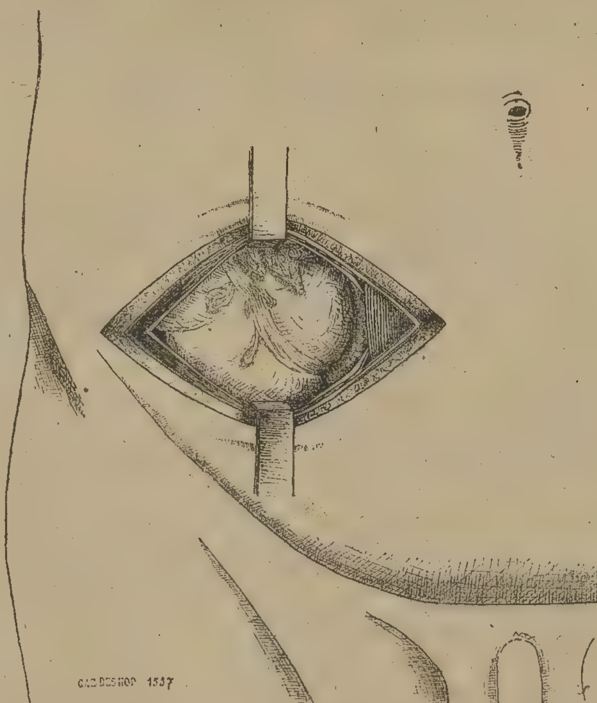


Fig. 4. — Incision de Chaput. On voit dans l'angle interne le grand droit qui sera écarté et non coupé.

section du grand oblique et celle d'une partie du grand droit. A mon avis il est assez indifférent qu'on coupe les fibres aponévrotiques du grand oblique au lieu de les dissocier comme dans le procédé américain. L'aponévrose se répare aussi bien dans les deux cas et après tout elle ne joue à ce niveau qu'un rôle modeste dans la résistance de la paroi. La section même limitée du grand droit est beaucoup plus discutable mais, comme je viens de le montrer, elle est inutile puisque, sa gaine étant ouverte, il est presque aussi avantageux de récliner le muscle que de le couper.

Le procédé de Chaput ainsi amélioré est, je crois, parmi les meilleurs. Moins parfait peut-être que le Mac Burney quand il s'agit d'appendicite bien refroidie, il lui est incontestablement supérieur si la lésion est encore dans une phase aiguë, s'il s'agit d'ouvrir un abcès et de placer un drainage.

Je résumerai tout ce qui précède en disant que, l'ouverture de la gaine du droit avec refoulement du muscle agrandit d'une façon simple et très commode les laparotomies qui, pour atteindre l'appendice fendent transversalement le plan du petit oblique et du transverse. Je ne sais si d'autres chirurgiens ont, par hasard, employé cette technique mais je ne l'ai trouvé décrite nulle part et il m'a paru qu'elle méritait d'être exposée, pour les services qu'elle peut rendre.

Thérapeutique gynécologique, par P. Guéniot, prof. agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1922, 2e édition, revue, corrigée et augmentée. 1 vol. in-8 de 400 pages avec figures. Prix : broché, 25 fr.; cartonné, 31 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Annexites non infectieuses; maladies de l'ovulation, par le Dr Paul Dalché, médecin de l'Hôtel-Dieu. 1 vol. in-16 de la collection « L'Actualité obstétricale et gynécologique ». Prix : 4 fr. — Paris, « L'Expansion scientifique française », 23, rue du Cherche-Midi.

PSYCHIATRIE MILITAIRE

SYNDROMES — ÉVALUATIONS (1)

Par R. BENON,
Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes.

V. **Le syndrome confusion mentale.** — La confusion mentale est avant tout un syndrome épisodique ; elle n'existe qu'à l'état aigu ou subaigu, il n'y a pas de confusion mentale chronique (nous avons déjà signalé ce point). Elle est caractérisée essentiellement par des troubles non conscients de la perception et de la reconnaissance des lieux, des personnes et des objets, par la désorientation dans l'espace, etc.

Au point de vue militaire, la confusion mentale, après guérison et quelle qu'en soit son origine, ne peut donner lieu qu'à un congé de convalescence de un à trois mois.

Dans la statistique médicale de l'armée, en date du 13 juin 1913, la démence précoce, sous l'influence de E. Régis a été classée sous le nom de confusion mentale chronique.

VI. **Le syndrome psychose de Korsakoff.** — Le syndrome psychose de Korsakoff est d'observation rare en psychiatrie militaire. C'est à tort qu'on le considère comme constituant une des variétés du syndrome confusion mentale ; celui-ci est une maladie de la perceptivité, celui-là une maladie de la mémoire. Nous en avons observé quelques cas chez des militaires comme conséquence de l'intoxication alcoolique chronique et au cours de l'épidémie grippale de 1918.

L'affection est généralement grave. Quand elle guérit ce n'est qu'après des mois, sinon après des années de traitement. Plus souvent on voit les troubles psychiques passer à l'état chronique : la fabulation, les fausses reconnaissances disparaissent ou perdent de leur activité, mais l'amnésie de fixation reste totale ou presque. L'indemnité d'invalidité, dans ces cas, doit être élevée : 90 à 100 p. 100.

VII. **Les troubles constitutionnels de l'intelligence et du caractère.** — On ne peut pas dire d'un malade militaire que les troubles constitutionnels de l'intelligence qu'il présentait avant la guerre ont été aggravés par la guerre. Si l'intelligence d'un sujet atteint de débilité mentale native a diminué du fait du service imposé, il est atteint, quoique débile intellectuel, de démence. Si le cours de ses idées est ralenti, si sa mémoire est plus obtuse et s'il accuse de la faiblesse musculaire, l'observateur est alors en présence d'un cas d'asthénie nerveuse générale chez un débile mental congénital, etc. Ces exemples de psychopathie complexes sont difficiles à apprécier.

Les troubles constitutionnels du caractère (humeur, émotivité) peuvent-ils avoir été aggravés par la guerre? Nous le pensons ; des faits que nous avons observés tendent à l'établir. Chez ces sujets on ne constate, bien entendu, ni asthénie, ni démence, ni délire. Nous évaluons, ici, le taux d'indemnité entre 10 et 30 p. 100.

Nous avons vu éclore, à l'occasion de la guerre, quelques cas d'obsessions-phobies (psychasthénie) : souvent ces malades, après leur réforme, travaillent, se marient, mais souffrent terriblement. On doit les indemniser de 30 à 40 p. 100. Nous avons maintes fois constaté l'aggravation des obsessions-phobies par le fait de la guerre ou du service, mais après réforme le patient revient généralement à son état psychopathique antérieur.

VIII. **Les syndromes aphasie, agnosie et apraxie.** — Le taux du barême concernant l'aphasie est évalué comme il convient, encore qu'on ne voit pas nettement un aphasique dont la pension serait inférieure à 30 p. 100.

D'après la rédaction du petit chapitre concernant l'aphasie, celle-ci, quand elle est très marquée, s'accompagnerait d'une « altération considérable du langage intérieur ». Nous ne pouvons souscrire à cette manière de voir que la clinique contredit : c'est un fait, en effet, que le langage intérieur est normal chez l'aphasique de Wernicke. Qu'est-ce que le langage intérieur? C'est l'expression ou le signe — et cela pour nous seul — de nos sensations et pensées. L'aphasique pur sent et pense comme l'homme normal. Il existe des aphasiques déments, c'est-à-dire qui font de l'affaiblissement intellectuel (notamment les aphasiques de Broca) ; ces cas sont bien précis et bien délimités ; là le langage intérieur est troublé comme dans toutes les démences, mais ni plus ni moins.

L'agnosie (troubles conscients des perceptions, ce qui permet de différencier l'agnosie de la confusion mentale) et l'apraxie sont des faits d'observation exceptionnelle ; quelques exemples en ont été publiés comme suites de traumatismes crâniens.

IX. **Epilepsie et hystérie.** — L'épilepsie est bien traitée dans le barème de 1919 en tant qu'évaluations, mais il n'y a pas de chapitre épilepsie et troubles mentaux : l'épilepsie, en effet, peut se compliquer de délire, de confusion mentale, d'état second et plus tard de démence.

L'hystérie-crises a disparu du barême. M. Babinski lui a porté un coup qui a paru mortel à la commission de rédaction : elle renaîtra, car elle existe, et elle est grave quelquefois. D'abord tous les cas d'hystéro-épilepsie — qui ne sont que de l'hystérie, tous les auteurs à peu près sont d'accord sur ce point — doivent retenir l'attention médicale ; ils diminuent de moitié ou des deux tiers la capacité ouvrière. Pour nous, il existe une hystérie « spontanée ou périodique », et c'est cette hystérie qui, le plus souvent, est étiquetée hystéro-épilepsie.

Nous ne parlerons pas ici des paralysies réflexes sur lesquelles les auteurs ne publient plus rien, quoique la question ne soit pas résolue au point de vue dit « hystérique ». A quel taux doit-on indemniser ces troubles quand il s'agit de pension définitive?

X. **Névroses traumatiques.** — L'appellation de névrose traumatique, très vague sinon insignifiante, est certainement mauvaise. Après les traumatismes, on peut observer les syndromes névropathiques ou psychonévropathiques les plus variés. Le plus commun est l'asthénie chronique traumatique : nous renvoyons aux taux proposés plus haut. Il faut citer comme autres syndromes névropathiques, la céphalée avec les troubles de l'émotivité qu'elle engendre, les crises hystériques, les altérations du caractère, etc. La *sinistrose* (état passionnel

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 2, p. 25.

morbide) n'est pas forcément le fait d'un traumatisme; elle est à base d'inquiétude, d'énervement, de colère, d'indignation. En fait, elle est rare et n'existe qu'exceptionnellement comme syndrome unique; d'ordinaire elle est associée à des troubles réels, organiques ou fonctionnels.

Conclusions. — Les difficultés de la médecine légale psychiatrique militaire tiennent aux caractères presque toujours purement subjectifs des constatations faites par l'expert. Les médecins non spécialistes ne vont pas jusqu'à contester l'existence du délire, d'un état maniaque, d'une démence, etc.; si le malade est placé dans un asile, ils ne tentent guère de discuter. Mais si le malade est libre, plus ou moins conscient de sa maladie comme l'asthénique chronique, plus ou moins capable de se diriger comme un délirant ou un périodique, alors les objections arrivent abondantes, exigeantes, et l'expert, patient, doit entreprendre une véritable éducation de ses collègues. La rédaction du barème de juillet 1919 est évidemment mauvaise au point de vue psychiatrique et elle complique la besogne. Il importerait de s'entendre sur les syndromes essentiels et de les indemniser suivant leur gravité réelle d'*après la capacité ouvrière* fixée par des enquêtes de gendarmerie spéciales.

L'expérience de la guerre a été un grand enseignement parce qu'elle a imposé l'expertise contradictoire, l'expertise de l'avenir, la seule qui soit rationnelle, juste et utile à tous points de vue.

Voir R. Benon. — **1**. Les maladies mentales et nerveuses et la guerre, *Revue neurol.*, fév. 1916, n° 2; — **2**. La guerre et les pensions pour maladies mentales et nerveuses, *Revue neurol.*, nov.-déc. 1916, nos 11 et 12; — **3**. Les maladies mentales et nerveuses et la pratique des réformes n° 1, *Revue neurol.*, juin 1917, n° 6; — **4**. Les maladies mentales et nerveuses et la loi sur les pensions militaires, *Presse méd.*, 1918, p. 199; — **5**. La réforme des aliénés militaires. Procédure, *Paris méd.*, juillet 1918, p. 29; — **6**. Psychose de guerre et considérations médico-légales, *Revue neurol.*, juin 1918. En collab. avec H. Luneau; — **7**. La dégénérescence mentale et la guerre. Classification des maladies mentales et nerveuses, *Revue neurol.*, nov.-déc. 1918, t. II; — **8**. Paralysie générale et réforme n° 1, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, oct. 1918, p. 231. En collab. avec H. Nouët; — **9**. Dyscinésies fonctionnelles post-traumatiques et décisions médico-légales, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, sept. 1918, p. 182; — **10**. Troubles fonctionnels et douleurs post-traumatiques. Exagération. Décision médicale, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, nov. 1918, t. II, p. 304; — **11**. Blessure de guerre et délire de revendication, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, mars 1918, t. I. En collab. avec H. Luneau; — **12**. Psychiatrie. Guerre, facteur étiologique. Commotions. Emotions. Surmenage, *Presse méd.*, 26 juin 1919, p. 352, n° 36; — **13**. Aptitude au service militaire et psychiatrie, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, août 1919, t. II, p. 65; — **14**. Organisation et fonctionnement d'un service de psychiatrie militaire, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, oct. 1919, t. II, p. 228; — **15**. Démence précoce. Débilité mentale constitutionnelle. Diagnostic différentiel. Réforme, *Gaz. des hôpit.*, 3 mai 1919, p. 410, n° 26. En collab. avec G. Lefèvre; — **16**. Délire de jalousie. Homicide. Guérison. Aptitude militaire, *Revue de méd.*, nov.-déc. 1919, p. 587. En collab. avec P. Gouriou; — **17**. Commotion. Asthénie et chorée. Gravité de l'asthénie. Nécessité de la réforme, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, avril 1919, p. 229. En collab. avec M. Parin; — **18**. Psychose et démence. Suites de blessures du tronc et des membres, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, déc. 1919, t. II, p. 359; — **19**. Désertion en présence de l'ennemi. Paralysie générale, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, sept. 1919, t. II, p. 178; — **20**. Asthénie et manie. Médecine légale. Fait de service, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, déc. 1920; — **21**. Dysthénies périodiques et réforme n° 1, Ve Congrès de méd. légale de langue française, Paris 1920, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, juillet 1920, t. II. En collab. avec Decolland; — **22**. Désertion à l'ennemi. Condamnation à mort. Hyperthymie chronique délirante interprétative, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, nov. 1920; — **23**. Guerre et hyperthymie aiguë délirante, *Revue neurol.*, s. presse; — **24**. La paralysie générale et la guerre, *Presse méd.*, janv. 1921, supplément.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1921)

Neurofibromatose à disposition exclusivement sous-cutanée (neuro-fibromatose tronculaire, nervo-fibromatose). — M. A. Léri présente un malade qui, outre les taches pigmentaires disséminées et des nævi, a sur tout le corps, à part les mains, les pieds et la face, un très grand nombre de névromes égrenés le long de tous les nerfs superficiels. Au niveau du cou notamment la saillie des filets du plexus cervical superficiel rappelle la névrite hypertrophique interstitielle, mais elle est moniliforme. Il n'y a nulle part de tumeur cutanée molluscoïde.

Ictère hémolytique. Anémie pernicieuse? Cirrhose pigmentaire? Tuberculose hépato-spléno-ganglionnaire. — M. E. Duhot (de Lille) rapporte l'observation d'un malade qui a présenté tous les signes d'un ictère hémolytique acquis, puis une véritable anémie pernicieuse; certains éléments peuvent faire prononcer les mots de cirrhose pigmentaire. L'examen histologique a montré la présence d'une hémosidérose hépatique, splénique, ganglionnaire avec follicules et nodules tuberculeux dans tous ces organes; peu de lésions rénales.

Infection primitive à bacille perfringens. — MM. Hallé et Marguery rapportent l'histoire d'une malade qui, après six jours d'un état ressemblant à une crise de colique hépatique, présente un état fébrile grave avec empâtement de la région sous-hépatique et tous les signes fonctionnels et physiques d'une pneumonie de la base droite.

Le diagnostic de collection suppurée enkystée de l'abdomen étant posé, l'intervention permet de constater sur l'épiploon et le mésentère, une dizaine d'éléments ayant tous le même aspect : foyers ovalaires de la dimension d'une pièce de 50 centimes, grisâtres, non saillants avec au pourtour, une zone enflammée et constituée par des plaques de nécrose à la surface desquelles, l'examen permet de constater le bacille perfringens à l'état de pureté.

A l'autopsie, pratiquée quelques jours après, on constate que le point de départ des inoculations est une cholécystite avec fausses membranes, foyers nécrotiques et ulcérations de la vésicule. Il existe un peu de pus et de gaz. Le bacille perfringens est retrouvé en amas dans les branches de la veine porte et dans les petits foyers suppurés des bronches. La recherche du pneumocoque est négative.

Les auteurs insistent sur l'absence de lithiase antérieure, le caractère spécifique des lésions nécrotiques qu'ils comparent aux lésions de gangrène disséminée de la peau.

Election du bureau pour l'année 1922. — Sont nommés à l'unanimité : Président : M. Achard; vice-président : M. Ménétrier; secrétaire général : M. de Massary; secrétaires annuels : MM. Sésary et Baudouin.

Compte rendu annuel. — M. de Massary, secrétaire général, prononce l'éloge de MM. Belin, Ernest Dupré, Tapret, membres titulaires de la Société de chirurgie décédés pendant l'année 1921.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1921)

Plaies du cœur. — M. PROUST à propos d'un récent rapport de M. Lenormant (voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 97, p. 1556), communique l'intéressante observation d'un garçon de treize ans qui, en 1910, reçut un coup de feu qui atteignit le ventricule gauche. M. Proust l'opéra, enleva un caillot intrapéricardique, trouva la balle, put l'extraire et sutura la plaie du ventricule. Il draina et il s'en excuse en rappelant que cela se passait en 1910; à cette époque on n'avait pas encore eu les leçons de la guerre. L'enfant guérit et put reprendre son travail. Mais il avait souvent des essoufflements qui l'obligeaient à s'arrêter. M. Proust le revit quatre ans et dix ans après sa blessure. Bien que souvent essoufflé, il ne se plaignit pas et fit son service militaire.

L'intérêt de cette observation, au point de vue des suites éloignées des plaies du cœur, réside donc dans un examen radioscopique et cardiographique du cœur, quatre ans et dix ans après la blessure. Le premier examen, fait en 1914, conclut à un dédoublement de la contraction ventriculaire. Quelle était la valeur de ce dédoublement? Une contraction dyschrone, en quelque sorte, du cœur droit et du cœur gauche et limitation de la contraction du ventricule gauche, dix ans après, il n'y avait plus rien, il ne restait plus aucun signe d'insuffisance cardiaque. C'est grâce, non seulement à la radioscopie, mais surtout à la cardiographie, dont M. Proust montre des tracés très nets, qu'on a pu déterminer exactement ces troubles d'insuffisance cardiaque observés plus ou moins longtemps après une blessure du cœur.

Fracture de l'arrière-fond de la cavité cotyloïde. — M. SAVARIAUD apporte au débat actuel deux cas personnels, dans le premier cas, il s'agissait d'une fracture avec enfoncement de 2 centimètres du cotyle dans le bassin. Après quarante jours d'immobilisation et d'extension continue, l'enfant était guéri. Le second cas fut plus grave. Le col fémoral était enfoncé jusqu'à la garde dans le cotyle et celui-ci pénétrait dans le bassin sur une longueur de 4 centimètres. Cette fracture resta longtemps méconnue et ce ne fut que six mois après que M. Savariaud vit ce malade pour la première fois. La radiographie permit un diagnostic exact. La hanche est déjà à peu près ankylosée. L'enfant a été amélioré, mais non guéri.

M. MAUCLAIRE apporte un fait analogue; enfoncement de la partie postérieure de la cavité cotyloïde, sans luxation de la tête fémorale. Immobilisation et extension continue, grande amélioration, mais le malade boîte encore et l'abduction est très limitée.

Abcès traumatique du cervelet. — M. LENORMANT fait un rapport sur une très intéressante observation de M. Duguet (du Val-de-Grâce). Les abcès du cervelet sont très rarement observés, ce qui s'explique par ce fait qu'ils sont le plus souvent très rapidement mortels. L'intérêt de l'observation de M. Duguet et qu'il a pu suivre son blessé, pendant deux ans et demi, jusqu'à la mort.

M. Lenormant rappelle les faits de Thomas et de de Martel : avec ce dernier cas de M. Duguet, on arrive à trois cas seulement.

Il s'agit, dans l'observation de M. Duguet, d'un marocain qui reçut un éclat d'obus dans la région occipitale. Il présentait peu de symptômes, fut évacué après un mois dans un autre service dirigé par M. Duguet. Celui-ci ayant constaté une fistule occipitale et des troubles de titubation allant en augmentant, après avoir constaté par la radiographie, la présence d'un éclat d'obus, intervint, trépana, et enleva l'éclat d'obus. Le blessé sembla guéri pendant un an, après un an les accidents reparurent, torpeur intellectuelle, trépidation, titubation. Les symptômes s'aggravant et la température montant M. Duguet fit le diagnostic d'abcès cérébelleux et intervint de nouveau. Une ponction ramena du pus, il incisa et ouvrit un abcès contenant la valeur d'une cuillerée à bouche de pus. Le blessé fut schoké dans les premiers jours qui suivirent l'opération, mais peu à peu tous les symptômes cérébelleux disparurent. Il ne restait plus qu'une légère titubation et un peu d'incoordination du membre supérieur gauche. Soixante-dix jours après, le blessé pouvait être considéré comme guéri. Il le resta pendant quatre mois. Puis les mêmes accidents reparurent de nouveau, la température monta à 38 degrés, il y eut de la raideur de la nuque, l'examen ophthalmoscopique montra une papille gauche voilée. Il y avait une récidive de l'abcès, réintervention, ouverture d'un abcès contenant 15 centimètres cubes de pus, drainage, disparition progressive des symptômes, état satisfaisant pendant trois mois. Enfin troisième attaque avec des symptômes de méningo-encéphalite diffuse, trois ponctions lombaires, la première claire, la seconde louche, la troisième claire, mort...; à l'autopsie on trouva deux abcès du cervelet, avec de la méningite de la base.

Il y a donc eu trois récidives successives d'abcès cérébelleux, dont les deux premières ont été guéries pendant un certain temps à la suite de l'intervention et dont la troisième a emporté le malade. Il ne faut pas se dissimuler que l'intervention, dans ces cas, est très grave. Pour les abcès cérébraux on compte 60 p. 100 d'insuccès. Pour les abcès cérébelleux on en compte 80 p. 100.

Hématome sous-duremérien. — Second rapport de M. LENORMANT sur un cas adressé par M. Lombard (d'Alger). Il s'agit ici d'un coup de bâton sur la tête, quarante-huit heures de coma; ultérieurement aphasie, paralysie du membre supérieur droit, observation du blessé pendant quinze jours.

Les phénomènes ne s'amendant pas, M. Lombard intervient : trépanation, qui lui permet d'enlever une esquille; en explorant la dure-mère on sent, au-dessous d'elle, une petite zone d'empâtement correspondant à l'hématome, celui-ci étant très peu volumineux, M. Lombard s'abstient d'inciser la dure-mère et referme sans drainage. Grande amélioration, il persiste seulement un peu d'insensibité et de parésie du bras droit.

M. Lenormant approuve absolument la conduite prudente de M. Lombard, et rappelle que depuis les leçons de la guerre, les chirurgiens éprouvent un certain respect pour la dure-mère.

Ostéo-arthrite des deux articulations coxo-fémorales. — M. SAVARIAUD fait un rapport sur une observation adressée par M. Bouquet (de Chartres). Une femme de quarante et un ans souffre des deux hanches et marche péniblement. A dix-sept ans, elle a eu des douleurs dans les deux hanches qui l'ont immobilisée trois mois au lit. La radiographie montre, à gauche, une décalcification de toute la région et une subluxation. A droite, pas de luxation; épaississement; s'agit-il là des suites d'une ostéochondrite de l'enfance? M. Savariaud ne le pense pas. Il conclut à une ostéo-arthrite.

Ostéite hypertrophique. — Deuxième communication de M. SAVARIAUD. Enfant de sept ans, en février 1912, souffre de la hanche gauche et boîte; après examen radiographique, M. Savariaud conclut qu'il s'agit d'une ostéite hypertrophique, maladie dont la pathogénie est encore bien obscure.

Projectile dans la queue de cheval, laminectomie. — M. CHIFOLIAU rapporte une observation de M. Clavelin. Il s'agit d'un cavalier qui en juin 1918, reçoit une balle dans la région lombaire; paraplégie, paralysie des sphincters. Il reste ainsi un an. Les symptômes s'aggravent, une radiographie montre un projectile dans le canal rachidien, au niveau de la deuxième lombaire. M. Clavelin intervient; il fait une laminectomie, ouvre le canal, extrait le projectile, referme le dure-mère, drainage filiforme. cessation des douleurs et de la paraplégie, mais persistance des troubles sphinctériens.

Ostéomyélite. Vaccinothérapie. — M. HALLOPEAU communique trois cas d'ostéomyélite traités par la vaccinothérapie.

(SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1921)

Projectiles intrarachidiens. — M. MAUCLAIRE, à propos du rapport que M. Lenormant a donné dans la dernière séance, a enlevé un projectile intrarachidien. Il insiste sur la gravité de ces blessures, tant à cause de la mobilité du projectile que de l'épanchement sanguin, et des paralysies avec escarres qu'elles entraînent. Il se demande si l'on ne pourrait pas tenter l'anastomose des nerfs lésés.

Greffes cartilagineuses. — M. CUNÉO fait un rapport sur un travail de M. Magitot relatif à l'emploi des greffes cartilagineuses formolées. Il semblerait, d'après les expériences de M. Magitot, que les greffes formolées seraient plus résistantes que les greffes fraiches qui se résorbent avec une rapidité décevante.

Traitement des ulcères gastro-duodénaux perforés. — M. LECÈNE fait un rapport sur trois cas d'ulcères duodénaux perforés traités par M. Prat. Dans un premier cas, il jugea qu'après la suture une gastro-entérostomie complémentaire s'imposait. Dans un second cas, il s'agissait d'un ulcère calleux; il fit une résection pyloro-gastrique étendue d'urgence ; le malade succomba. Le premier a guéri.

Fibrome développé dans le tissu cellulaire intravésico-utérin. — Autre rapport de M. LECÈNE sur un cas intéressant adressé par M. Delmas (de Montpellier). Femme de quarante-neuf ans présentant tous les symptômes d'un fibrome utérin. Toutefois, au toucher vaginal, on n'arrivait pas à saisir le col utérin. Opération : incision médiane, on ne trouve pas de péritoine. M. Delmas prolonge l'incision au-dessus de l'ombilic jusqu'à ce qu'il trouve le péritoine soulevé par une tumeur. Il procède au morcellement de celle-ci et reconnaît alors qu'il s'agit d'une tumeur fibreuse développée dans le tissu cellulaire intervésico-utérin prépéritonéal. Il a fallu faire une grande perte de substance pour arriver au péritoine. Le malade a bien guéri.

Ce sont là des faits rares. On ne connaît guère qu'un mémoire américain qui a pu en réunir dix-neuf exemples. Le morcellement de Péan rend, dans ces cas, de grands services.

Kyste osseux multiloculaire de l'humérus. — Dans un troisième rapport, M. LECÈNE analyse une observation de M. Sorrel (de Berck). Il s'agit d'un kyste osseux de l'extrémité inférieure de l'humérus. M. Sorrel fait une incision postéro-externe, croit d'abord à un chondrome. L'examen de la pièce par M. Letulle a montré qu'il s'agissait d'une ostéite fibro-kystique, non bacillaire.

MM. MOUCHET et HARTMANN ont observé chacun un cas analogue d'origine syphilitique.

M. LECÈNE signale que dans le cas qu'il vient de rapporter le Bordet-Wassermann avait été négatif.

Le pneumo-péritoine. — M. PROUST analyse un travail très intéressant de MM. Mallet et Coliez sur l'insufflation de gaz dans la cavité péritonéale. Il ne faut jamais injecter de l'air. Il faut injecter de l'oxygène ou de l'acide carbonique. Avec l'oxygène, on voit très bien les organes à la radioscopie. Mais l'oxygène se résorbe très lentement. L'acide carbonique se résorbe au contraire très rapidement, si rapidement même qu'on peut n'avoir pas le temps d'examiner les organes radioscopés. C'est pourquoi les auteurs s'en sont tenus à un mélange d'oxygène et d'acide carbonique. Cette méthode permet de faire d'excellents diagnostics, qu'il s'agisse de vésicule biliaire, de reins, de rate ou d'ovaires.

La radioscopie est en quelque sorte plus nette que la radiographie. L'examen est antérieur, latéral droit ou latéral gauche. On arrive à séparer complètement le rein gauche de la rate. Les auteurs ont pratiqué cent quarante-quatre examens sans jamais avoir observé le moindre accident. On a cependant signalé un cas de mort à Berlin. Il est sage, après l'examen, d'hospitaliser les malades au moins pendant vingt-quatre heures.

M. MICHON a constaté que c'est là un précieux moyen de diagnostic pour les affections des reins. Comme M. Proust, il trouve la radioscopie supérieure à la radiographie. M. Michon cite un cas où il s'agissait d'une grosse tumeur du côté gauche, rate ou rein? Le pneumo-péritoine a montré une opacité très étendue mais a laissé dans la même incertitude, c'est le cathétérisme urétéral qui a permis de reconnaître qu'il s'agissait du rein. Quoiqu'il en soit, le pneumopéritoine, dans la plupart des cas, constitue un excellent moyen de diagnostic.

Formation des calculs biliaires. — M. GOSSET, en son nom et au nom de son chef de clinique et de son chef de laboratoire, fait sur ce sujet une communication très importante en ce sens qu'elle nous apporte des idées nouvelles sur la formation des calculs biliaires et appuyées sur des faits d'observation incontestables.

M. Gosset rappelle les travaux de M. Chauffard et de son école sur la pathogénie de la lithiase biliaire. Cette école envisage cette pathogénie dans la cavité même de la vésicule. C'est là une erreur, dans une vésicule fraîche, non enflammée, on aperçoit sur la muqueuse de petites taches jaunes, de petits dépôts qu'on a appelés des lipoïdes. Ce sont de petits dépôts sous-muqueux de cholestérine pure et ce sont les points de départs des calculs à cholestérine. Une conclusion importante doit être tirée de ce fait, c'est qu'il peut y avoir danger à conserver ces vésicules et que la seule opération indiquée est la cholescystectomie.

M. SOULIGOUX a opéré le matin même une lithiase biliaire qui, cliniquement, répond parfaitement à l'interprétation admise par M. Gosset.

M. HARTMANN reste perplexe. Quelqu'ingénieuse que lui paraisse la pathogénie admise par M. Gosset, il persiste à croire que l'infection doit entrer en ligne de compte dans la pathogénie des calculs biliaires.

M. GOSSET fait observer que toutes les vésicules biliaires qui ont servi à ces recherches étaient des vésicules saines, absolument aseptiques. Ces dépôts de cholestérine se font sous l'épithélium et cherchent à s'éliminer passant ainsi dans la cavité de la vésicule. Il y a là une découverte véritablement nouvelle et qui a vivement intéressé beaucoup de médecins qui ont été jusqu'à demander à M. Gosset si lui, chirurgien, comprenait bien toute la valeur de cette découverte, de même que Philaminte demandait à Trissotin s'il se rendait bien compte lui-même de la beauté de ses vers.

(SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1921)

La vaccinothérapie dans les infections chirurgicales. — M. ROUVILLOIS fait un rapport sur un travail de M. Valette. Déjà, en janvier 1921, M. Valette a fait une communication à la Société de biologie, appuyée sur soixante-quatre cas de diverses infections chirurgicales traitées par la vaccinothérapie (phlegmons diffus, anthrax, arthrites suppurées, infection puerpérale, pleurésies purulentes, etc.).

Les résultats obtenus par M. Valette, dans diverses infections, sont très encourageants.

Abcès du foie ouverts dans les bronches. — M. DESCOMPS fait un rapport sur deux observations adressées par M. Maginac (de Toulouse).

Le premier cas concerne une femme de cinquante ans, atteinte de douleurs dans le flanc droit, avec diarrhée, et qui eut une vomique. Incision de la région hépatique, drainage. Injections quotidiennes d'émétine. Guérison.

Le second cas a trait à un homme de quarante-six ans : gonflement du foie avec douleurs, vomique, signes de pleurésie purulente. La ponction donne du pus avec amibes.

M. Descomps a trouvé 50 cas publiés d'abcès du foie ouverts dans les bronches avec une mortalité globale de 33 p. 100; 35 guérisons et 16 morts. Dans certains cas, d'après le professeur Chauffard, le traitement par l'émétine peut suffire, qu'il y ait eu ou non vomique. M. Chauffard insiste sur les avantages de l'émétine comme préventif et sur son utilité après l'acte chirurgical.

Dans certains cas où les malades présentent de la suffocation, des phénomènes d'asphyxie, l'opération d'urgence s'impose. Tel fut le deuxième cas de M. Maginac. Dans les cas d'intervention sur le foyer hépatique, il ne faut pas négliger le foyer thoracique. Il faut donc toujours explorer le foyer thoracique, car il est des cas où il présente plus d'importance que le foyer hépatique. Il faut drainer séparément chacun des deux foyers.

M. TUFFIER fait observer que l'introduction de l'émétine dans la thérapeutique a changé le mode de traitement des abcès du foie. Mais il faut recourir à des doses élevées. Il reste toutefois des cas où l'intervention chirurgicale est formellement indiquée.

Fracture sus-malléolaire. Infection du foyer de fracture. — M. MATHIEU rapporte une observation de M. Pouliquin : fracture sus-malléolaire avec plaie, désinfection, nettoyage, suture et appareil plâtré. Infection secondaire obligeant à rouvrir la plaie, à nettoyer de nouveau le foyer de fracture,

traitement par les tubes de Carrel; la désinfection ayant été obtenue après un mois, M. Pouliquin procède de nouveau à la réduction, fait la suture avec une agrafe de Dujarrier, applique un appareil plâtré et obtient un très bon résultat. On ne peut qu'approuver la conduite de M. Pouliquin.

Ectopie de l'estomac avec le grand épiploon dans le médiastin postérieur. — M. Duval analyse une observation de M. Brun (de Tunis) dans laquelle la radioscopie a permis de reconnaître la présence de l'estomac dans le médiastin postérieur, sans traumatisme. Il est difficile de trouver une explication de cette malformation.

M. Descomps croit que ces faits exceptionnels peuvent s'expliquer par le fait d'une aspiration thoracique qui attire, du côté droit, l'estomac et le grand épiploon. Mais il faut toujours une ouverture diaphragmatique?

Faut-il, oui ou non, enfouir les moignons appendiculaires? — M. de Martel jusqu'ici avait toujours enfoui, après thermocautérisation du moignon. Un récent insuccès d'une opération d'appendicite à froid le poussa à changer de méthode. Il se méfie des points perforants toujours possibles, et il croit qu'il vaut mieux ne pas constituer les deux plans superposés, laissant un espace susceptible de s'infecter. D'ailleurs, MM. Ricard et Routier n'ont jamais enfoui.

M. Routier confirme le fait.

M. J.-L. Faure a toujours enfoui et continuera à enfouir.

M. Robineau est de l'avis de de Martel et il estime qu'il est préférable d'éviter la superposition de deux plans de suture. Il n'est donc pas partisan de l'enfouissement.

M. Proust fait observer que, sans enfouissement, il peut se faire des adhérences secondaires. L'enfouissement a au moins l'avantage d'éviter ces adhérences secondaires. M. Proust croit, en outre, qu'il est possible d'arriver à ne pas faire de points perforants.

Traitement des cancers de l'ampoule rectale par les applications de radium. — M. Alglave, avec la collaboration de M. Saleil, a traité un cancer de l'ampoule rectale par le radium. Guérison complète se maintenant depuis quatorze mois. La malade a présenté tous les caractères classiques d'un épithélioma, mais il n'y a pas eu d'examen histologique.

M. Quénu le regrette, car on ne saurait avoir de certitude sans cet examen.

Il cite l'exemple d'un homme de cinquante-cinq ans qui avait été examiné par M. Legueu et qui présentait une plaque ulcéreuse de l'ampoule rectale offrant tous les caractères d'un épithélioma. M. Quénu admit le même diagnostic et opéra le malade. L'examen histologique montra qu'il s'agissait de tuberculose.

Elections. — La Société procède au renouvellement du bureau. M. Sebileau est nommé, à l'unanimité, président pour l'année 1922; M. Mauclaire est nommé vice-président; MM. Savariaud et Ombrédanne sont élus secrétaires des séances; M. Michon, archiviste, et M. Louis Bazy, trésorier.

— La prochaine séance aura lieu le 11 janvier 1922.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1921)

Hématome de la région sous-maxillaire chez un hémophile, mort subite par œdème de la glotte. — MM. E. Lesné, Powilewicz et Récamier. Il s'agit d'un enfant de quinze ans, hémophile suivi et traité depuis l'âge de deux ans. Tous les cinq à six mois survenaient chez lui des accidents hémophiliques tels que : épistaxis, gingivorragies, hémarthroses, hématuries, malgré l'emploi de la sérothérapie.

De nouveau, il entre à l'hôpital pour une tuméfaction apparue brusquement dans la région sous-maxillaire, tendue, douloureuse, s'accompagnant de trismus. La dyspnée à type laryngé est très marquée. Température 38°8. Au cours de l'examen, le malade présente une syncope, malgré une trachéotomie, il est impossible de le ranimer.

L'autopsie montre : œdème du larynx, œdème du poumon, hématome considérable de la région sous-maxillaire et du plancher de la bouche. Cet hématome ayant provoqué par compression l'œdème du larynx.

Discussion. — M. Lesné insiste sur le traitement décevant des hémophilies. Il suit quatre malades depuis de longues années, soignées par la thérapeutique classique : sérothérapie, peptonothérapie. Le traitement les améliore passagèrement, mais les médications s'usent. Ce sont des incurables.

M. Apert pense aussi que la grande hémophilie familiale se termine toujours par la mort, malgré la médication.

Pseudarthrose congénitale des clavicules. — MM. Mouchet et Errard présentent un enfant de sept ans amené pour une projection des épaules en avant et le dos voûté. On constate qu'il a une pseudarthrose bilatérale de ses deux clavicules très visible à la radiographie.

S'agit-il d'une forme fruste de dysostose cléido-cranienne héréditaire? On ne trouve aucune lésion cranienne ou faciale, mais des malformations dentaires. L'omoplate est très allongée.

La radiographie montre deux côtes cervicales supplémentaires.

Epingle anglaise ouverte située, la pointe en haut et à droite, dans l'œsophage thoracique d'un bébé de quatre mois. — M. P. Hallopeau présente l'enfant. Devant l'impossibilité matérielle de l'extraction par la voie haute qui n'aurait pu qu'enfoncer davantage la pointe, extraction par gastrostomie sur la table radioscopique : boutonnière sur l'estomac, introduction d'un clamp courbe dans l'œsophage par le cardia en le guidant avec un doigt extérieur; le clamp remonte dans l'œsophage derrière le cœur sur 7 centimètres, saisit l'épingle sous le contrôle de l'écran et l'enlève en un instant. Sutures. Suites des plus simples, le nourrisson reprend ses tétées quelques heures plus tard.

Présentation de pièce de sténose pylorique congénitale. — M. Apert. Il s'agit d'un nourrisson qui depuis la naissance présentait des vomissements continuels et des mouvements péristaltiques nets. Nous posons le diagnostic de sténose congénitale du pylore et songeons à le faire opérer. Or la radioscopie montre que la bouillie de baryte passe bien. Nous ne faisons pas opérer, l'enfant meurt. La pièce présente une hypertrophie nette du pylore.

Discussion. — M. Comby. Le diagnostic de l'hypertrophie congénitale est très difficile. Il cite le cas d'un nourrisson qui, depuis sa naissance, vomissait tout, avec des ondes péristaltiques nettes. En remplaçant le lait de la mère par une nourrice il ne vomit plus. Les indications de l'opération sont très difficiles.

M. Veau. Il y a des cas de sténoses vraies qui s'améliorent spontanément et vivent âgés.

Il cite un enfant de huit à dix ans qui vomit depuis sa naissance, il a l'aspect d'un enfant de cinq ans.

La radioscopie montre les signes de sténose du pylore. Il doit être opéré.

Six cas de souffles anorganiques dans le premier âge. — M. G. Blechmann constate chez un débile, âgé de huit jours, l'existence d'un souffle holosystolique, rude, au niveau du bord sternal du IIIe espace intercostal gauche avec propagation excentrique. En l'absence de cyanose, il porta le diagnostic de maladie de Roger et l'enfant fut ausculté, ce jour-là et les jours suivants, par de nombreux praticiens et élèves.

L'enfant succomba onze jours après son entrée; à l'autopsie, on trouva un cœur d'aspect normal, sans aucune lésion orificielle, sans communication interventriculaire, sans trou de Botal (présentation de pièce).

Outre cinq observations personnelles, l'auteur en rapporte une autre recueillie par M. Laubry. Il rappelle que pour Henri Roger et la plupart des pédiatres, on ne rencontre pas dans la première enfance de souffles anorganiques : un cas signalé par M. Marfan en 1898 paraît en être la première observation nettement établie (enfant de vingt mois atteint d'anémie splénique et mort de tuberculose), M. G. Blechmann pose les conclusions suivantes : 1° Les souffles anorganiques existent dans l'enfance et même chez le nouveau-né, presque toujours chez des débiles, des chloroanémiques, des déshydratés, etc.; 2° ils peuvent simuler une cardiopathie congé-

nitale (lésion valvulaire ou communication anormale); 3° Le caractère holosystolique du souffle (non plus que sa propagation) ne permet pas de diagnostiquer une lésion organique; 4° L'étude de l'orthodiagramme peut être d'un appoint précieux, mais de nouvelles recherches dans cet ordre sont nécessaires; 5° Le seul critérium diagnostique est fourni par le temps. Si le souffle se stabilise, il est l'indice d'une lésion organique. S'il disparaît (parfois seulement après un an : cas de Laubry), ainsi se juge son caractère anorganique.

Discussion. — M. RIBADEAU-DUMAS pense qu'on ne doit pas faire le diagnostic de maladie du cœur chez des enfants n'ayant pas de passé pathologique, la présence de souffle ne suffit pas.

M. COMBY est du même avis. Il cite plusieurs cas de trois enfants ayant présenté de la chorée; du rhumatisme polyarticulaire, de la scarlatine, à la suite desquels un souffle intense était apparu et où le diagnostic d'endocardite avait été porté. Dans ces trois cas, le souffle disparut peu à peu. Est-ce une simple erreur de pronostic? La descrimination entre les souffles organiques ou anorganiques n'est pas encore établie d'après les signes cliniques. Le pronostic reste incertain.

M. Jean HALLÉ est étonné, croit à l'existence des souffles anémiques intenses, fréquents chez les enfants et pris souvent pour des souffles organiques. Inconnus en Allemagne, ils ne sont plus décrits par les cardiologues. Depuis que sous l'inflence de Potain, les souffles cardio-pulmonaires ont été décrits. Les souffles anémiques existent chez les enfants anémiques, convalescents de maladie, s'accompagnant d'un thrill à la base du cou du côté droit.

M. BLECHMANN. L'existence des souffles par diminution de la viscosité du sang et par anémie est certaine.

Un cas de tumeur de l'épiphyse. Autopsie. — MM. LEREBOULLET et BRIZARD présentent les pièces de l'autopsie d'un malade qu'ils ont présenté avec M. Maillet à la Société en avril 1921.

A ce moment, il présentait tous les signes d'un syndrome épiphysaire (développement précoce de la taille, de l'appareil génital et du système pileux, signes d'hypertension intracranienne, signes de localisation) et semblait atteint de tumeur de l'épiphyse à allure progressive.

La mort survenue peu après cette présentation a permis de vérifier le diagnostic en révélant à la place de l'épiphyse une tumeur du volume d'une mandarine comprimant les tubercules quadrijumeaux et déformant toute la région, envahissant presque tout le troisième ventricule et expliquant par la compression exercée l'aplatissement de l'hypophyse dont la face supérieure est creusée en cupule.

Les ventricules latéraux sont extrêmement dilatés. La plupart des glandes endocrines sont hyperémiées et augmentées de volume, notamment le thymus et le corps thyroïde; les testicules ont un volume double de la normale à cet âge.

L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'une tumeur complexe à type de neuro-épithéliogliome dans laquelle on a pu distinguer des formations d'apparence épithéliale et des formations névrogliques.

Ce fait, tant anatomiquement que cliniquement, se superpose donc aux cas les plus typiques de tumeur primitive de l'épiphyse ayant entraîné un syndrome spécial qui paraît bien mériter le nom de syndrome épiphysaire.

Côtes cervicales chez un enfant. — MM. RŒDERER et AGEORGES présentent un enfant de sept ans venu consulter pour une position de la tête avec un peu de cypho-scoliose. Il présente une double côte cervicale, sans réduction numérique des vertèbres cervicales.

Un cas de vaccine confluente par contagion. — M. Jean HALLÉ rapporte l'histoire d'un bébé de dix mois présentant une éruption des bras, de la tête, de la face presque confluente avec état grave. L'élément était celui de la vaccine. L'enfant n'avait pas été vacciné, mais il s'agit d'un jumeau, et l'autre enfant avait été vacciné quinze jours auparavant. Or, les deux enfants couchaient dans le même lit, et comme le bébé avait de l'eczéma de la face il s'était inoculé.

Entré dans le service de M. Guinon, il meurt de convulsions peu après.

M. J. Hallé cite le cas d'un enfant de huit ou neuf ans atteint de prurigo de Hebra qui, vacciné, fit une vaccine confluente mais guérit.

M. GILLET a vu un petit Espagnol qui, en période d'épidémie, fut vacciné malgré un eczéma impétigineux et fit une vaccine confluente de la face ayant laissé des cicatrices considérables.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1921)

De l'influence de la digestion sur les éliminations urinaires. — M. P.-L. VIOLLE (de Vittel). Les nombreuses recherches qui ont été faites sur les variations horaires de l'excrétion urinaire ont montré que le maximum d'élimination avaient lieu après les repas. Peut-on en déduire que l'influence de la digestion soit de déterminer une augmentation de la diurèse? Non, car toutes ces recherches mettent finalement beaucoup plus en évidence l'influence des boissons (abondantes aux repas, nulles ou faibles entre les repas) que l'influence de la digestion des aliments solides.

Si, comme l'a fait l'auteur, on se place complètement en dehors de l'influence des boissons, on voit se dessiner remarquablement la diminution des éliminations urinaires après les repas. La courbe des éliminations aqueuses fait une chute brusque pendant les quatre heures qui suivent les repas, et les courbes de l'urée et des chlorures lui restent parallèles.

On sait qu'il existe pendant la digestion une véritable hypertension portale. Celle-ci pourrait expliquer cette opsiurie physiologique que l'auteur propose de dénommer : « opsiurie digestive ».

L'action du taurocholate de soude sur la tension superficielle de l'eau. — M. Edmond DOUMER. Sous l'influence de quantités croissantes de taurocholate de soude, la tension superficielle de l'eau diminue suivant une courbe absolument superposable à celle qui traduit et représente l'action abaissante du glycocholate de soude. L'action abaissante de ces deux sels biliaires obéit donc à la même loi générale. La seule différence qui les sépare est la suivante : à taux égal le pouvoir abaissant du taurocholate de soude est plus faible que celui du glycocholate; il faut, pour obtenir le même effet, que son taux soit une fois et demi celui de ce dernier sel.

En solutions aqueuses de ces deux sels biliaires, l'effet obtenu est le résultat de la somme des pouvoirs abaissants de chacun de ces deux corps, qui agit sur la tension superficielle de l'eau suivant la loi générale qui a été posée.

Sur la virulence du liquide céphalo-rachidien de malade atteinte d'herpès génital. — MM. RAVAUT et RABEAU ayant inoculé la cornée d'un lapin avec le culot de centrifugation d'un liquide céphalo-rachidien, montrant une réaction cellulaire et albumineuse nette (0.50), provenant d'une malade atteinte d'herpès génital à type névralgique ont observé, sans que l'animal ait présenté de lésions kératiques, des phénomènes nerveux. Ils débutèrent quinze jours après l'inoculation et se prolongèrent jusqu'à la mort de l'animal, vingt-huit jours après. Sur les coupes du cervelet, M. Levaditi a constaté des lésions qui sont considérées comme caractéristiques de l'encéphalite.

Il résulte de ce fait que le virus que l'on rencontre dans les vésicules des malades atteints d'herpès peut se trouver dans le liquide céphalo-rachidien. Ce fait expérimental confirme les observations que l'un de nous avait faites en 1903 sur les réactions parfois très grosses du liquide céphalo-rachidien au cours de l'herpès génital.

Le paradoxe du potassium sur le cœur isolé de lapin. — M. BUSQUET. Le passage de liquide de Ringer Locke normal, après le passage d'une solution nutritive sans potassium, produit l'arrêt du cœur isolé de lapin. Il ne s'agit pas d'une intoxication par le potassium, cette intoxication présentant des caractères objectifs différents de ceux de l'arrêt paradoxal. Ce paradoxe affecte toutes les particularités de l'arrêt par le pneumo-gastrique. Toutefois, il ne s'agit pas d'une excitation de l'appareil cardio-inhibiteur intrinsèque, car l'arrêt paradoxal se produit encore après atropinisation. Il

La prophylaxie antiseptique des maladies vénériennes, par le Dr GAUDUCHEAU. 31 pages. — Paris, Maloine et fils.

s'agit d'un phénomène musculaire analogue à celui que provoque le nerf vague dans le myocarde.

Effets histologiques de l'osmose électrique. — MM. P. Girard et Faure-Frémiet. L'osmose électrique, l'endosmose dans les cas étudiés, constitue un moyen nouveau d'imposer aux cellules d'un tissu vivant, en place et normalement irrigué, des modifications remarquables et d'ailleurs réversibles. Dans les cas du foie, la cellule hépatique se gonfle jusqu'à présenter l'aspect d'une cellule végétale, par absorption du liquide et la phase hydroalbumineuse continue de son cytoplasme se scinde en deux parties qui diffèrent par leur degré d'hydratation et leur état colloïdal. Le chondriome demeure normal.

Élection. — M. Marcel Labbé est nommé membre titulaire.

NOTES POUR L'INTERNAT

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT (1)

Après le cinquième mois, les troubles sympathiques disparaissent, les douleurs diminuent. Mais ce sont surtout les signes physiques qui se modifient. A l'inspection, on constate que le ventre est augmenté de volume; cette augmentation prend la forme d'une tumeur irrégulière déviée latéralement, bien différente de l'aspect d'un utérus gravide. La palpation permet de mieux préciser les caractères de la tumeur : celle-ci est irrégulière, quelquefois bosselée; elle donne l'impression d'être à fleur de peau et on perçoit très nettement les parties fœtales; elle a la consistance d'une poche liquide peu tendue et *ne présente pas de contractions.* A côté de la tumeur on peut sentir l'utérus resté petit.

A l'*auscultation,* on perçoit un souffle maternel placentaire et les bruits du cœur fœtal rapides, réguliers; parfois on entend les mouvements actifs du fœtus.

Au toucher vaginal, on constate que le col de l'utérus est entr'ouvert, ramolli, mais beaucoup moins que dans une grossesse normale; le ramollissement n'intéresse pas l'isthme utérin; il n'y a donc pas de signe de Hégar.

Le col est dévié à droite ou à gauche et surtout en avant. Le corps de l'utérus est faiblement augmenté de volume. Par contre, on sent parfaitement la masse para-utérine volumineuse, fluctuante.

Le toucher rectal renseigne sur la situation de la tumeur par rapport à la paroi postérieure de l'excavation.

Au voisinage du terme, après le huitième mois, surviennent des symptômes analogues à ceux qui précèdent un accouchement normal et qui constituent le *faux travail* : douleurs abdominales intermittentes semblables à celles des contractions utérines normales, suintement sanguin ou hémorragie abondante, ébauche de dilatation du col qui devient perméable à un ou deux doigts. Le fœtus succombe généralement très vite; les bruits du cœur s'assourdissent et disparaissent.

Dans les jours qui suivent, les seins se gonflent et il se produit une montée de lait. L'abdomen diminue de volume et les règles peuvent réapparaître au bout de deux mois. Il peut y avoir soit une rétention du kyste fœtal qui dure généralement onze à quinze mois, soit une évolution vers un lithopédion.

Le placenta présente encore une circulation pendant un mois et demi, mais, au delà de ce terme, son décollement peut donner des hémorragies. Enfin, parfois le kyste peut suppurer et aboutir à une péritonite généralisée ou localisée avec ouverture possible dans un organe voisin (vessie, rectum).

La mort du fœtus a pu être évitée par une laparotomie pratiquée en temps voulu et on a ainsi extrait des enfants vivants; mais un grand nombre d'entre eux n'étaient pas viables ou avaient des malformations.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 1, p. 15.

B. **Formes compliquées.** — Il est exceptionnel de voir une grossesse extra-utérine évoluer jusqu'à l'approche du terme. Presque toujours elle est interrompue par une des complications déjà signalées. Ces complications, distinctes au point de vue anatomique, le sont beaucoup moins au point de vue clinique, et, avec Albertin et Desgouttes, on peut les classer en quatre formes cliniques :

1° Hémorragie tubaire sans fissuration, simulant une fausse-couche;

2° Fissuration tubaire sous-péritonéale affectant une forme pseudo-salpingienne.

3° Hémorragie à répétition avec enkystement aboutissant à une hématocèle.

4° Inondation péritonéale.

I. Hémorragie tubaire simulant une fausse-couche. — Cette forme correspond habituellement à la formation d'un hématosalpinx, mais elle peut être aussi la manifestation clinique d'un avortement tuboabdominal. Il s'agit d'une femme qui, après un léger retard de règles de huit à trente jours, a vu apparaître des pertes de sang noir; au bout de quelques jours sont survenues des douleurs abdominales violentes, sous forme de coliques avec sensation de malaise pouvant aboutir à la syncope, accélération du pouls et légère hypothermie. Au toucher vaginal, on constate peu de chose, un col légèrement ramolli et un peu de douleur dans le cul-de-sac postérieur. Il s'agit en somme d'un syndrome rappelant un avortement banal (*fausse-couche tubaire de Lejars*). Le seul signe permettant de penser à une grossesse extra-utérine est la perception au toucher vaginal d'une tumeur lisse, rénitente, légèrement mobile et douloureuse siégeant à côté de l'utérus.

Dans certains cas, les douleurs abdominales sont beaucoup plus atténuées, n'immobilisent même pas la malade et le seul symptôme anormal est constitué par de légères pertes brunâtres survenant après un léger retard de règles.

L'évolution de cette forme de grossesse extra-utérine peut se faire vers la résorption, mais aussi vers l'une des formes suivantes :

II. Forme pseudo-salpingienne. — Elle correspond anatomiquement à l'*hématosalpinx.* Elle débute brusquement par des douleurs abdominales très violentes et une hémorragie assez abondante de sang noir chocolat. La réaction abdominale est parfois très accusée : vomissements, contracture abdominale, rapidité du pouls, fièvre (38-39 degrés). Rapidement ces phénomènes s'amendent, puis surviennent d'autres crises semblables, et c'est une des caractéristiques de cette forme que d'évoluer ainsi par *saccades.*

A l'examen, on constate que le ventre est météorisé, douloureux au palper et se laisse mal déprimer. Au toucher vaginal, on trouve un utérus un peu volumineux et surtout une tumeur siégeant sur un côté de l'utérus; cette masse est parfois allongée transversalement, irrégulière, bosselée, se continuant avec l'utérus par un pédicule très rétréci. Dans d'autres cas, elle est à peu près immobile, plus ou moins accolée à l'utérus et semble faire corps avec le cul-de-sac vaginal; elle est arrondie, épaisse, compacte et dure (Lejars).

Caractère très important : cette tumeur subit des variations de volume qu'on peut mettre en évidence par des examens répétés; elle augmente surtout au moment des règles.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 4. — SAMEDI 14 JANV. 1922. 95e ANNÉE. SAMEDI 14 JANV. 1922. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 9 janvier. — Questions données : « Signes et diagnostic de la tuberculose des capsules surrénales. — Complications mammaires au cours de l'allaitement. »

MM. Tambareau, 7; Krivine, 11; Dufestel, 12; Jany et Breger, 14 1/2; Isaac (Georges) et Marassi, 13; Diamant-berger, 10; Iselin, 14; Maleysson, 16.

Séance du 10 janvier. — Questions données : « Signes, complications et diagnostic de la varicelle. — Fracture sous-condylienne du fémur. »

MM. Soulas, 6 1/2; Renault, 12 1/2; Chaperon, 9; Corby, 14; Marchand (Joseph), 9; Marchand (Pierre), 14 1/2; Marty, 15; Meignant, 13 1/2; Hamburger, 12 1/2; Bertrand (Yvon), 8.

Séance du 11 janvier. — Questions données : « Formes cliniques de la péritonite tuberculeuse. — Corps étranger articulaire. »

MM. Berthon, 14 1/2; Bascourret, 12; Marceron, 12 1/2; Billard, 13; Teurnier, 12 1/2; Mme Genin, 12; MM. Darquier, 10 1/2; Ferey, 12 1/2; Dumas, 10; Lacomme, 10.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. E. Micheleau professeur de médecine légale à l'Université d'Alger, médecin titulaire de l'hôpital Saint-André à Bordeaux, est nommé, sur sa demande, professeur agrégé de médecine générale à l'Université de Bordeaux.

COMMISSION DE PROPHYLAXIE ANTIVÉNÉRIENNE. — Par arrêté du ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, en date du 9 janvier 1922, M. le Dr Chatin, médecin à Paris, a été nommé membre de la Commission de prophylaxie antivénérienne.

COMMISSION DU CODEX. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 10 janvier 1922, M. Bougault, professeur de pharmacie galénique à la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, a été nommé membre de la Commission du Codex.

AÉRONAUTIQUE. — M. Marc Frænckel est nommé médecin chef du contrôle du personnel fonctionnaire des services appartenant au sous-secrétariat d'Etat de l'aéronautique.

MÉDAILLE MILITAIRE. — Sont inscrits au tableau spécial de la médaille militaire : MM. Dubois, Fruchaud, Gallet, Lacroix, Denecheau, Pitois, Leloup, médecins sous-aides-majors; Craffe, médecin auxiliaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — La séance annuelle aura lieu le mercredi 18 janvier 1922, à 16 heures très précises, 12, rue de Seine.

Ordre du jour : 1. discours de M. E. Potherat, président; 2. compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1921, par M. G. Marion, secrétaire annuel; 3. éloge de M. Odilon Lannelongue, par M. J.-L. Faure, secrétaire général; 4. proclamation des prix décernés par la Société.

LES SUBVENTIONS DE LA VILLE DE PARIS AUX LABORATOIRES ET SERVICES DES HOPITAUX. — Le Conseil municipal vient de répartir ainsi qu'il suit un crédit de 357.600 fr. :

Laboratoires de radiographie et d'électrothérapie : Necker (Contremoulins), 64.060 fr.; Saint-Antoine, 9.930 fr.; Salpêtrière (Puthomme), 26.860 fr.; Cochin (Ménard), 3.000 fr.; Necker (Guibert), 2.850 fr.; Pitié (Delherm), 2.000 fr.; Laënnec (Maingot), 2.000 fr.; Lariboisière (Haret), 1.500 fr. Total : 112.200 fr.

Laboratoires individuels de recherches cliniques :

Hôtel-Dieu : M. le prof. Roger, 1.500 fr.; M. Macé, 1.500 fr.; M. Caussade, 1.000 fr.; M. Parmentier, 2.500 fr.; M. Menetrier, 1.500 fr. Total : 8.000 fr.

Pitié : M. Thiroloix, 2.000 fr.; M. Babinski, 2.000 fr.; M. Enriquez, 2.000 fr.; M. Josué, 3.000 fr.; M. Vaquez, 2.500 fr.; M. Brindeau, 1.000 fr.; M. Mauclaire, 1.000 fr. Total : 13.500 fr.

Charité : M. Fredet, 1.000 fr.; M. Legry, 1.500 fr.; M. Belin, 1.500 fr.; M. Baumgartner, 1.500 fr.; M. Sergent, 1.500 fr.; M. Castaigne, 2.000 fr.; M. Guillain, 2.000 fr.; M. Marcel Labbé, 1.500 fr.; M. Devraigne, 1.000 fr. Total : 13.500 fr.

Saint-Antoine : M. Béclère, 2.400 fr.; M. Le Noir,

3.000 fr.; M. Lermoyez, 2.000 fr.; M. Siredey, 1.500 fr.; M. Claude, 2.000 fr.; M. Coyon, 2.000 fr.; M. Ramond, 2.000 fr.; M. Bensaude, 2.500 fr.; M. Bouffe de Saint-Blaise, 1.000 fr.; M. Lejars, 1.500 fr.; M. Lapointe, 1.500 fr. Total : 21.400 fr.

Tenon : M. Weil, 1.000 fr.; M. Loeper, 2.500 fr. Total : 3.500 fr.

Cochin : M. Queyrat, 1.000 fr.; M. Fournier, 3.500 fr.; M. Œttinger, 2.500 fr.; M. Launay, 1.500 fr.; M. Pissavy, 2.000 fr.; M. Chevassu, 2.500 fr. Total : 13.000 fr.

Beaujon : M. Carnot, 1.500 fr.; M. Rudaux, 2.500 fr. Total : 4.000 fr.

Necker : M. Renon, 2.500 fr.; M. Sicard, 1.800 fr.; M. Brouardel, 2.000 fr. Total : 6.300 fr.

Lariboisière : M. Morax, 3.000 fr.

Boucicaut : M. Bezançon, 1.500 fr.; M. Dujarrier, 1.000 fr. Total : 2.500 fr.

Broussais : M. Dufour, 3.000 fr.; M. Bergé, 2.500 fr. Total : 5.500 fr.

Saint-Louis : M. Brocq, 3.000 fr.; M. Darier, 3.000 fr.; M. Thibierge, 2.500 fr.; M. Renault, 3.000 fr.; M. Rieffel, 2.500 fr.; M. Hudelo, 3.000 fr.; M. Milian, 3.000 fr.; M. Cathala, 1.500 fr. Total : 21.500 fr.

Ménages : M. Weill-Hallé, 800 fr.

Sanatorium Villemin : M. Buc, 2.000 fr.

Fondation Debrousse : M. Babonneix, 1.500 fr.

Broca : M. Ravaut, 3.000 fr.; M. Grenet, 3.000 fr. Total : 6.000 fr.

Maison de santé : M. Courtois-Suffit, 1.000 fr.; M. Chifoliau, 1.000 fr. Total : 2.000 fr.

Maternité : M. Potocki, 2.000 fr.; M. Ribadeau-Dumas, 3.000 fr. Total : 5.000 fr.

Andral : MM. Courcoux et Lemierre, 2.500 fr.

Bastion 29 : M. Auclair, 1.000 fr.

Bicêtre : M. Roubinovitch, 1.750 fr.; M. Pagniez, 1.000 fr. Total : 2.750 fr.

Salpêtrière: M. Nageotte, 2.500 fr.; M. Souques, 2.500 fr. Total : 5.000 fr.

La Rochefoucauld : M. Laubry, 3.000 fr.

Brévannes : M. Baudouin, 3.000 fr.

Hendaye : M. Morancé, 500 fr.

Ivry : M. Vincent, 1.000 fr.; M. Armand-Delille, 1.500 fr. Total : 2.500 fr.

Bibliothèques médicales (achat et entretien de livres, publications périodiques) : bibliothèque des internes en médecine et en pharmacie, 12.000 fr.; bibliothèque Feulard, à Saint-Louis, 3.000 fr.; archives et bibliothèque de l'Assistance publique, 1.500 fr.; bibliothèque centrale de l'internat, 2.500 fr.; bibliothèque Charcot (Salpêtrière), 600 fr. Total : 19.600 fr.

Bourses de voyage : bourses de voyages pour études à l'étranger de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie, 9.000 fr.

Amphithéâtre d'anatomie (Clamart) : frais d'études physiologiques, 2.400 fr.

Musée des divers établissements : achat et entretien du matériel, moulages et photographies pour tous les établissements, 11.500 fr.; indemnités aux conservateurs, 32.660 fr. Total : 44.160 fr.

Récapitulation : 1° laboratoires individuels, 153.250 fr.; 2° laboratoires centraux de radiographie et d'électrothérapie, 112.200 fr.; 3° bibliothèques médicales (achat et entretien de livres, publications périodiques, 19.600 fr.; 4° bourses de voyage, 9.000 fr.; 5° amphithéâtre d'anatomie (Clamart), 2.400 fr.; 6° musées des divers établissements, 44.160 fr; 7° réserve, 16.990 fr. Total : 357.600 fr.

ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE. — L'Ecole française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend :

1. La clinique générale des maladies de la bouche et des dents;

2. Des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie;

3. Des travaux pratiques de technique opératoire, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au Dr Bozo, directeur de l'Ecole, 20, passage Dauphine, Paris.

HOPITAL COCHIN (pavillon Brissaud). — M. le Dr Laubry, chef de service, fera sa visite, à 10 heures du matin, les lundis dans la salle Lancereaux, les mardis dans la salle Viel, les jeudis dans la salle Delpeuch, les vendredis dans la salle Siredey.

Le mercredi, il fera, à dix heures, la consultation des malades externes (dans la salle de consultation).

Le samedi aura lieu la séance hebdomadaire de radioscopie (salle de radioscopie du service).

M. Laubry continuera, avec la collaboration de ses anciens assistants et anciens internes, les mercredis, à 11 heures, les leçons élémentaires sur « les arythmies ».

MALADIES CHRONIQUES DE LA NUTRITION. — CONFÉRENCES CLINIQUES. — M. André Léri, agrégé, commencera le jeudi 19 janvier 1922, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, une série de conférences avec présentation de malades et projections. Il les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Ces conférences auront pour sujet principal les « Rhumatismes chroniques » et les « Ostéopathies du vieillard ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Georges Raviart, étudiant en médecine, fils de M. le prof. Raviart (de Lille), à qui nous adressons nos bien sincères condoléances.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 18 janvier. — Jury : MM. Gosset, président; Bernard, Labbé (Marcel), Fiessinger. — M. PINEL (Marius). Contribution à l'étude de la tuberculose linguale. — Mlle DE FERSMAN (I.). Contribution à l'étude des fils de soie employés en chirurgie. — M. SANARENS (Joseph). Etudes hydrologiques sur les eaux potables du Havre.

Jeudi 19 janvier. — Jury : MM. Widal, président; Bezançon, Nobécourt et Villaret. — M. MOREAU (René). Contribution à l'étude du siège et de la nature des lésions dans la chorée aiguë. — M. CLAUDE (Louis). A propos d'un cas d'asphyxie tuberculeuse. — M. MINVIELLE (Paul). Considérations sur le traitement de l'hérédosyphilis précoce du nourrisson. — M. MOREAU (René). La langue de la scarlatine chez l'enfant.

Jury : MM. J.-L. Faure, président; Marfan, Duval et Laignel-Lavastine. — M. PAULIN (André). Etude d'un cas d'anévrisme de l'artère pulmonaire chez une enfant. — M. MITSINKIDÈS (Z.). Hématuries graves par hydronéphrose. — M. MORGENSTERN (Maurice). Infection utérine postabortum (opération ou abstention).

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE

UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE RADIODIAGNOSTIC

LE PNEUMO-PÉRITOINE (P.-P.)

Par M. DUBOIS-ROQUEBERT,
Interne des hôpitaux de Paris.

L'abdomen forme à la radioscopie une masse uniformément grise, dans laquelle il est nécessaire de créer des contrastes. — Lorsqu'aussitôt après la découverte des rayons de Rœntgen, les premiers examens radioscopiques furent pratiqués, on fut frappé de la différence des résultats obtenus en ce qui concernait l'exploration du thorax et celle de la cavité abdominale.

Tandis que l'ombre cardio-aortique se détache avec la plus grande netteté sur le fond clair des champs pulmonaires, il est impossible à l'œil de reconnaître dans la masse abdominale aucun des organes qui la constituent. Cela s'explique aisément : les éléments chimiques composant nos tissus étant sensiblement les mêmes, leur perméabilité aux rayons X est pratiquement équivalente. Ce qui intervient principalement pour créer les contrastes nécessaires à la formation des images radiologiques, c'est la variation de la densité du milieu. Au niveau du thorax, la faible densité du tissu pulmonaire s'opposant à la structure compacte du système vasculaire permet sa visibilité ; au niveau de la cavité abdominale, au contraire, si l'œil ne distingue aucun contraste, c'est que la densité des différents viscères qu'elle contient est uniforme.

Pour arriver à dissocier les organes abdominaux, il faut donc avoir recours à certains artifices. L'un d'eux, imaginé en 1896 par MM. Roux et Balthazard et aujourd'hui universellement employé, consiste à introduire dans les voies digestives un sel de bismuth ou de baryum dont les poids moléculaires sont élevés et qui, pratiquement, sont imperméables aux rayons. L'absorption du rayonnement s'effectuant d'une façon différente au niveau des viscères et du tractus digestif, rempli de bismuth ou de baryum, cette différence se manifeste, sur l'écran par un contraste qui permet de dessiner le contour de l'estomac ou de l'intestin.

Il est également possible de modifier la densité du milieu abdominal en insufflant l'estomac ou le côlon. Cette méthode déjà ancienne compta vite des détracteurs, car elle expose à des accidents sérieux et l'on a même pu signaler quelques cas mortels. Néanmoins, il semble que l'usage du pneumo-péritoine l'ait remise en faveur auprès de certains, et MM. Faure-Baulieu et H. Béclère viennent de vanter ses avantages, lorsque l'insufflation du côlon est faite à l'aide d'acide carbonique.

Une méthode nouvelle vient de naître, le pneumo-péritoine, qui consiste à insuffler directement la cavité péritonéale. Elle réalise les desiderata que formulait Maingot dans sa thèse, en 1909 : elle soulève sur le vivant la face inférieure du foie à l'aide d'un coussin de gaz, en même temps qu'elle récline le plus possible les anses intestinales en bas. Grâce à elle, les différents viscères abdominaux entourés d'une enveloppe gazeuse qui les isole, se dissocient, et ils deviennent directement visibles à la radioscopie ainsi que leurs mésos. Il est inutile d'insister sur l'intérêt qui existe à obtenir de telles images radiologiques.

Historique. — L'idée d'insuffler la cavité péritonéale n'est pas récente. En 1877, Wegner étudiant la physiologie du péritoine, publia le résultat de ses recherches sur la capacité d'absorption de cette séreuse et, dès ce moment, il l'avait trouvée considérable ; l'air qu'il insufflait aux animaux était résorbé au bout de trois jours et, en aucun cas, il ne constata d'infection.

De 1902 à 1913, un certain nombre d'auteurs tels que Kelling, Jacobaeus injectent de l'air dans le péritoine dans un but de diagnostic ; mais aucun d'eux ne pense alors aux rayons X, le pneumo-péritoine qu'ils réalisent n'est destiné qu'à l'utilisation du laparoscope, alors en faveur.

C'est en Allemagne que les premières investigations radiologiques furent tentées : Meyer-Betz en 1914, Rautenberg, puis Gœtze en 1918 furent les innovateurs de la méthode. Cette dernière fut, depuis cette époque, étudiée simultanément, en Italie par Ascoli, en Amérique par Stein et Stewart, en France par MM. Ribadeau-Dumas, Mallet et de Laulerie. Ces derniers auteurs ont été les initiateurs et les défenseurs du pneumo-péritoine qu'ils n'ont cessé de perfectionner ; ce sont eux qui ont inspiré l'excellente thèse que M. R. Coliez (1) a consacrée à la question. Il serait injuste également de ne pas citer les publications de M. P. Emile-Weil qui a fait de la *pneumo-séreuse* une méthode diagnostique et thérapeutique.

Technique. — *Quel gaz injecter ?* Cette question est primordiale et domine la technique. Les premiers essais furent faits à l'aide de l'air ; mais la résorption de ce gaz, ainsi qu'on aurait pu le prévoir par les expériences de Wegner était très lente, nécessitant quatre, cinq ou six jours. L'oxygène, auquel on pensa ensuite, a un coefficient de résorption plus rapide, mais très variable suivant les sujets, pouvant aller de vingt-quatre à cent heures. De nombreux gaz, parmi lesquels l'azote, le protoxyde d'azote furent employés. Coliez essaya chez le cobaye d'injecter de l'éther ; mais il ne tarda pas à reconnaître que ce procédé était dangereux.

Récemment, on a préconisé l'emploi de la vapeur de pentane. En réalité, c'est l'acide carbonique qui, à l'heure actuelle, est le plus utilisé.

La raison qui a fait présider à ce choix, c'est la très grande rapidité avec laquelle il est absorbé par le péritoine ; et cela sans qu'il en résulte aucun dommage pour l'économie. Cette rapidité peut même, dans certains cas, constituer un inconvénient, car elle oblige le radiologiste à pratiquer son examen d'une façon hâtive. D'après Alvarez, deux litres de gaz carbonique sont absorbés par le péritoine en vingt-cinq minutes. Avec Stein et Stewart on peut dire que le choix du gaz à employer dépend des circonstances : si l'on prévoit un examen de courte durée, il convient d'injecter de l'acide carbonique ; un mélange à parties égales d'acide carbonique et d'oxygène qui disparaîtra très lentement contiendra pour une recherche de longue durée, telle que l'examen complet de la cavité abdominale à la radiographie et à la radioscopie.

Cette proportion varie d'ailleurs suivant les auteurs et beaucoup d'entre eux ont adopté le mélange de :



$$4/5\ CO^2 + 1/5\ O^2$$

qui est résorbé au bout d'une heure.

(1) R. Coliez. Le pneumo-péritoine artificiel (P.-P.) en radiodiagnostic, *Th. de Paris*, 1920.

La technique proprement dite. — Il convient, tout d'abord, de préparer le sujet ; il est très important que l'intestin soit complètement évacué afin que les nombreuses scybales qu'il contient ne puissent nuire à la netteté des images. Il est donc de toute nécessité de purger le malade la veille, de le maintenir à jeun. La vessie sera soigneusement vidée. Certains radiologistes font préalablement une piqûre de morphine, afin de diminuer la sensibilité au patient.

Nous décrirons tout d'abord la technique, assurément très simplifiée de Stein et Stewart. Comme matériel, il leur suffit d'une aiguille à ponction lombaire, reliée à un récipient renfermant le gaz à employer, ils interposent entre l'aiguille et le récipient, un sac de caoutchouc qui permet au gaz de se détendre et de prendre la température du milieu. Ces auteurs ponctionnent la paroi abdominale à deux travers de doigt en dessous de l'ombilic.

Stein et Stewart, qui ont examiné ainsi 150 malades, prétendent n'avoir jamais eu d'accident ; la quantité de gaz injecté a varié de deux à quatre litres. Ils assurent qu'il leur a toujours été aisé de vérifier que l'aiguille avait bien atteint la cavité péritonéale en se basant sur l'impression tactile particulière que l'on perçoit à ce moment.

A cette technique facile des deux Américains, il convient d'opposer celle plus délicate, mais combien plus prudente dont MM. L. Mallet et H. Baud ont précisé tous les détails. Ces auteurs insufflent le péritoine avec l'appareil que Kuss a imaginé pour la réalisation du pneumo-thorax artificiel. Ils ponctionnent sur une ligne XY, de quatre travers de doigts de longueur, parallèle à l'axe du corps en face de l'ombilic, a deux travers de doigt à gauche de celui-ci ; assez près de l'ombilic pour profiter de l'adhérence du péritoine (feuillet pariétal) au fascia ; assez loin pour éviter les vaisseaux ombilicaux.

Il est d'ailleurs indispensable de percuter soigneusement l'abdomen et de s'assurer qu'aucune matité anormale ne siège dans la région de la ponction.

La ponction se fait en trois temps distincts :

Premier temps. — Ponction de la peau avec le trocart muni de la pointe acérée. Ponction très oblique, presque tangentielle à la paroi.

Deuxième temps. — La peau franchie, *on substitue la tige-mousse à la pointe.* On pousse ensuite le trocart jusqu'à ce qu'on tente une résistance *très sérieuse;* on a alors franchi le muscle grand droit et l'on est arrivé sur la partie postérieure de sa gaina (fascia transversalis) très résistante.

Troisième temps. — Par une pression continue sans brusquerie, on essaye de vaincre cette résistance. Brusquement, le trocart s'enfonce avec un petit claquement caractéristique : on a franchi la gaine postérieure du droit et, avec elle, le feuillet pariétal du péritoine. On est, dès lors, dans la cavité péritonéale, et il n'y a aucun inconvénient à enfoncer doucement le trocart plus profondément, d'un bon centimètre, pour avoir l'assurance que l'extrémité de la canule dépasse complètement la paroi.

Le manomètre permet de constater des oscillations synchrones aux mouvements respiratoires. Une élévation immédiate et considérable de la pression indique que le gaz n'arrive pas dans la cavité péritonéale (canule bouchée ou restée dans le muscle droit et non entrée dans l'abdomen).

MM. Ribadeau-Dumas et Mallet, se servent d'un mélange de $4/5\ CO^2 + 1/5\ O^2$ dont ils injectent 2 litres et demi ou 3 litres en huit ou dix minutes. Durant tout le temps de l'injection, la pression manométrique doit être surveillée avec attention. A partir de 800 centimètres cubes, le patient éprouva une gène légère qui s'atténue rapidement par suite du déplissement péritonéal. Normalement la pression du manomètre à eau ne dépasse pas 12 à 15 centimètres et redescend en quelques minutes à 4 ou 5 centimètres, et même plus bas.

La vitesse de résorption du gaz, dépend, nous l'avons vu, de sa nature. Lorsque cette résorption s'effectue trop lentement, certains auteurs n'hésitent pas à ponctionner de nouveau le madade de façon à permettre l'expulsion du gaz.

De toute manière, il est indiqué de maintenir le malade en observation pendant vingt-quatre heures.

Contre-indications. Incidents. Accidents. — Avant d'étudier les résultats fournis par le pneumo-péritoine, il nous faut examiner, les critiques que l'on a pu adresser à cette méthode.

Tout d'abord, il existe des contre-indications bien compréhensibles. Le pneumo-péritoine doit être évité dans les cas de péritonite aiguë, et aussi lorsqu'il existe des troubles sérieux de la circulation ou de la respiration. De même un météorisme excessif s'oppose à son emploi.

Coliez attire également l'attention sur certains abdomens de vieillards ou de malades amaigris dont l'hypotonicité est telle que le muscle, fuyant sous le trocart, ne s'arrête que contre la colonne vertébrale ; en pareille circonstance, la ponction latérale est alors indispensable.

Il faut toujours percuter soigneusement au niveau du point où doit se faire la ponction afin de dépister un obstacle imprévu.

Coliez a envisagé avec le plus grand soin les différents arguments des détracteurs du pneumo-péritoine.

L'élément douleur. — La douleur résultant de la ponction peut-être atténuée d'une façon sensible par le chlorure d'éthyle, ou même par une injection de cocaïne. Ce qu'il faut surtout éviter, c'est de placer immédiatement le malade en position verticale. Dans la station debout, le malade accuse immédiatement une douleur surtout vers l'épaule droite qui peut être telle que des tendances à la syncope ont été signalées. On suppose que cette douleur est due à la chute du foie qui tiraille son ligament suspenseur et les filets du phrénique qu'il contient, Il est donc nécessaire de commencer l'examen, le malade se trouvant en décubitus, et d'aller très rapidement lorsqu'on place le malade en position verticale. En observant ces règles, Orndoff a pu insuffler le même individu jusqu'à dix reprises et souvent il lui est arrivé de renouveler l'opération sept et huit fois ; il est peu vraisemblable que les malades eussent consentis à ces examens répétés s'ils avaient conservé le souvenir de manœuvres particulièrement douloureuses.

La perforation de l'intestin. — C'est là la grosse objection et l'argument le plus puissant qu'on a élevé contre le pneumo-péritoine.

M. Labey à l'occasion d'une discussion à la Société de chirurgie sur les injections massives et rapides de sérum par voie intrapéritonéale, rapporte l'observation d'un phlegmon pyostercoral survenu à la suite d'une ponction d'ascite, mais aucune obser-

vation semblable n'a encore été constatée au cours du pneumo-péritoine.

D'autre part, Mallet et Baud ont prouvé, dans une série de recherches expérimentales sur le cadavre, qu'il n'était pas possible de blesser l'intestin, lorsqu'on se sert d'un trocart-mousse de courbe sphérique à grand rayon; l'action de cette tige mousse, directement sur une anse mi-tendue et gonflée de gaz, ne devient traumatisante qu'en donnant un coup sec et fort et pour obtenir la perforation, il faut donner un véritable coup de poinçon.

Au cours de ces mêmes recherches, Mallet a trouvé que, contrairement à la notion courante, le colon transverse est incontestablement plus fragile que le grêle et c'est pourquoi il a choisi, comme lieu d'élection de la ponction, un point correspondant, le plus souvent, aux auses du grêle.

Stewart et Alessandrini eux-mêmes, bien que se servant d'aiguilles à ponction lombaire acérées, n'ont constaté aucun accident; et pourtant, au point de vue théorique, il est permis de considérer leur méthode comme très dangereuse, si on la compare à celle des auteurs français.

Hémorragie. — On sait qu'il existe des observations ou une ponction d'ascite a été l'origine d'une hémorragie mortelle (Boidin, Lian, Mignaçabal, Guinard), mais sauf les cas d'anomalie impossible à prévoir, il semble qu'on puisse pratiquer sans crainte la ponction dans la région juxta-ombilicale, indiquée plus haut. On ne relève d'ailleurs, jusqu'à présent, dans la littérature, aucune mention d'un tel accident.

Infection du péritoine. — C'est là également un danger qui paraît théorique. Car si des recherches bactériologiques ont montré l'existence de microbes dans les gaz susceptibles d'être employés il suffit, pour les arrêter, d'un simple coton placé dans un tube.

La question des adhérences intestinales. — Avec Coliez, on peut, en cas de péritonite tuberculeuse par exemple, distinguer deux cas :

1° L'aiguille pénètre dans une poche d'ascite cloisonnée. Il s'écoule alors par le trocart un peu de liquide que l'on remplace par du gaz. Puis la poche remplie, on constate au manomètre une pression exagérée. Dans ce cas, on est prévenu du danger et on n'insiste pas;

2° On pénètre dans une anse intimement adhérente à la paroi. Dans cette hypothèse, le gaz file avec rapidité dans l'intestin et l'on rentre dans le cas d'une insufflation intestinale, sans qu'il en résulte pour l'intestin, d'autres dommages que ceux d'une ponction capillaire. Les travaux classiques de Jobert et ceux de Vogt ont prouvé qu'en telle circonstance, les dangers de péritonite ne sont pas à craindre.

La surpression abdominale, les accidents réflexes. — Avec l'emploi du manomètre, la surpression abdominale ne peut avoir lieu, car l'insufflation est faite d'une façon progressive et aussi lentement qu'on le désire. En ce qui concerne les accidents réflexes, comme le dit Mallet « l'imprévu est la règle, et l'intervention la plus anodine en apparence, peut provoquer des accidents graves. » Signalons à ce sujet, le réflexe abdomino-cardiaque étudié par Brodin, caractérisé par un ralentissement du pouls et lié, sans doute, à une excitation du sympathique.

Conduite de l'examen. — Comme nous l'avons déjà signalé, il convient de commencer ces recherches, le malade étant en position couchée. On l'examinera successivement *en décubitus dorsal*, *en décubitus latéral droit et gauche* et, surtout, *en décubitus abdominal*, qui donne la meilleure vue d'ensemble des viscères abdominaux. Dans cette position, une atmosphère gazeuse enveloppe la rate et le foie, dont il est possible de faire complètement le tour. De part et d'autre de la colonne vertébrale, les reins apparaissent avec la plus grande netteté et l'on peut en suivre le contour d'un pôle à l'autre. L'ombre des psoas est bien visible.

On vérifiera les données obtenues par un examen rapide dans la *station debout*.

Chez la femme, l'examen *en position genu-pectorale*, l'ampoule étant sous la table, montrera le corps utérin et les trompes.

Le pneumo-péritoine et l'exploration des reins. — Il convient maintenant de passer en revue les services dont le pneumo-péritoine est capable pour établir un diagnostic difficile. La méthode est trop récente pour que la question soit au point : des publications se succèdent sans cesse, elles enregistrent de nouveaux succès à mettre au compte du pneumo-péritoine et précisent les indications et les règles à suivre dans chaque cas déterminé.

Les reins, invisibles sur l'écran, n'apparaissent sur le cliché, en totalité ou en partie que dans 75 p. 100 des cas. La pyélographie après injection de collargol dans l'uretère, malgré les bons résultats fournis par cette méthode, fut abandonnée, des accidents ayant été signalés. L'étude radiologique des reins était donc à peu près limitée à la recherche des calculs, lorsque MM. Ribadeau-Dumas et Mallet ont montré tout l'intérêt présenté par le pneumo-péritoine dans l'exploration de ces organes. Il est, en effet, désormais possible de les voir apparaître à la radioscopie avec une netteté parfaite et « leurs contours ont, dès le premier regard, la même précision que l'ombre du cœur sur la transparence pulmonaire ». Pour mettre les deux reins en évidence, il faudra placer successivement le sujet en décubitus latéral gauche et en décubitus latéral droit en utilisant un rayon normal horizontal, parallèle au plan de la table.

Le décubitus abdominal, position de choix, en donne une vue d'ensemble et montre leurs rapports avec le foie et la rate. Il est possible, avec les images ainsi obtenues de prendre un orthodiagramme, toutefois, pour apprécier exactement la largeur du rein, il faut se souvenir de son orientation, cette orientation étant telle que la face antérieure regarde en dehors et la face postérieure en dedans. Pour obtenir les dimensions exactes du petit diamètre, il faut provoquer une rotation du tronc de 40 à 50 degrés de façon à placer le rein dans un plan parallèle à celui de l'écran.

Pour les néphrites, l'orthodiagraphie du rein ne peut donner de renseignements utiles sur le volume des reins que dans le cas où celui-ci est sensiblement modifié, mais la radioscopie montre très nettement les irrégularités de la surface et les kystes corticaux qui l'accompagnent.

Les hydronéphroses donnent des ombres anormalement agrandies à contours réguliers. Les tumeurs des reins donnent des ombres étendues, mais à opacité inégale. Dans la maladie polykystique on distingue des segments de sphère caractéristiques.

Signalons que M. Carelli vient de proposer, pour

l'exploration des reins un procédé différent du pneumo-péritoine et qui consiste à injecter directement dans l'atmosphère cellulo-adipeuse du rein 200 à 300 centimètres cubes d'acide carbonique. Cet artifice permet de voir non seulement les reins, mais il permet également de distinguer les capsules surrénales.

Le pneumo-thorax et le tube digestif. — Contrairement à ce que l'on pouvait supposer, il semble que, le plus souvent, il n'y ait pas avantage à utiliser simultanément le repas opaque et le pneumo-péritoine.

Le lait de baryum complique les images, de plus, l'augmentation de la pression intrapéritonéale détermine certains troubles de l'activité motrice du tube digestif.

Pour voir l'*estomac* avec toute sa netteté, il convient donc d'en distendre la cavité à l'aide d'une potion de Rivière ou mieux de Tonnet. Le malade étant en décubitus dorsal, on se servira de préférence de l'incidence latéro-latérale (rayon normal horizontal) qui donne les plus belles images. On pourra, en faisant varier l'incidence, explorer toute la face antérieure jusqu'au pylore. En rendant compte de l'épaisseur exacte de la paroi gastrique, la double insufflation gastro-péritonéale (Coliez) permettrait de déceler des cancers de la petite ou de la grande courbure ne se manifestant par aucun signe radiologique lorsqu'on utilise la technique habituelle.

De même, en cas de périgastrique, les adhérences gastro-pariétales sont rendues visibles.

A ces avantages, il faut opposer un certain nombre d'inconvénients qui font que ce mode d'exploration de l'estomac ne sera guère utilisé, malgré tout, que d'une façon exceptionnelle. Dans tous les cas d'ulcère notamment, la distension gastrique n'est pas sans danger et c'est là une raison qui la fait condamner formellement par certains auteurs; de plus, par ce procédé, la face postérieure de l'estomac est invisible et enfin l'interprétation des images est particulièrement difficile.

En ce qui concerne les adhérences fixant l'*appendice et le cæcum*, Coliez distingue les adhérences pariéto-cæcales ou pariéto-appendiculaires qui sont visibles, des adhérences cæco-iléales ou cæco-épiploïques qui ne le sont pas. Malgré cette lacune, la notion d'adhérences pariéto-cæcales est importante, car elle permettra d'attribuer à leur vraie cause des phénomènes douloureux de la fosse iliaque.

Decker a pu, chez certains malades se plaignant de l'hypocondre gauche, mettre en évidence des brides phrénocoliques épaisses fixant l'intestin sur une grande longueur.

Les *cancers du côlon*, grâce à leurs adhérences et à leur opacité pourraient également, d'après Steivart, être révélés par le pneumo-péritoine. Dans ces cas, pour compléter l'examen, l'administration d'un lait de baryum pourra être indiqué.

Dans la *péritonite tuberculeuse avec ascite*, le pneumo-péritoine constitue un procédé à la fois diagnostique et thérapeutique. Il permet de voir, avec netteté des quantités de liquide qui, cliniquement, pourraient passer inaperçues et l'image rappelle alors celle, si caractéristique de l'hydropneumothorax. Gelpke et Rupprecht ont pu constater l'heureuse influence de l'injection d'oxygène sur l'évolution ultérieure de l'affection.

Dans la *péritonite fibro-adhésive*, on peut distinguer les brides étendues des anses à la paroi abdominale. Il faut, pour cette recherche, placer le sujet en décubitus dorsal et utiliser un rayon normal parallèle au plan de la table et perpendiculaire à l'axe du corps, l'écran étant disposé sur le flanc droit ou gauche du sujet.

Decker, qui a eu l'occasion d'étudier un *cancer du péritoine*, a décrit des noyaux opaques en rapport avec les néoformations qui seraient caractéristiques de cette affection.

Les *adhérences postopératoires* qui constituent des séquelles si fréquentes après les laparotomies peuvent être vues grâce au pneumo-péritoine. Nœgeli qui a insufflé 42 malades de dix jours à quatre semaines après leur opération a trouvé que 32 d'entre eux, c'est-à-dire 79 p. 100, présentaient des adhérences, on conçoit pourquoi certains auteurs tels que Godwin et Emmett Farr considèrent le pneumo-péritoine comme un adjuvant de la laparotomie.

Les *affections de la paroi abdominale* se reconnaissent aisément lorsque le malade est en décubitus dorsal, la paroi se trouve en effet soulevée et isolée des viscères sous-jacentes par un coussinet de gaz. Stein et Stewart ont pu de la sorte rattacher à la paroi une tumeur qui, cliniquement avait été considérée comme un néoplasme utérin.

Le pneumo-péritoine et les affections hépatiques. — On sait combien, avec la technique radiologique habituelle, il est malaisé de voir le foie; si sa face supérieure, adhérente au diaphragme se détache avec netteté, constituant la limite inférieure du champ pulmonaire droit, son bord inférieur, même lorsqu'on recours à l'insufflation de l'estomac et du côlon, se perd dans l'opacité du milieu abdominal.

Avec le pneumo-péritoine, la position debout est la position de choix pour l'étude de la face supérieure. Cette dernière se détache du diaphragme et l'espace séparant les deux organes, qui est en moyenne de 10 centimètres peut atteindre 20 centimètres. En faisant varier l'incidence des rayons, on pourra explorer toute cette face supérieure. Le malade étant debout, on constate que le bord antérieur du foie est presque vertical. D'ailleurs, comme le fait justement remarquer Coliez, si le foie du cadavre s'étale sur une table d'autopsie, dans le pneumo-péritoine, le foie est suspendu dans le gaz d'une façon très irrégulière et seulement par quelques points de sa surface. C'est là un détail important dont la connaissance empêchera qu'on interprète comme une déformation pathologique de la glande un aspect en réalité normal.

Le décubitus dorsal sera utilisée de préférence pour l'étude du bord antérieur et du lobe droit.

Dans ces conditions, le pneumo-péritoine renseignera non seulement sur le volume, mais sur la forme du foie. La précision obtenue est telle que M. Ribadeau-Dumas, dans un cas de cancer secondaire à un néoplasme de l'estomac, a pu constater sur la face antérieure du foie deux petites saillies « ombiliquées bien visibles et ressemblant à des furoncles ».

En cas de kyste hydatique, ce sont surtout les kystes à évolution inférieure, c'est-à-dire ceux dont le diagnostic est le plus difficile, qui bénéficieront du pneumo-péritoine.

Parfois en effet, on aura la possibilité de rattacher la tumeur à la glande hépatique. De toute façon, en obtenant la certitude que la rate, les reins, les

ovaires sont normaux, le chirurgien aura un élément de présomption important qui l'aidera à établir le diagnostic.

Dans les abcès du foie et dans les abcès sous-phréniques, la prudence commande l'abstention : l'introduction de gaz dans la cavité péritonéale pourrait avoir comme conséquence, la rupture des adhérences et l'ouverture de la poche.

La *vésicule biliaire*, qui normalement n'est pas visible à la radioscopie, le devient avec le pneumo-péritoine, mais cette visibilité n'est pas constante, cela se conçoit d'ailleurs, étant donné que cet organe, sur le vivant, ne fait souvent qu'affleurer le bord inférieur du foie.

La vésicule, quand elle est distendue, apparaît bien en position debout, surtout lorsqu'on a soin de placer le sujet en oblique postérieure droite. D'une façon générale, sa recherche est difficile et il ne faudra pas attribuer à la vésicule une ombre pédiculée quelconque; Coliez indique, sous le nom de signe du battant de cloche, une manœuvre qui aidera à la reconnaître : en secouant brusquement le sujet latéralement, on produira un frémissement particulier caractéristique d'une vésicule libre battant dans le vide, ce signe est d'autant plus net que le méso de la vésicule est plus développé.

Le décubitus dorsal avec incidence latéro-latérale (rayon normal horizontal) permettra l'étude des adhérences, ces dernières plaident en faveur d'une péricholécystite.

Le pneumo-péritoine ne favorise pas d'une façon particulière, semble-t-il, la recherche des calculs, mais il permet, lorsqu'une radiographie en a décelé la présence, de prouver s'il s'agit d'un calcul rénal ou d'un calcul vésiculaire.

Le pneumo péritoine dans l'exploration de la rate et de l'aorte abdominale. — De tous les viscères abdominaux, c'est la rate dont le pneumo-péritoine favorise le mieux l'examen. En décubitus ventral, elle apparaît d'emblée ainsi que son hile qui la rattache à l'estomac. Son exploration contribuera donc dans une large mesure, au diagnostic différentiel des tumeurs de cette région, diagnostic que la clinique à elle seule est si fréquemment impuissante à préciser.

MM. Laubry, Ribadeau-Dumas et Mallet ont pu, grâce au pneumo-péritoine, mettre en évidence l'existence d'anévrismes de l'aorte abdominale. Cette dernière, invisible à l'état normal se présente lorsqu'elle est dilatée sous l'aspect d'une tumeur douée de battements et d'expansion. Les positions les plus favorables pour sa recherche sont le décubitus latéro-latéral avec incidence horizontale, le décubitus latéral droit avec incidence verticale et, dans la station debout, la position oblique droite.

Le pneumo-péritoine en gynécologie. — Si c'est à Goetze que revient le mérite d'avoir songé à utiliser le pneumo-péritoine dans un cas de diagnostic gynécologique, il semble qu'actuellement ce soit en Amérique que se publient les travaux les plus nombreux concernant cette question. Le plus souvent 1 litre et demi à 2 litres suffisent pour distendre le bassin.

La position utilisée est la position genu-pectorale (avec rayon normal vertical) mais ici également le décubitus latéral, le bassin étant très surélevé (avec rayon normal horizontal) pourra permettre l'étude de l'utérus et des annexes du côté opposé. Tous les auteurs insistent sur la nécessité de combiner cet examen au toucher vaginal. Van Zwaluwenburg et Reuben Peterson ont publié des radiographies où l'on aperçoit d'une façon schématique le fond de l'utérus, les trompes, les ovaires avec, en arrière l'ampoule rectale. D'après ces auteurs, la présence d'anses intestinales dans le bassin après l'insufflation serait l'indice d'un état pathologique; le fond de l'utérus est normalement séparé de la vessie par un espace rempli de gaz. Les trompes se confondent avec l'ombre des ligaments larges, malades, elles deviennent visibles, donnant des formes allongées, noueuses ou distendues. Les ovaires normaux, le col et le vagin ne sont pas visibles.

Orndorff a publié, avec clichés à l'appui, des observations de fibromes, de grossesse, de grossesse extra-utérine, de kystes de l'ovaire, de salpingites, d'adhérences péritonéales reliant l'utérus au rectum prouvant l'utilité du pneumo-péritoine dans ces différents cas.

Conclusions. — On voit par ce qui précède que l'insufflation péritonéale permet d'obtenir des images radiologiques absolument inédites et qu'elle fournit des renseignements précis sur des organes dont l'exploration est particulièrement difficile. Malgré ces avantages le pneumo-péritoine n'est encore pratiqué que par un petit nombre; en France, notamment, quelques rares auteurs sont en état d'opposer des statistiques de quelqu'importance à celles qui sont publiées à l'étranger.

C'est que l'introduction du pneumo-péritoine n'a pas été sans soulever des critiques : on lui reproche particulièrement la douleur qu'il provoque. Nous avons vu qu'en suivant une technique bien ordonnée, cette douleur était réduite au minimum, de nouveaux perfectionnements pourront peut-être l'atténuer encore. Ce qu'il faut remarquer, c'est que malgré le nombre important de pneumo-péritoine qui ont été pratiqués (plusieurs milliers à l'heure actuelle) aucun cas de décès imputable à la méthode n'a encore été signalé. Le pneumo-péritoine, dans l'esprit même de ceux qui l'ont fait connaître, constitue d'ailleurs un procédé d'exception destiné à être utilisé lorsque les procédés d'exploration habituels se sont montrés insuffisants mais, dans ce cas, son indication est formelle et tout radiologiste doit être en mesure de le pratiquer.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera dans la Thèse de Coliez la bibliographie très complète du P.-P.; nous ne donnons ici que la liste des travaux les plus récents :

Alessandrini (P.). Il valore diagnostico del pneumo-peritoneo artificiale, *Radiol. med.*, Milano 1920, p. 179-183.

Béclère (H.). Le radio-diagnostic des affections abdominales après insufflation préalable du péritoine, *Paris méd.*, 5 fév. 1921, n° 6.

Benthin. Le P.-P. comme moyen de diagnostic en gynécologie, *Centralbl. f. Gyn.*, Leipzig, 6 août 1921, n° 31.

Boine. Le P.-P. artificiel comme moyen de diagnostic, *Journ. de radiol. belge*, 1920, f. 4.

Brodin. Ralentissement du pouls au cours du P.-P., réflexe abdomino-cardiaque, *C. R. de la Soc. de biol. de Paris*, 19 fév. 1921, n° 7.

Carelli (H. H.) et Canevari (F.). Le P.-P. dans l'examen radiologique de l'abdomen, *Rev. de la Assoc. med. argentina*, 1920, nos 183-184-185, p. 156.

Carelli (H. H.). Sur le P.-P. et sur une méthode personnelle pour voir le rein sans P.-P., *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 3 nov. 1921.

Douarre. Deux incidents du P.-P., *Journ. de radiol. et d'électrol.*, Paris, août 1921, n° 8.

EMMETT FARR. Le P.-P. comme adjuvant de la laparotomie, *Journ. of amer. med. Assoc.*, 12 mars 1921, nº 11.

FAURE-BEAULIEU et Henri BÉCLÈRE. L'insufflation rénale du côlon par l'acide carbonique dans l'exploration radiologique du foie et de la rate, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 3 fév. 1921.

FLASCTINGBAUER et EISLEHR. Diagnostische Erfahrungen mit dem artifiziellen Pneumoperitoneum, *Wien. klin. Woch.*, 1920, p. 853-857.

FÜHNER, TESIHENDORF. Emploi de la vapeur de pentane au lieu d'acide carbonique pour obtenir le P.-P., *Deut. med. Woch.*, 24 fév. 1921, nº 8.

GŒTZE. Un nouveau procédé d'injection gazeuse du péritoine dans le P.-P., *Münch. med. Woch.*, 25 fév. 1921, nº 8.

GUTIERREZ, TROVARO, GALENDEZ et ZALEZZI. Le P.-P. dans le diagnostic des maladies de la cavité abdominale, *Rev. de la Assoc. med. argentina*, nos 183-184-185, p. 162.

KAESTLE (C.). Action thérapeutique du gonflement par l'air de la cavité abdominale, *Münch. med. Woch.*, 18 juin 1920, vol. LXVII, nº 25, p. 714-715.

KERGROHEN. *Th. de Bordeaux*, juillet 1920.

LE WALD. Une étude expérimentale de la durée du P.-P., *Am. Journ. Rœntgenol.*, New-York 1920, p. 502-504.

MALLET et BAUD. Le P.-P. artificiel en radiodiagnostic, *Journ. de radiol. et d'électrol.*, t. IV, nº 1, p. 23-33.

MALLET. Le P.-P. en radiodiagnostic, Rapport au *Congrès de l'A. F. A. S.*, XIIIe section, 1921.

MAYER. Le P.-P. au point de vue diagnostique et thérapeutique en gynécologie, *Centralbl. f. Gyn.*, Leipzig, 27 nov. 1920, nº 48.

ORNDORFF (B. H.). Pneumo-péritoine, *Surg., gyn. and obst.* avril 1920, p. 386-388.

POLITI. P.-P. artificiel, *La Prensa med. argentina*, 20 fév. 1921, nº 26.

PROUST, MALLET et COLIEZ. Technique et résultats du P.-P., *Soc. de chir.*, 7 déc. 1921.

RIBADEAU-DUMAS et MALLET. Le P.-P. et l'aérocolie par insufflation rectale, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 17 fév. 1921, nº 5; — Innocuité de l'emploi de gaz carbonique dans le P.-P., *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 25 fév. 1921.

ROBERTS (J. F. H.). Insufflation d'oxygène dans la cavité péritonéale pour la radiographie, *Brit. med. Journ.*, 13 nov. 1920.

RONNEAUX. Tumeur extragastrique diagnostiquée grâce à l'emploi du P.-P. artificiel, *Bull. de la Soc. franç. d'électrol. et de radiol. méd. de France*, janv. 1921.

ROSENBERGER. Sur un nouveau procédé pour l'injection d'oxygène dans les cavités du corps en vue de l'exploration radiologique, *Centralbl. f. Chir.*, Leipzig, 21 nov. 1920, nº 47.

STEIN (A.) et STEWART (W.). Le P.-P. et le diagnostic radiologique, *Arch. méd. belges*, fév. 1921.

STEWART (W. H.). Rœntgenographic study of the diaphragm after intraabdominal inflation with oxygen, Preliminary report, *Med. Record*, New-York 1920, p. 1094.

WALDORP et LENARI. Le P.-P. artificiel, *Prensa med. argentina*, 1920, nos 16 et 17.

WARREN T. VAUGHAN. Le P.-P. et le diagnostic des affections abdominales, *Journ. of Laboratory and clin. med.*, juillet 1920, nº 10.

WEIL (P.-E.) et LOISELEUR. La pneumo-séreuse péritonéale, *Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Paris*, 25 nov. 1920, nº 35, p. 1415.

ZWALUWENBURG (VAN) et Reuben PETERSON. P.-P. du bassin. Etudes gynécologiques. Rapport préliminaire, *Amer. Journ. of Rœntg.*, janv. 1921, nº 1.

Abrégé d'oto-rhino-laryngologie, par F. BONNET-ROY. Préface de M. le prof. SEBILEAU. 1 vol. 247 pages. Prix : 7 fr. — Paris, Arnette.

Chirurgie des maladies de l'oreille, du nez, du pharynx, du larynx, par CLAOUÉ et VANDENBOSSCHE. 2e édit. 212 fig. — Paris, Maloine et fils.

Parasitologie humaine, par NEVEU-LEMAIRE. 5e édit. 1 vol. 466 pages. — Paris, Lamarre.

LETTRE D'AMÉRIQUE

La question des *abcès du poumon consécutifs à l'ablation des amygdales* prend de l'importance en ces jours de récurage — dirons-nous peut-être un peu à outrance? — de la gorge et du naso-pharynx. C'est seulement en 1912 que RICHARDSON (1) publia les trois premiers cas, auxquels BASSIN, dans sa thèse de Paris de 1913, en ajouta 19. Depuis, il y a eu à peu près une centaine de faits de ce genre, dans la littérature, mais il est évident que c'est là seulement une fraction des cas qui se sont produits. Dans la discussion de la communication de COHEN et FISHER (2), quatre chirurgiens mentionnèrent 16 cas inédits. Il ne s'agit donc pas là d'une complication absolument rare; elle ne paraît rare qu'en comparaison du nombre énorme d'ablations d'amygdales qui ont lieu en pratique courante.

Par contre, c'est une complication grave et cela explique probablement l'enthousiasme médiocre de la plupart des opérateurs à relater leurs observations. Une forte proportion de cas se terminent par la mort; parmi ceux qui échappent, bon nombre sont voués à l'invalidisme chronique, à moins qu'une thérapeutique toujours assez délicate ne soit couronnée de succès. Dans un article dont nous avons déjà eu l'occasion de parler *, WECHSLER a signalé un certain nombre de guérisons spontanées. Mais des cinq cas rapportés par Fisher et Cohen, trois moururent de trois à dix semaines après l'opération et les deux autres gardèrent leur suppuration pulmonaire à l'état chronique. Des neuf cas cités par LYNAH (3), deux moururent après thoracotomie.

Il est donc des plus importants de savoir ce qui cause cette complication, afin de pouvoir la prévenir. Résumant l'histoire de soixante-seize cas, Fisher et Cohen constatent que, dans soixante-quatorze, l'opération avait été pratiquée sous anesthésie générale, que dans soixante-douze, il s'agissait d'adultes et que la localisation la plus fréquente est à droite, dans le lobe moyen ou le lobe inférieur. Les deux cas de PORTER (4) sont les seuls consécutifs à l'anesthésie locale; les deux malades étaient, d'ailleurs, nettement tuberculeux. Il est difficile, si adversaire qu'on soit du *post hoc, ergo propter hoc*, de ne pas voir dans ces chiffres plus qu'une simple coïncidence. Et, quoique Richardson ait pendant longtemps cru à l'origine embolique de ces cas — opinion partagée par Fisher et Cohen — son allégation que nous sommes à la veille de la publication de nombreux cas sous anesthésie locale n'a encore pas d'appui en fait, et il n'est que logique d'adopter la manière de voir de la majorité, à savoir que l'abcès pulmonaire après amygdalectomie et, en général, après intervention opératoire sur le naso-pharynx, est une complication d'anesthésie générale.

Ce n'est pas l'anesthésique lui-même qu'il faut blâmer. L'éther froid peut amener le refroidissement du poumon et affaiblir sa résistance, ce qui fait que le conseil de CARMODY (5) de se servir de vapeur d'éther chaude est bon, mais il ne semble guère probable que le refroidissement seul puisse amener un abcès du poumon. L'emploi de la vapeur d'éther sous pression, à l'aide d'appareils à moteur, ne semble pas non plus avoir beaucoup d'impor-

* Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, nº 41, p. 648.

tance, comme facteur étiologique, malgré l'opinion de Clendening.

C'est l'aspiration de sang, de mucus et d'autres détritus pendant l'anesthésie qui est incriminée par la plupart des auteurs. Si Richardson et d'autres ont pu se servir de l'anesthésie générale et ne plus avoir d'abcès, c'est qu'ils ont appris à toujours garder la tête du malade en position déclive, pendant et *après* l'opération, car le danger d'aspiration n'est point fini avec l'acte opératoire. Un autre point d'importance pratique, signalé par Carmody, c'est de ne point pousser l'anesthésie trop loin, la toux étant le « chien de garde » du poumon. Enfin, il faut tenir compte de l'état de santé antérieur du patient. La bronchite chronique, une infection particulièrement virulente de la région opératoire (angine de Vincent, abcès périamygdalien) ou une maladie débilitante, telle que diabète ou ectasie bronchique, sont certainement des facteurs prédisposants d'importance.

Mais il ne s'ensuit pas que tous les cas soient dus à l'anesthésie et l'aspiration. Certains sont certainement d'origine embolique. L'embolus septique est la cause la plus fréquente d'abcès spontané, non opératoire du poumon; l'amygdalectomie ouvre un large foyer vasculaire en milieu toujours septique et le danger est encore augmenté par le fait que la manipulation des tissus n'est point toujours aussi douce qu'il serait désirable. Lynah croit que l'évolution clinique peut permettre de distinguer les cas emboliques des cas par aspiration, parce qu'ils sont toujours beaucoup plus graves. Ce sont les cas qui se terminent par la mort rapide; dans les cas par aspiration, on a le temps de faire quelque chose.

Fisher et Cohen, qui défendent l'origine embolique, expliquent l'immunité que donne l'anesthésie locale par la constriction marquée que celle-ci produit dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques de la région opératoire, d'où moindre risque de passage dans la circulation de matériaux septiques, par la réduction du shock général, enfin par le fait que l'on évite toute chance de réveiller une lésion latente préexistante de l'appareil pulmonaire. Tout cela est vrai et l'anesthésie locale est indiscutablement la plus sûre pour les opérations sur le nasopharynx, mais elle n'est pas toujours applicable. Pour les cas opérés sous anesthésie générale, il est bon d'avoir un appareil à succion pour aspirer le sang et les débris; mais si l'on n'en a pas, on peut toujours mettre la tête en position déclive et cela suffit. Allan déclare qu'il n'envoie jamais un malade pour amygdalectomie à un spécialiste qui opère sous anesthésie générale à moins que ce dernier ne garantisse que la tête du malade sera plus basse que le reste du corps. Cela peut paraître à certains du tatillonnage exagéré, mais ce n'est en fait que la simple prudence.

Enfin, signalons, au point de vue traitement, que Lynah préconise dans ces cas la bronchoscopie précoce et dit avoir vu des améliorations véritablement étonnantes après évacuation bronchoscopique. Par contre, la thoracotomie et la pneumotomie semblent difficiles et graves.

Les conquêtes de la chirurgie vasculaire ont fait rentrer dans le domaine opératoire tous les segments de l'appareil circulatoire, sauf l'aorte. Les brillants travaux expérimentaux de Carrel sur l'intubation de l'aorte n'ont point été suivis de résultats pratiques jusqu'à présent; l'endoanévrismorrhaphie de Matas n'est point applicable sur ce segment, à cause de l'impossibilité d'interrompre la circulation pendant un temps suffisant pour l'intervention. La ligature elle-même, cet ABC de la chirurgie vasculaire, n'a été pratiquée en tout que vingt fois depuis le premier cas d'Astley Cooper, il y a cent quatre ans. Sur les dix-neuf cas antérieurs au cas très remarquable que vient de publier VAUGHAN (6), il y a eu treize morts rapides, en moins de trois jours, et six survies de dix jours ou plus, mais dans aucun cas le malade n'a quitté vivant son lit d'hôpital. Les cas avec survie de dix jours ou plus sont ceux de MONTEIRO (1842), dix jours; KEEN (1899), ligature juste au-dessous du diaphragme, quarante-deux jours; TILLAUX (1900), trente-neuf jours; HALSTED (1905), ligature 7 centimètres au-dessus du diaphragme, dix-huit jours; HALSTED (1909), ligature entre la rénale et la mésentérique supérieur, wiring de l'anévrisme par Finney, vingt-huit jours après la ligature, mort après quarante-sept jours d'un abcès du psoas; HAMANN (1917), ligature au-dessus de la bifurcation, occlusion partielle, survie de six mois et deux jours. Dans les cas de survie avec autopsie subséquente, il fut constaté que l'oblitération du vaisseau n'était qu'incomplète. Halsted substitua à la ligature l'occlusion progressive par larges bandes d'aluminium. Chose curieuse, de ces six survies, trois se rapportent à des ligatures loin au-dessus de la bifurcation, ce qui semblerait indiquer que, contrairement à ce que l'on songerait naturellement *a priori*, la ligature haute n'est pas plus dangereuse que la ligature basse. Mon regretté maître Guinard, ayant observé en 1904 une mort en trois jours par anurie, après ligature au niveau de la neuvième dorsale, en conclut que la ligature au-dessus des rénales était incompatible avec la vie, ce que réfute le cas antérieur de Keen, que Guinard ne connaissait évidemment pas, cas où il n'y eut aucun trouble du côté du rein.

Voici maintenant le cas de Vaughan qui est, en réalité, le premier cas de ligature de l'aorte terminé par la *guérison*, son malade étant en bonne santé et travaillant à un dur métier un an et quatre mois après l'opération. Un maçon, poseur de briques, ancien syphilitique, avait un anévrisme de 4 centimètres de diamètre, de type sacculaire, naissant du côté gauche de l'aorte, derrière le pancréas, en face de l'origine de la mésentérique supérieure. Vaughan décida de le traiter par la ligature en aval (méthode de Brasdor). Un ruban de coton d'environ 12 millimètres de large fut passé derrière l'aorte et serré progressivement jusqu'à ce qu'il n'y eût plus de pulsation dans les iliaques et seulement une pulsation à peine perceptible dans le segment de l'aorte au-dessous de la ligature. Il n'y eut ni élévation de la pression sanguine ni douleurs dans les jambes. Il n'y eut point non plus de paralysie, ni de fièvre. Le lendemain, les deux pieds étaient de couleur normale, il n'y avait ni engourdissement, ni sensation de froid. Le pouls était perceptible au pied gauche, pas à droite. De même le stéthoscope décelait un léger souffle dans l'iliaque externe gauche, mais rien dans la droite; et il y avait une faible pulsation correspondant au souffle. Le malade fut maintenu au lit pendant deux mois, avec de fortes doses d'iodure de potassium. Il reprit son travail quatre mois après l'opération et l'a continué depuis sans interruption, sauf pour débauches alcooliques périodiques. Il n'y a plus de pulsation anévrismale, mais on peut encore entendre, dans la région de l'anévrisme et le segment sous-jacent de l'aorte, un piaulement doux se terminant par un son rude.

Un autre cas fort intéressant, parce que c'est le premier de son genre, c'est celui de *résection extrapleurale de l'œsophage pour cancer*, publié par Lilienthal (7). Chez un malade de trente-quatre ans, Lilienthal extirpa le 16 décembre 1920, un cancer du tiers inférieur de l'œsophage, puis réussit, avec beaucoup de patience, à reconstituer la continuité de conduit au moyen d'un lambeau cutané. La technique est décrite en détail. Ce cas est le premier où l'extirpation d'une telle lésion n'ait pas été suivie d'une gastrostomie permanente. Le seul autre triomphe de la chirurgie du cancer de l'œsophage en Amérique est le premier cas de Torek, opéré en 1913 et encore vivant et en bonne santé. Dans ce cas, le malade mâche ses aliments; le segment réséqué de l'œsophage est suppléé par un tube de caoutchouc reliant le bout supérieur à l'orifice d'une gastrostomie.

Faxton E. Gardner
(de New-York).

(1) Richardson. *Washington méd. Annals*, mai 1912.
(2) Gohen et Fischer. *Journ. A. M. A.*, 22 oct. 1921, p. 1313.
(3) Lynah. *Ibid.*, p. 1317.
(4) Porter. *Virginia Medical Monthly*, mars 1921.
(5) Carmody. *Journ. A. M. A.* 22 oct. 1921. p. 1316.
(6) Vaughan. *Annals of Surgery*, sept. 1921, p, 308.
(7) Lilienthal. *Ibid.*, p. 259.

SOCIETÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 3 janvier 1921)

Sur un signe auditif de spécificité. — MM. Rousselot et A. Marie. Le signe est celui-ci : intégrité de l'audition pour les notes aiguës jusqu'aux environs de 2.000 vibrations doubles ; diminution progressive au-dessous, si bien que pour un fort diapason de 224 vibrations doubles, le déficit est considérable, et que pour 64 vibrations doubles il est presque complet.

Ce n'est pas à dire que tout syphilitique soit sourd ou voué fatalement lui-même à la surdité. Mais si l'on rencontre un sourd qui réalise le tableau ci-dessus, il y a lieu de se méfier.

Ce syndrome auditif paraît aux auteurs aussi caractéristique et pathognomonique que certaines lésions du fond de l'œil pour les oculistes. Il a toujours été accompagné d'un Wassermann positif.

Sur un cas de moniliase bronchique. — MM. A. Sartory et L. Moinson.

Mesure de l'excitabilité d'un nerf sécrétoire; corde du tympan et glande sous-maxillaire. — M. et Mme A. Chauchard.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 10 janvier 1921)

Influence de la marche sur la ventilation pulmonaire chez l'homme normal et chez l'homme malade. — MM. C. Achard, Binet et Lange ont étudié l'influence de la marche sur la ventilation pulmonaire chez un certain nombre de malades.

Chez le sujet normal, la ventilation s'accroit pendant la marche, mais retombe à la normale aussitôt après l'arrêt, en cinq minutes, comme l'ont vu MM. Langlois et Chailley-Bert.

Chez les ictériques, la marche n'accroît que faiblement la ventilation qui, après l'arrêt, ne revient que lentement au chiffre de départ. Il en est de même chez les convalescents et les asthéniques.

Les cardiaques diffèrent suivant les cas. Si la lésion est bien compensée, le tracé de la ventilation est normal. S'il y a de l'asystolie, le retour à la normale ne se fait que lentement.

De même, dans la maladie de Basedow, suivant le degré des troubles fonctionnels du cœur, le rétablissement est plus ou moins retardé.

Dans l'emphysème, la bronchite chronique, la sclérose du poumon, la ventilation s'exagère beaucoup pendant la marche et ne revient à la valeur initiale que longtemps après.

Chez les tuberculeux pulmonaires, souvent le rythme est normal, mais s'il y a des lésions étendues et bilatérales, la marche provoque une augmentation de la ventilation qui est peu prononcée mais très durable.

Origine traumatique du choc. — M. Hartmann fait un rapport sur un travail de M. Puck qui relate une série d'expériences tendant à prouver l'origine traumatique du choc.

Demande ou autorisation d'exploiter de nouveaux vaccins. — M. Martin fait uu rapport dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

Un cas d'exocardie cardiaque. — M. Toskomian fait une communication sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 2 décembre 1921)

Transfusion sanguine. — M. Pauchet. La transfusion sanguine se trouve indiquée dans tous les cas d'infection, d'anémie, de dépression générale, dans tous les cas de modification du sang et surtout chez les hépatiques ictériques que l'on doit opérer.

La transfusion du sang aux Etats-Unis. — M. Gaston Labat, de retour des Etats-Unis d'Amérique où il a passé plus d'un an, parle de la transfusion du sang, telle qu'elle est pratiquée à la Mayo Clinic et à la Cleveland Clinic chez le docteur Crile. L'organisation hospitalière et la coopération des parties intéressées permettent la transfusion sur une grande échelle Les sangs sont groupés à l'avance : malades, parents des malades, personnel hospitalier et donneurs professionnels.

Le choix du donneur est réglé à l'avance : le parent donne habituellement son sang au malade ; s'il en est empêché, on a recours à une personne du cadre hospitalier ou à un donneur professionnel : mais le parent sait que, dans ce cas, il a contracté une dette envers l'hôpital qui se servira de son sang pour un autre malade.

Le cadre hospitalier sert en cas d'urgence, le donneur professionnel en cas d'absolue nécessité. Il ne manque donc jamais de donneur.

A la Mayo Clinic on se sert de sang citraté à la dose de 500 centimètres cubes en moyenne ; chez le docteur Crile, on emploie du sang complet, jamais moins de 600 centimètres cubes chez l'adulte. A part ses indications bien connues, la transfusion du sang a des indications formelles chez tous les malades dont on veut relever rapidement l'état général.

Pour réduire le temps de coagulation du sang, surtout dans l'ictère par rétention, la transfusion doit être associée au chlorure ou au lactate de calcium et au sérum de cheval. La transfusion doit pouvoir se faire presque aussi facilement qu'une injection intraveineuse de sérum physiologique. C'est le groupement des donneurs et l'expérience de ceux qui la font qui en assurent l'innocuité.

Du choix actuel des anesthésiques en chirurgie. — M. Alphonse Huguier emploie toujours l'anesthésie locale pour enlever les tumeurs cutanées et sous-cutanées et pour faire la cæcostomie dans l'occlusion intestinale aiguë.

L'anesthésie régionale n'est guère possible dans un service très chargé avec aides peu nombreux, M. Huguier y a cependant recours systématiquement pour la trépanation décompressive cérébelleuse, car elle permet d'opérer « à la de Martel », sur un malade en position assise.

L'anesthésie au protoxyde d'azote n'est pas aussi bénigne qu'on l'a affirmé, M. Huguier connaît plusieurs cas de mort

Il incise les abcès un peu profonds, fait les curettages sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle avec le masque de Camus.

M. Huguier fait sous anesthésie à l'éther avec l'appareil d'Ombrédanne, les hernies, les appendicites, les opérations sur les membres, les organes génitaux, le périnée, l'anus, mais il redoute l'éther pendant la saison froide et lui préfère, pendant cette période, la rachianesthésie.

Le chloroforme est resté, pour M. Huguier, l'anesthésique de choix. Il l'emploie dans les opérations sur la tête, le cou, le thorax, les plèvres et les poumons (y compris les goitres et les pleurésies purulentes). Jusqu'à ces derniers temps, il l'employait dans toutes les laparotomies (sauf chez les femmes pâles, saignées et pour les opérations sur les voies biliaires).

Depuis quelque temps, ayant eu des anesthésies mauvaises avec le chloroforme dans les laparotomies, M. Huguier est devenu de plus en plus partisan de la rachianesthésie lombaire. Depuis deux ans, il fait, sous anesthésie lombaire, les opérations gastriques et, en particulier, les larges gastrectomies pour ulcères et cancers. Depuis quelques mois, il emploie ce procédé d'anesthésie pour les opérations sur l'utérus et les annexes, l'intestin et les voies biliaires.

M. Huguier termine sa communication en affirmant qu'à l'heure actuelle, aucun des anesthésiques connus n'est parfait et exempt de dangers. Il serait souhaitable que soit découvert un produit nouveau, applicable partout et dans tous les cas.

Du choix actuel des anesthésiques en chirurgie. — M. Thévenard. Les accidents du chloroforme, au moins les accidents du début et ceux qui se produisent au cours de l'intervention, peuvent être en grande partie évités par une bonne technique; d'autre part, il procure une anesthésie parfaite ; il n'y a donc pas de raison d'en proscrire l'emploi d'une façon absolue.

Aux contre-indications connues de l'éther, il faut ajouter l'existence de lésions aortiques, des aortites en particulier.

Dans la pratique de la rachianesthésie, l'auteur est revenu à la cocaïne. En se conformant strictement à une bonne technique ; il n'a jamais observé d'accidents sérieux.

Il faut donc être éclectique dans le choix de l'anesthésique, chacun se trouvant tour à tour le mieux approprié à tel ou tel cas particulier.

Cervicectomie sus-isthmique et stomatoplastie par évidement vertico-bilatéral dans le cas d'atrésie cicatricielle massive du col. — M. Dartigues présente la technique suivie, dans de belles planches qui montrent comment il a pu, l'atrésie étant complète sur tout le col, accéder à la cavité corporéale, en pratiquant une colpotomie antérieure pour se donner du jeu et une hémisection médiane du col de l'utérus suivie d'une excision bilatérale prismatique du col de façon à faire deux lèvres latérales, droite et gauche. Il s'agit en somme, dans le cas particulier, d'une amputation du col renversée, latérale au lieu de transversale.

Syphilis héréditaire osseuse tardive à forme anormale. — M. Mayet, avec radiographie à l'appui, insiste sur cette forme anormale qui échappe à la description classique de la syphilis osseuse gommeuse, et constitue ce que l'on a appelé le syphilome pandiaphysaire. Dans cette forme dont Vincent a publié une observation avec biopsie dans la *Revue d'orthopédie*, 1891, il ne paraît pas y avoir de gommes osseuses nettement localisées, mais une lésion médullaire totale réagissant au point de vue osseux, d'une part par des couches osseuses nouvelles venant combler, en partie, le canal médullaire, et de l'autre par une série de stratifications osseuses sous-périostiques. Ces stratifications constituent un énorme épaississement de l'os parfois douloureux. Les épiphyses sont saines et l'origine de l'affection ne semble pas avoir été dans le cartilage de conjugaison comme on le décrit d'habitude. Le syphilome pandiaphysaire est donc une forme nettement définie de la syphilis osseuse héréditaire tardive.

Génitoplastie masculine externe. — M. Dartigues, en son nom et au nom de MM. Bonamy et Dumas, montre une série de projections reproduisant la technique de ce qu'il a appelé la génitoplastie masculine externe, c'est-à-dire la réfection des bourses et d'un fourreau de la verge.

Cancer du côlon pelvien. — M. Alphonse Huguier montre un segment de côlon pelvien long de 20 centimètres, présentant en son milieu un cancer annulaire « en ficelle », haut de 1 centimètre, avec sténose presque complète à ce niveau.

La malade qui avait été opérée d'un cancer du sein, l'année précédente, présentait, depuis trois mois, une constipation opiniâtre avec syndrome de Koënig. Au moment de son entrée à l'hôpital, elle était en légère occlusion. Un lavement bismuthé ne franchissait pas la partie inférieure du côlon pelvien.

Résultat d'une réduction de dislocation du carpe. — M. Gentil présente un blessé auquel il a réduit, il y a trois mois, une dislocation du carpe. Résultat excellent, puisque le blessé a récupéré la presque totalité de la force et de l'amplitude de ses mouvements.

Nouveau cystoscope. — M. Pasteau présente un nouveau cystoscope français dont l'appareil optique très lumineux permet de voir d'un seul coup d'œil 4 centimètres de surface vésicale avec un grossissement de deux fois et demi.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1921)

Fracture spontanée du col fémoral chez un tabétique. — MM. Lapeyre et Cathala. Les auteurs rapportent l'observation d'un homme de quarante-sept ans, tabétique, qui à l'occasion d'une fracture spontanée cervico-trochantérienne du col fémoral, ayant provoqué une abondante infiltration sanguine, présenta des ostéomes multiples et volumineux des muscles péri-articulaires, avec déformation considérable de la racine du membre. Le malade ayant succombé deux mois plus tard, la pièce prise à l'autopsie montra la non consolidation de la fracture cervicale et l'existence de volumineux blocs osseux dans les tissus péri-articulaires et en particulier dans les muscles pelvitrochantériens et le psoas.

Les auteurs insistent sur l'hémorragie abondante qui accompagne parfois les fractures spontanées des tabétiques et sur la tendance présentée par les malades à l'ossification de ces hématomes se demandent si dans beaucoup de cas, classés comme arthropathies tabétiques et où les désordres articulaires se sont produits en quelques heures, il ne s'agit pas souvent de fractures articulaires avec arthrite traumatique chez des tabétiques.

Etranglement de l'appendice dans une hernie crurale. — MM. Riche et Galavielle.

La perforation pulmonaire complication du pneumothorax artificiel. — M. Gaussel.

LIVRES NOUVEAUX

La Vie de la matière (1),
par le docteur V. Galippe et Mme Souffland.

Cet ouvrage est d'une puissante conception philosophique, basée sur les recherches expérimentales des auteurs concernant la présence dans les fossiles, les météorites, les minerais, les laves volcaniques, d'organites susceptibles de culture et de multiplication, et résistant aux hautes températures.

La lecture de cet ouvrage est intéressante, non seulement pour les biologistes, mais encore pour tous ceux qui s'intéressent aux problèmes de l'existence. L. G.

(1) Prix : 10 fr. — Paris, Maloine et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 14 janvier. — Questions données : « Signes, formes cliniques et diagnostic du chancre syphilitique des organes génitaux. — Signes, diagnostic et traitement des perforations de l'ulcère de l'estomac. »

MM. Ménégaux, 11 1/2; Dauptain, 14; Bayle, 12 1/2; Valat, 14 1/2; David, 10 1/2; Hudelo, 13; Ducrohet, 11 1/2; Lamy, 13; Denis le Sève, 10; Bonnot, 12.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Mme Georges Dieulafoy, qui avait déjà fondé en souvenir de son mari deux bourses de 500 fr., vient de faire don à la Faculté de médecine de 26.000 fr. de rente qui seront ainsi répartis :

8.000 fr. à la clinique médical de l'Hôtel-Dieu, qui fut illustrée successivement par Trousseau et par Georges Dieulafoy, et dont le titulaire actuel est le professeur Gilbert;

8.000 fr. à la clinique médicale de l'hôpital Cochin (professeur Widal) ;

5.000 fr. à la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine (professeur Chauffard) ;

5.000 fr. à la chaire de pathologie interne, dont le titulaire est le professeur Rénon.

Lorsque MM. Chauffard et Rénon quitteront leurs chaires respectives, 2.000 fr. de rente seront pris sur chacune de leurs parts pour grossir le don fait aux cliniques de l'Hôtel-Dieu et de Cochin, ce qui portera le revenu de chacune à 10.000 fr. Les 6.000 fr. de rente restants serviront à fonder six bourses de 1.000 fr., qui porteront le nom de bourses Claire Georges-Dieulafoy et devront être allouées à des étudiants méritants et sans fortune.

— CESSION A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE DE L'HÔPITAL COCHIN. — Sur la proposition du Préfet de la Seine, le Conseil municipal de Paris a autorisé le rattachement à partir du 1er janvier 1922, à la clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin, du service de gynécologie (pavillon Bouilly) en prenant acte de l'engagement pris par la Faculté de médecine de ne confier à l'avenir la direction de la clinique thérapeutique chirurgicale de l'hôpital brésilien qu'à un professeur joignant à ce titre celui de chirurgien des hôpitaux de Paris.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. Paul Strauss, sénateur, membre de l'Académie de médecine, est nommé ministre de l'Hygiène.

— M. le Dr Louis Martin, sous-directeur à l'Institut Pasteur, est nommé membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement de M. Villejean dont la démission est acceptée et qui est nommé membre honoraire.

— Sont nommés membres du Conseil supérieur d'hygiène publique en France : MM. les Drs Debré, Labbé, Marchoux et Richaud.

— La médaille d'or pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique est décernée à M. le Dr Dequidt, inspecteur général des services administratifs.

— Le *Journal officiel* du 14 janvier 1922 publie un décret concernant le personnel des asiles autonomes d'aliénés, et un décret relatif au recrutement des médecins des établissements publics d'aliénés.

— Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, le lundi 20 mars 1922, tant pour l'admission aux emplois de médecin des asiles publics d'aliénés que pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asiles privés.

Le nombre de postes de médecin des asiles publics est fixé à huit.

Les candidats qui désirent participer au concours doivent adresser au ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leurs états de services, d'un exposé de leurs

titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires, ainsi qu'un état de leurs titres militaires, avec pièces justificatives.

Les candidatures seront inscrites au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (4e bureau de la direction de la mutualité et de l'assistance, 7, rue Cambacérès), jusqu'au mercredi 22 février inclus.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

GUERRE. — Par décret en date du 23 décembre 1921, ont été promus dans le cadre des officiers du service de santé (pour prendre rang du 26 décembre 1921) :

RÉSERVE. — *Au grade de médecin-major de 1re classe.* — MM. les médecins-majors de 2e classe Charbonnier, Rimbaud, Chifoliau, Lona, Dodeuil, Soubiès.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Villain, Lefebvre, Boubée, Rouget, Percheval, Jouve, Paul-Boncour, Coulet, Mock, Neau, Garsaux, Binet, Sarlabous, Juillard, Bezos, Coryllos, Dartigues, Mazel, Miginiac, Duguing, Desplas, Chenet, Brocq.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MARINE. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin général de 2e cl. Girard.

Au grade d'officier. — MM. les médecins en chef Perces, Duranton, Renault.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe Flèche, Curet, Scoarnec, Jobart, Bienvenue, Bévengut, Rondet.

M. le Dr Cassaët, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux.

TRAVAIL. — *Au grade d'officier.* — M. le Dr Georges Gautier.

HYGIÈNE. — *Au grade de commandeur.* — M. le prof. Hutinel.

Au grade d'officier. — MM. le Dr Chevallereau (de Paris); Oettinger, médecin des hôpitaux (de Paris; Petrolacci (de Bone).

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Baldenweck (de Paris), Baratier (de Chantelle), Brulant (de Lens), Catrice (d'Air-sur-Lys), Cauchy (de Bapaume), Corson (de Guingamp), Demelin, accoucheur des hôpitaux de Paris; Rivet, médecin des hôpitaux de Paris; Kohn-Abrest, chef du laboratoire de toxicologie de la préfecture de police, Jablonski (de Poitiers), Lebrou (de Mayet-de-Montagne), Lereboullet, médecin des hôpitaux de Paris, Leuret (de Bordeaux), Lheureux (de Béthune), Moses, Vaucaire (de Paris), Wattelet (de Paris).

RÉGIONS LIBÉRÉES. — *Au grade de chevalier.* — M. le Dr Beaudier (d'Attigny).

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE. — La Société se réunira à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis, amphithéâtre du service de l'admission, le lundi 23 janvier, à 3 heures très précises.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PREMIÈRE LEÇON DU PROFESSEUR ÉMILE SERGENT

Jeudi dernier, au grand amphithéâtre, leçon inaugurale de M. Sergent. Dans l'arène, les plus illustres des Maîtres, les plus libéraux des Administrateurs, les plus charmantes des femmes, sourire de Paris. Entassée sur les gradins, une jeunesse exubérante, accourue pour venir entendre la bonne parole, pour applaudir celui qui, depuis si longtemps, lui consacre le meilleur de lui-même.

La leçon débute par les remerciements de l'élu à ceux dont il reste le très déférent et très reconnaissant élève; Gingeot, science et conscience, le devoir professionnel personnifié; du Castel, dont les belles études ont tant contribué au rayonnement de l'Ecole de Saint-Louis; Gaucher, qui n'était pas tout en angles rentrants, exemple vivant de délicatesse bourrue et de parcimonie généreuse, ne ménageant ni leurs vérités aux gens en cour, ni son or aux malheureux; Letulle, dont la légendaire aménité sait donner de la grâce à l'anatomie pathologique elle-même. Des remerciements, encore, à M. le Recteur, en qui l'esprit de géométrie n'a pas tué l'esprit de finesse; à M. le Doyen, dont la diplomatie pourrait, bien souvent, servir de modèle à ces Messieurs de la Carrière; au Conseil municipal, à la libéralité duquel on doit la création de la chaire; à son Ecole, qui commence à Ribadeau-Dumas pour finir à ses « petits roupious », à cette fille qui a fait son père...

Qu'elle semble loin, l'époque où Faculté et Corps médical des hôpitaux se livraient la guerre, où celui-ci reprochait à celle-là d'avoir, à l'agrégation, refusé Cl. Bernard pour admettre, à bras ouverts, une foule de *Dupont* et de *Durand*, et lui faisait grief de vouloir détenir le monopole de l'enseignement! Depuis vingt ans, les tentatives de rapprochement s'étaient multipliées. La Faculté avait consenti à envoyer des stagiaires à l'*Association d'Enseignement médical des hôpitaux de Paris*. Les chargés de *cours de clinique annexe* ne s'étaient pas montrés indignes de cette confiance. Enhardi par le succès de ses conférences, l'un d'eux en arrive, un jour, à se demander pourquoi, bien que non agrégé, il ne se présenterait pas au professorat. La loi ne dit-elle pas expressément qu'il suffit d'être docteur en médecine pour pouvoir faire acte de candidature? Il pose donc la sienne. Une première fois, il se trouve quatorze voix pour la soutenir. Une seconde, elle recueille l'unanimité des suffrages, moins le traditionnel bulletin blanc. Et voilà comment peu à peu, l'union a fini par se sceller; voilà comment, à cette fête de l'esprit, assistaient l'autre jour, fraternellement confondus, agrégés et non agrégés; voilà comment l'entrée de Sergent au Conseil de la Faculté doit être interprétée, non comme une révolution, mais comme une marque d'évolution...

Et pourtant, le programme qu'il expose à l'auditoire attentif ne manque pas de hardiesse. Il vise, en effet, à organiser officiellement un enseignement jusqu'ici inexistant : l'enseignement *élémentaire*. Tâche délicate, s'il est vrai, comme le faisait déjà remarquer Potain, que c'est celui qui exige le plus de connaissances, mais tâche utile, tâche nécessaire! En médecine, plus peut-être que partout ailleurs, tout ne dépend-il pas des débuts? Ne faut-il pas habituer l'étudiant de première ou de seconde année à classer ses idées, à ordonner son travail, à sérier les questions? Et n'est-ce pas seulement lorsque les principes fondamentaux lui seront devenus familiers, qu'il aura, selon l'adage hippocratique, appris à regarder, qu'il pourra tirer parti d'un enseignement *complémentaire*. C'est donc à l'instruction et à l'éducation médicales des commençants que le professeur de propédeutique va uniquement s'attacher, s'efforçant de parfaire ses méthodes, de renouveler sa technique, de servir de toutes ses forces, de toute son âme, cette jeunesse au contact de laquelle il oublie de vieillir...

Des applaudissements prolongés saluent la péroraison de cette magnifique leçon, bien pensée, bien écrite, et qui n'a pas laissé d'être bien dite, malgré la plus émouvante des émotions. Sergent s'y est représenté tel qu'il est; il a eu le mérite de se rappeler que les ombres sont indispensables à certains portraits et il s'est dépeint comme étant, parfois, difficile à manier. Sans doute, il n'a pas toujours le caractère savonneux. Il vomit les tièdes. Mais il a eu, en toutes circonstances, et même lorsque sa légitime popularité risquait d'en souffrir, le courage de ses amitiés. Il est aussi l'un de ceux qui ont le plus « exercé la faculté de comprendre ». Il sait ce qu'il veut, et où il va. C'est une intelligence, un cœur et une volonté. Qualités françaises au premier chef, et qui expliquent pourquoi les étudiants lui ont fait la plus enthousiaste des ovations. Ils ont beau lui chercher, de temps à autre, une querelle d'amoureux : ils n'en ont pas moins mis en lui toutes leurs complaisances, toutes leurs prédilections.

L. BABONNEIX.

DE L'EMPLOI DE L'HYPOPHYSE AU COURS DU TRAVAIL CHEZ LA PRIMIPARE

Par M. DELESTRE.

L'emploi de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse en obstétrique est maintenant sorti de la phase d'expérimentation, et son usage est devenu courant pour nombre d'accoucheurs. Toutefois, les publications sur ce sujet sont encore restreintes, les observations apportées ne sont pas très nombreuses, et il est certains points de pratique qu'il n'est pas inutile de préciser, étant donné qu'il s'agit là d'un médicament très actif qui, mal employé, est susceptible de donner des mécomptes et même des accidents.

Ce sont ces mécomptes et ces accidents qui ont jeté quelquefois le discrédit sur l'extrait d'hypophyse que quelques accoucheurs ont abandonné, et que d'autres n'ont pas voulu expérimenter. Je pense que ces échecs doivent être mis sur le compte, soit de préparations irrégulières, soit de doses défectueuses et qu'ils peuvent être évités en utilisant de bonnes préparations et en se conformant à certaines règles pour leur usage.

Le but de cet article est de préciser quelques points de technique, et surtout d'attirer l'attention sur la différence considérable de réaction à l'hypophyse que l'on observe chez la multipare ou chez la primipare. L'emploi inconsidéré de l'hypophyse chez cette dernière a été certainement cause d'un grand nombre des accidents observés.

Je rappelle que l'injection d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse faite au cours du travail a, sur les contractions de l'utérus, une action extrêmement rapide et efficace, augmentant à la fois leur fréquence et leur intensité. Cette action apparait de quelques secondes à quelques minutes après la piqûre ; elle est plus ou moins vive et dure plus ou moins longtemps, une demi-heure, une heure et même davantage ; elle réapparaît généralement sous l'influence d'une nouvelle piqûre lorsque l'effet de la première est terminé. L'efficacité de l'hypophyse paraît d'autant plus grande que la dilatation est plus avancée ; elle est particulièrement remarquable pendant la période d'expulsion.

Je ne veux pas étudier ici en détail toutes les indications de la médication hypophysaire. Au cours du travail, ces indications apparaissent lorsque les contractions utérines manquent d'efficacité, soit parce que trop espacées, soit parce que, bien que suffisamment rapprochées, leur vigueur est insuffisante. Il y a là, évidemment, en ce qui concerne les indications, un facteur d'appréciation qui relève de l'expérience.

On a dit qu'il ne fallait employer l'hypophyse qu'à partir d'une certaine dilatation, qui serait de 5 francs chez la multipare et d'une petite paume de main chez la primipare, la tête étant engagée ; et qu'il fallait être sûr, lorsqu'on l'employait, de pouvoir terminer rapidement l'accouchement (1). Je crois que cette règle est trop absolue et n'a été dictée que par crainte de la contracture. Or, j'estime que celle-ci n'est pas à redouter si l'on agit prudemment dans l'administration du médicament. C'est ainsi que j'ai pu utiliser l'hypophyse dans des cas où la dilatation était inférieure à 5 francs et que je m'en suis servi quelquefois pour faciliter l'engagement d'une tête qui restait au détroit supérieur, ayant reconnu que le seul obstacle à la descente résidait dans le manque de vigueur des contractions.

(1) Lire pour plus de détails sur ce sujet :
Dr Léon Pouliot. *Les Extraits hypophysaires en obstétrique et en gynécologie*, dans la Collection « L'Actualité obstétricale et gynécologique ».

A quelle dose faut-il faire ces injections ? C'est le point que je désire traiter particulièrement.

Lorsqu'on parle des doses d'hypophyse à injecter, on n'est pas toujours d'accord parce qu'on utilise des produits de marques différentes et des ampoules différemment dosées. Je ne me suis servi que d'une seule préparation : les ampoules préparées par Choay et qu'il désigne sous la dénomination d'ampoules de lobe postérieur n° 4. Ce sont des ampoules d'un centimètre cube, correspondant à un demi-lobe postérieur d'hypophyse, à 0g20 de glande fraîche et à 0g05 d'extrait. Je dois dire que je n'ai eu qu'à me louer de cette préparation qui m'a donné des effets réguliers et constants (1).

Chez les multipares, j'utilise par injection une ampoule Choay entière (1 centimètre cube) ou la moitié d'une ampoule (1 demi-centimètre cube) suivant que les contractions sont très faibles et espacées (1 centimètre cube) ou qu'elles manquent seulement un peu de vigueur (1 demi-centimètre cube). Ainsi que je l'ai dit plus haut, l'action est généralement très rapide ; il est rare qu'elle soit lente ou nulle. Il peut arriver qu'une seule piqûre suffise pour accélérer la fin d'un accouchement et amener l'expulsion de l'enfant ; mais il arrive aussi que cette dose soit insuffisante. Si l'effet de la première piqûre a été faible ou nul, il faut attendre une demi-heure avant d'en pratiquer une seconde (2) ; si, au contraire, l'effet a été satisfaisant et se prolonge, il ne faut injecter une nouvelle dose que lorsque l'effet de la première a complètement cessé. A cette seconde piqûre pourront en succéder d'autres, si le travail se prolonge ; mais toujours à condition que la précédente piqûre ait cessé d'agir et qu'un intervalle d'au moins une demi-heure se soit écoulé entre les deux. Je n'ai d'ailleurs jamais eu l'occasion, dans ma pratique personnelle, de dépasser trois injections de 1 centimètre cube chez la multipare.

Les dangers de l'hypophyse m'ont semblé nuls chez la multipare, en me conformant aux préceptes ci-dessus énoncés. Lorsqu'on n'a pas une expérience suffisante du médicament, ou lorsqu'on hésite à faire cette piqûre, soit parce que les contractions tout en étant inefficaces ont cependant quelque valeur, soit parce que la dilatation n'a pas atteint 5 francs, soit encore parce que la tête n'est pas engagée, il est préférable, dans tous ces cas, de tâter la susceptibilité réactionnelle de la parturiente en débutant avec 1 demi-centimètre cube. Si l'effet cherché n'a pas été obtenu, on pourra, une demi-heure après, répéter cette dose ou même faire une injection de 1 centimètre cube. On acquiert assez

(1) Au cours de cet article, lorsque je parlerai de l'injection de un centimètre cube d'hypopoyse, il sera entendu qu'il s'agit de la totalité d'une ampoule Choay n° 4. De même, lorsque je parlerai de la moitié ou d'un tiers de centimètre cube, il s'agira toujours de la moitié ou du tiers d'une ampoule.

(2) Je suis sur ce point en désaccord avec Pouliot (Pouliot. *Les Extraits hypophysaires*, etc., voir ci-dessus) qui réclamait un intervalle de trois heures entre les piqûres dans sa première édition, et ne demande qu'un intervalle de deux heures dans sa deuxième édition, par crainte des effets cumulatifs signalés dans une observation de Rieck, et que je n'ai jamais rencontrés aux doses et avec le produit que j'ai utilisés.

vite l'expérience du médicament et de la dose à injecter. En agissant ainsi avec prudence, on évitera sûrement les accidents.

Les doses dont je viens de parler concernent la multipare. Elles ne peuvent être utilisées sans danger chez la primipare : c'est là le fait capital sur lequel je désire attirer l'attention dans cet article. Les injections d'hypophyse ont, en effet, sur l'utérus de la primipare en travail une action particulièrement violente, pouvant aller jusqu'à la contracture de l'organe, si la dose injectée est trop forte. Je désire rapporter ici les observations des deux premiers cas dans lesquels j'ai utilisé les injections d'hypophyse au cours du travail chez des primipares, alors que je n'avais pas encore l'expérience du médicament et que j'avais cru bien faire en utilisant les mêmes doses que chez des multipares.

Observation I. — Mme J..., vingt et un ans, primipare. Accouchement à terme. Après huit heures de travail, dilatation complète, tête engagée. Rupture artificielle des membranes. Contractions très espacées entre lesquelles la femme sommeille. Injection sous-cutanée de 1 centimètre cube d'hypophyse. Chez cette jeune femme, qui avait été extrêmement calme et patiente pendant toute la période de dilatation, apparurent brusquement, cinq minutes après la piqûre, des contractions subintrantes, d'une violence inouïe, lui arrachant des cris perçants. Elle était dans une agitation extrême, les yeux hagards, gesticulant, voulant sortir de son lit, et causant dans son entourage une émotion bien compréhensible, que je partageais moi-même, assistant pour la première fois à des incidents semblables. J'administrai immédiatement du chloroforme à dose narcotique; les douleurs s'atténuèrent petit à petit. L'accouchement eut lieu spontanément une heure un quart après cette piqûre. Enfant de 3kg400 qui crie immédiatement. Délivrance au bout de dix minutes. Suites de couches normales.

Obs. II. — Mme H..., vingt-neuf ans, primipare. Pyélonéphrite pendant la grossesse. Accouchement à terme. Après douze heures de travail, dilatation complète, tête engagée. Femme très fatiguée, vulve étroite. Dans le but d'éviter une application de forceps, les contractions étant assez régulières mais peu énergiques, je fais une injection de 1 centimètre cube d'hypophyse. Cinq minutes après véritable tétanisation de l'utérus qui reste contracté en permanence, arrachant des cris à la parturiente, les bruits du cœur de l'enfant deviennent bientôt irréguliers, puis disparaissent, m'obligeant à une application de forceps rapide, environ un quart d'heure après avoir fait la piqûre. L'enfant a néanmoins crié peu de temps après son extraction. Délivrance un quart d'heure après l'accouchement. Suites normales. Régression rapide de l'utérus.

On voit, dans ces deux observations, des incidents heureusement peu graves, mais néanmoins fâcheux, ayant succédé à l'injection de doses que je donnais couramment à des multipares, et qui, chez ces primipares se montrèrent trop fortes. A la suite de ces deux cas, ne voulant pas abandonner un médicament dont j'appréciais toute l'efficacité, je l'utilisai avec prudence, et après quelques tâtonnements j'arrivai, chez la primipare à une technique qui m'a donné depuis entière satisfaction, sans aucun incident et avec peu d'insuccès : *je n'injecte jamais, chez la primipare, plus d'un tiers de centimètre cube à la fois* (1), *en laissant toujours au minimum une demi-heure entre chaque piqûre, et ne faisant une nouvelle piqûre que lorsque la précédente a été inefficace ou a cessé d'agir.*

Lors donc que se présente, chez une primipare, une indication d'emploi de l'hypophyse, j'injecte sous la peau de la cuisse un tiers d'ampoule Choay de 1 centimètre cube. L'effet se produit en général très rapidement. Au bout de deux à cinq minutes, les contractions utérines se rapprochent si elles étaient espacées, elles deviennent plus régulières, plus intenses, plus prolongées, plus efficaces. Il est très rare que l'effet soit nul. Il est quelque fois insuffisant : dans ce cas, on injecte une demi-heure après la première piqûre, un second tiers de centimètre cube qui donne alors l'effet désiré. Lorsque le le résultat est obtenu, il suffit d'attendre que les contractions, qui ont retrouvé leur vigueur, diminuent d'intensité pour renouveler la dose d'un tiers de centimètre cube, à condition qu'un intervalle d'une demi-heure au moins se soit écoulé depuis la précédente piqûre. L'effet va généralement en s'amplifiant à chaque nouvelle piqûre.

J'ai pu ainsi, chez des primipares, et sans aucun accident, faire cinq et six piqûres donnant au total 2 centimètres cubes de Choay. Ce nombre de piqûres est exceptionnel, et il est rare qu'on n'obtienne pas l'effet voulu avec une, deux ou trois piqûres, c'est-à-dire 1 centimètre cube au total donné en trois fois.

Voici le résumé de douze observations concernant l'emploi de cette technique :

Obs. III. — Mme S..., vingt ans, primipare. Accouchement à terme. Après six heures de travail assez rapide, rupture artificielle des membranes à la dilatation complète. Espacement des contractions utérines, lassitude, sommeil. Injection d'un tiers de centimètre cube d'hypophyse, agissant au bout de dix minutes : les contractions reviennent énergiques toutes les deux minutes. Expulsion d'un enfant de 3k150, quarante minutes après la piqûre.

Obs. IV. — Mme S. L..., vingt-trois ans, primipare, grossesse gémellaire. Accouchement prématuré à sept mois et demi environ. Rupture prématurée de la première poche des eaux. Début du travail trois heures après cette rupture. Le premier enfant se présente par le siège décomplété mode des fesses : après sept heures de travail, dilatation d'une petite paume de main, contractions très espacées. Injection d'un tiers de centimètre cube d'hypophyse : les contractions se raniment au bout de cinq minutes et reparaissent toutes les trois minutes. L'expulsion du premier enfant a lieu quarante-cinq minutes après la piqûre; le second enfant naît par le sommet quelques minutes après; je fais à ce moment un second tiers de centimètre cube d'hypophyse dans le but d'éviter l'inertie, en raison de la distension énorme subie par l'utérus au cours de la grossesse. La délivrance a lieu vingt minutes après l'expulsion du second enfant et l'utérus reste bien rétracté. Régression rapide de l'organe dans les suites de couches.

Obs. V. — Mme L..., vingt-sept ans, primipare. Accouchement à terme. Après quatorze heures de travail, entre en période d'expulsion. La malade pousse vigoureusement, mais les contractions sont espacées, ne revenant que toutes les huit minutes environ. Au bout d'une heure, injection d'un tiers de centimètre cube d'hypophyse dont l'effet se produit au bout de trois minutes. Les contractions se répètent maintenant toutes les trois ou quatre minutes; la parturiente poussé énergiquement; mais le périnée est extrêmement résistant, et quarante-cinq minutes après, je termine par une application de forceps sur un enfant de 3k450 grammes. Délivrance dix minutes après l'expulsion. Régression utérine rapide.

Obs. VI. — Mme P..., vingt-quatre ans, primipare. Accouchement à terme. Après douze heures de travail, entre en période d'expulsion. Espacement des contractions, lassitude, sommeil. Injection d'un tiers de centimètre cube d'hypophyse qui augmente très peu la vigueur des contractions. Un second tiers est fait trois quarts d'heure après la première piqûre, mais ne donne pas plus de résultat. Un troisième tiers est donné une demi-heure après. Puis une quatrième piqûre de 1 centimètre cube une demi-heure après la troisième. Ces

(1) Ce tiers d'ampoule de Choay, n° 4 correspond à 1cg7 d'extrait et à 6cg6 de glande fraîche (lobe postérieur).

quatres piqûres ont été à peu près inefficaces et j'ai terminé par une application de forceps.

C'est là une des rares observations dans lesquelles j'ai eu un échec presque complet malgré quatre piqûres. Il n'y a pas eu, en tous cas de phénomènes d'accumulation.

Obs. VII. — Mme G..., vingt et un ans, primipare. Accouchement près du terme. Rupture prématurée des membranes. Le travail débute quatre heures après cette rupture. La dilatation complète se fait en quatre heures. A ce moment, la parturiente réclame énergiquement du chloroforme et se refuse à pousser, les contractions s'étant d'ailleurs notablement espacées. Je fais un tiers de centimètre cube d'hypophyse, en même temps que j'administre le chloroforme à la reine; la piqûre agit en moins de deux minutes sur les contractions qui reparaissent énergiques et se rapprochent toutes les trois ou quatre minutes; je fais une seconde piqûre d'un tiers de centimètre cube au bout d'une demi-heure, puis une troisième une demi-heure après, et la jeune femme accouche spontanément d'un enfant de 2k860, deux heures après le début de la période d'expulsion.

Dans cette observation, j'ai eu l'impression très nette que ma cliente ne serait pas accouchée spontanément sans l'hypophyse qui, donnée suivant ma technique, a renforcé les douleurs sans brutalité, l'ampoule entière d'hypophyse Choay ayant été donnée en trois fois en laissant une demi-heure d'intervalle entre chaque piqûre.

Obs. VIII. — Mme F..., trente ans, primipare. Accouchement à terme. Après trente-cinq heures d'un travail lent, la tête étant resté au-dessus du détroit supérieur, les membranes se rompent spontanément; l'extrémité céphalique tend à s'engager par la région frontale; les contractions apparaissent toutes les dix minutes et sont peu efficaces. Je fais une injection d'un tiers de centimètre cube d'hypophyse, et, trois minutes après, les douleurs apparaissent plus fortes et plus rapprochées; j'en profite pour fléchir la tête à l'aide du toucher et du palper combinés, la femme étant sous le chloroforme. J'ai la satisfaction de sentir la tête descendre et s'engager par l'occiput; les contractions se répètent toutes les trois ou quatre minutes et, quarante-cinq minutes après la piqûre, la femme expulse un enfant de 3kg620. Délivrance dix minutes après l'expulsion. Une nouvelle piqûre d'un tiers de centimètre cube est faite après la délivrance, l'utérus se rétractant mal.

On voit que, dans ce cas, je n'ai pas craint de donner de l'hypophyse, bien que la tête ne soit pas engagée. On voit également qu'un tiers de centimètre cube de Choay m'a suffi pour obtenir le résultat voulu et sans brutalité, alors que 1 centimètre cube m'eut peut-être amené des complications, et que j'ai pu, à la faveur de cette piqûre, modifier l'attitude de la tête fœtale, l'engager au moment voulu, et réduire à 45 minutes la période d'expulsion.

Obs. IX. — Mme L..., vingt-quatre ans, primipare. Accouchement à terme. Après dix-sept heures de travail entre en période d'expulsion. Contractions espacées et peu énergiques. Parturiente fatiguée, dormant entre les contractions. Au bout d'une demi-heure d'expulsion, injection d'un tiers de centimètre cube d'hypophyse. Au bout de cinq minutes, contractions vigoureuses, revenant toutes les cinq minutes; l'accouchement a lieu spontanément une demi-heure après la piqûre.

Obs. X. — Mme S..., trente-six ans, primipare. Accouchement à terme, quarante et une heures de travail. Rupture précoce des membranes à la dilatation d'un franc, la tête s'amorçant à peine; les contractions sont espacées et peu vives. A ce moment, injection d'un tiers de centimètre cube d'hypophyse qui, au bout de cinq minutes, réveille les contractions qui se rapprochent. L'effet de cette piqûre dure une heure et demie pendant laquelle la tête s'engage et la dilatation atteint une petite paume. Les contractions faiblissant, je fais de nouveau un tiers de centimètre cube d'hypophyse qui agissent encore pendant une heure et demie environ et font passer la dilatation à une grande paume, tout en accentuant la descente de la tête. A ce moment, un troisième tiers de centimètre cube est fait.

Bien que les contractions continuent à être vives et assez rapprochées, la tête orientée en OIDP, mal fléchie, reste immobile, la dilatation ne progresse plus; et deux heures après cette troisième piqûre, je suis obligé en raison de la longueur dc l'accouchement et de la fatigue approuvée par la parturiente, de terminer par une application de forceps, après incision de la lèvre antérieure du col. Enfant de 3kg600. Délivrance au bout de cinq minutes. Régression utérine rapide.

Obs. XI. — Mme J. S.-H..., primipare, vingt-cinq ans. Accouchement à terme. Travail lent: vingt-six heures. Rupture artificielle des membranes, à 2 francs pour poche des eaux très plate et membranes tendues en permanence. Après cette rupture la dilatation progresse et atteint en trois heures une petite paume, puis reste stationnaire pendant deux heures, les contractions étant assez rapprochées mais peu énergiques.

A ce moment, je fais une première piqûre d'un tiers de centimètre cube d'hypophyse qui agit au bout de huit minutes et redonne de la vigueur au muscle utérin; la dilatation atteint une grande paume en une demi-heure. Une seconde piqûre donne en une demi-heure la dilatation complète et une troisième donne en trois quarts d'heure l'expulsion d'un enfant de 3 kilogrammes. Délivrance dix minutes après l'expulsion. Régression utérine très rapide.

Obs. XII. — Mme R..., primipare, vingt-quatre ans. Accouchement à terme. Après neuf heures de travail, dilatation complète, tête engagée en OIDP. Douleurs toutes les quatre à cinq minutes, mais peu énergiques. Au bout de vingt minutes d'expulsion, piqûre d'un tiers de centimètre cube d'hypophyse, donne presque immédiatement des contractions plus vigoureuses.

L'action dure une demi-heure. Au bout de ce temps, deuxième piqûre d'un tiers de centimètre cube qui donne d'énergiques contractions; l'expulsion a lieu dix minutes après cette seconde piqûre. Enfant de 2kg960. Délivrance après dix minutes. Régression utérine rapide. L'utérus est rentré dans le petit bassin au douzième jour.

Obs. XIII. — Mme S..., primipare, vingt-six ans. Accouchement à terme ayant duré trois jours. Rupture prématurée des membranes le 13 juillet à deux heures du matin: tête mobile au-dessus du détroit supérieur, dos à gauche.

Les douleurs apparaissent dans la matinée, peu fortes et espacées, conservant ce caractère pendant toute la journée du 13 et celle du 14. Ce second jour à sept heures du soir, la tête est toujours au-dessus du détroit supérieur et le col en voie d'effacement. Dans la nuit du 14 au 15 les douleurs s'accentuent, revenant toutes les dix minutes. Le 15 à huit heures du matin, la tête s'amorce et la dilatation est de 5 francs. Les contractions continuent régulièrement toutes les dix minutes, très douloureuses, mais paraissant peu efficaces, car à deux heures de l'après-midi, l'examen ne montre aucune modification depuis le matin. C'est alors que je décide d'avoir recours à l'hypophyse pour augmenter l'efficacité des contractions.

A deux heures et demie de l'après-midi, un tiers de centimètre cube d'hypophyse. Au bout de cinq minutes, les douleurs augmentent de force et reviennent toutes les trois minutes. L'action de cette piqûre se prolonge durant une heure, jusqu'à trois heures et demie. A ce moment, second tiers de centimètre cube d'hypophyse.

Reprise presque immédiate des fortes contractions.

A quatre heures, la dilatation est complète et la tête engagée; la parturiente commence à pousser. A quatre heures et demie, un troisième tiers de centimètre cube, pour soutenir la vigueur des contractions et l'expulsion a lieu à six heures

du soir. Enfant de 3kg375. Utérus se rétractant mal pendant la période de délivrance, je fais encore un tiers de centimètre cube à six heures un quart ; et la délivrance est faite à six heures et demie. L'utérus reste très bien rétracté. Quelques tranchées pendant vingt-quatre heures.

Régression utérine normale.

Obs. XIV. — Mme B..., primipare, vingt-deux ans. Accouchement à terme. Rupture prématurée des membranes après vingt-et-une heures de travail, dilatation complète, tête engagée en OIDP. Contractions revenant toutes les dix minutes et entre lesquelles la femme sommeille. Injection d'un tiers de centimètre cube d'hypophyse qui réveille presque immédiatement les douleurs qui apparaissent plus violentes et à trois minutes d'intervalle.

Après une demi-heure, injection d'un second tiers pour maintenir cet état ; et une demi-heure après, troisième tiers. Les douleurs sont bien vigoureuses et rapprochées, la parturiente pousse énergiquement, mais très fatiguée, réclame un forceps, qui est pratiqué au bout d'une heure et demie d'expulsion. Extraction d'un enfant de 3kg250. Délivrance dix minutes après. Régression utérine rapide.

Dans toutes les observations que je viens de rapporter, sauf une, il y a eu action rapide et manifeste de l'extrait d'hypophyse Choay, sans aucun des inconvénients et des incidents signalés dans mes deux premières observations. C'est pourquoi j'ai cru pouvoir m'arrêter à la technique que je conseille et que je puis formuler ainsi :

Lorsqu'une indication se présente d'accélérer la fréquence ou d'augmenter la vigueur des contractions utérines au cours du travail chez une primipare, on peut avoir recours à l'injection sous-cutanée d'un tiers de centimètre cube d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse Choay (n° 4). *Si l'action de cette piqûre s'atténue au bout d'un certain temps, ou que l'effet déjà obtenu ait besoin d'être renforcé, on peut avoir recours à une nouvelle injection d'un tiers de centimètre cube, à condition toutefois qu'une demi-heure se soit écoulée depuis la précédente piqûre. D'autres piqûres pourront suivre s'il est nécessaire, mais toujours en observant l'intervalle d'une demi-heure entre deux piqûres consécutives.*

J'ai dit au début de cet article qu'il était quelquefois difficile de comparer les effets obtenus avec l'hypophyse, en raison de la différence des préparations correspondant aux différentes marques de produits. La technique que je préconise chez la primipare n'en conserve pas moins sa valeur avec toutes les préparations. Il suffira de se souvenir que *chez une primipare, la dose à injecter à chaque piqûre doit être le tiers de celle qu'on injecterait d'emblée chez une multipare.*

En procédant ainsi, on sera à l'abri des incidents et des accidents qui peuvent survenir en employant des doses trop élevées. Je dois ajouter, pour terminer, que dans les cas où j'ai ainsi utilisé l'hypophyse, je n'ai jamais constaté d'effet nocif sur l'enfant, que la délivrance s'est, en général, effectuée plus rapidement, et que la régression utérine dans les suites de couches m'a toujours paru plus prompte.

Éléments de pathologie mentale clinique et médecine légale, par R. Bpnon, ancien interne de la Clinique de pathologie mentale de la Faculté de médecine de Paris, médecin du Quartier dss Maladies mentales à l'Hospice général de Nantes. Préface du prof. M. Balthazard. 1 vol. in-16 de 240 pages. Prix : 6 fr. — Paris, G. Doin.

La démence chez les épileptiques, pa. les Drs M. Brissot et H. Bourilhet, médecin des Asiles publics d'aliénés. Prix : 5 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

CURE RADICALE DE HERNIE

ET

AUTOPLASTIE APONÉVROTIQUE PAR LE FASCIA LATA

Par les médecins-majors CHAUMET et MOUCHET

(Hôpital de Gul-Hané, Constantinople.)

D'innombrables procédés sont mis en œuvre pour reconstituer la paroi dans la cure radicale des hernies inguinales. Mais quelles que soient les modalités opératoires, il est difficile de faire un plan solide avec des tissus insuffisants, lorsque la hernie s'accompagne d'une véritable éventration latérale, quand les muscles larges sont réduits à des rideaux sans consistance et que les fibres du grand oblique s'éraillent et se dissocient à la moindre distension imposée. On supplée alors, à la déficience des matériaux locaux de reconstruction, en empruntant des éléments anatomiques à distance : muscles ou aponévroses. Le grand droit de l'abdomen est le muscle le plus souvent sollicité à cet effet. Nous nous proposons, dans ce rapide exposé, de dire quelques mots de l'autoplastie à l'aide du fascia lata.

I. Indications. — La cure radicale est faite, la paroi est reconstituée : paroi faible, insuffisante, péniblement acquise à l'aide du conjoint, de l'arcade et de l'aponévrose du grand oblique. Les lames aponévrotiques chargées par l'aiguille sont partiellement déhiscentes. Le tissu n'a pas la trame assez serrée. Chaque point marque non pas un simple orifice pour le passage du catgut, mais une faille véritable. C'est déjà une paroi criblée, lacunaire.

Dans ces conditions, l'autoplastie est indiquée : elle peut-être hétérogène ou autogène, suivant qu'elle est exécutée avec des tissus empruntés à un animal, ou prélevés sur le sujet lui-même.

Parmi les nombreux procédés utilisés pour réaliser l'autoplastie autogène, signalons la réparation à l'aide du grand droit, du couturier et surtout du fascia lata.

Le grand droit de l'abdomen peut fournir une masse résistante, mais le point d'appui inférieur, c'est-à-dire la ligne des attaches à la partie inférieure de la paroi abdominale, peut-être partiellement arrachée : le voile est bon, mais arrimé d'une manière insuffisante.

Le muscle couturier pivotant autour de son insertion iliaque donne une étoffe de réparation appréciable. Mais il se prête moins qu'une aponévrose au modelé, à la réparation plastique sans déformation anatomique.

Pour ces raisons, nous utilisons le plus souvent l'aponévrose de la région externe de la cuisse, en suivant le procédé que nous allons exposer.

II. Technique. — *Premier temps.* — Après la reconstitution des plans à l'aide des muscles et des aponévroses suivant les procédés classiques, le champ opératoire se réduit à une série de sutures placées sur l'aponévrose du grand oblique pour le rapprochement et la cohésion des deux piliers. L'orifice inguinal externe réduit au minimum est ménagé dans la région inférieure. A ce moment, au lieu de faire la suture de la peau, on prolonge l'incision en partant de l'angle supérieur pour aller à un travers de doigt en arrière de l'épine iliaque antérieure et supérieure. La ligne de « raccord » ainsi décrite présente dans son ensemble une légère cour-

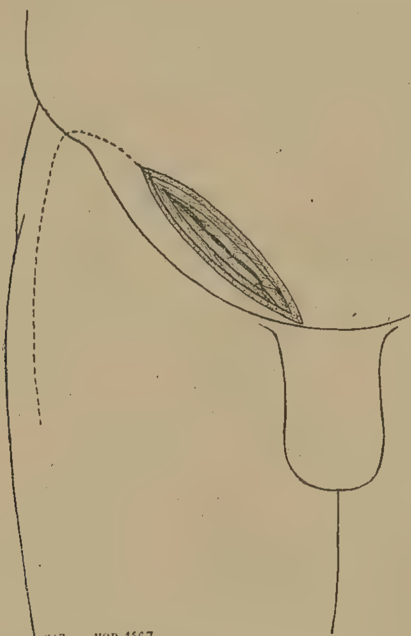
bure à concavité inférieure. Puis, de la crête iliaque, l'incision est continuée verticalement sur la face externe de la cuisse, sur une hauteur justement égale à la distance qui sépare la crête iliaque de l'épine du pubis.


GAZ. DES HOP. 1566

Le point de traversée iliaque est choisi à un travers de doigt en arrière de l'épine iliaque antérieure et supérieure pour deux raisons :

La première est le souci d'éviter le nerf fémoro-cutané ;

La deuxième est un fait d'expérience. Chez les opérés de cette catégorie, la rétraction secondaire de la cicatrice dont l'ensemble représente une courbe à concavité inféro-interne, a pour effet de ramener le point de réflexion iliaque un peu en avant, c'est-à-dire vers le voisinage de l'épine iliaque. Si le point de départ était plus antérieur, ce même effet de rétraction pourrait créer une corde douloureuse dans la partie externe du pli inguinal.


GAZ. DES HOP. 1567

Deuxième temps. — A partir de la crête iliaque, une lanière aponévrotique est détachée de la face externe de la cuisse, lanière aponévrotique de forme triangulaire à sommet iliaque, mesurant un bon travers de doigt et à base inférieure mesurant trois travers de doigt de largeur. Cette lame est détachée sur les côtés et au niveau de la base, et basculée autour de son attache iliaque.

La brèche aponévrotique est fermée par quelques points au crin de Florence. Dans certains cas, ces crins sont la cause de quelques ennuis ultérieurs, en piquant les tissus néoformes de la cicatrice et provoquant ainsi quelques douleurs passagères. Le catgut n'offre pas ces inconvénients, mais n'assure pas une fermeture aussi sûre de la hernie musculaire artificiellement créée.

Troisième temps. — La lame aponévrotique, soigneusement tendue, vient s'appliquer au niveau de


GAZ. DES HOP. 1568

l'orifice inguinal externe, sur les deux piliers auxquels elle est solidement fixée par un ou deux points de suture. Puis les deux bords sont suturés à l'aponévrose du grand oblique à l'aide de points séparés, en ayant toujours soin de bien tendre la lame auto-


GAZ. DES HOP. 1569


GAZ. DES HOP. 1570

plastique. Naturellement la médiane du triangle aponévrotique ainsi mobilisé au devant du grand

oblique, correspond à la suture de la paroi préherniaire.

Quatrième temps. — Suture de la peau. Deux tenailles ont servi à repérer le point iliaque c'est-à-dire le point où l'incision cutanée a croisé la crète iliaque.

III. Résultats. — Les résultats nous ont paru excellents. On obtient des parois solides, résistantes. La longue cicatrice créée par l'application de ce procédé n'entraîne pas la moindre gène fonctionnelle.

En résumé, après la cure radicale, parmi les nombreuses méthodes autoplastiques proposées pour suppléer à la déficience des parois, le procédé utilisant le fascia lata paraît recommandable à cause de :

1° Sa simplicité d'exécution;

2° Son innocuité au point de vue de la restauration fonctionnelle;

3° Les résultats de consolidation réelle qu'il permet d'obtenir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 14 DÉCEMBRE 1921)

La curiethérapie du cancer de l'utérus doit-elle être pré ou postopératoire? — M. Oppert rappelle que, si l'on intervient chirurgicalement dans le mois qui suit un traitement intensif par le radium, on a une mortalité assez élevée, 33 p. 100 d'après Siredey et Gagey, tout en ne traitant que les épithéliomas limités à une ou deux lèvres du col, sans envahissement des culs-de-sac vaginaux. Postopératoire, le radium ne permet pas une une stérilisation certaine. Il faut choisir entre le radium seul ou l'intervention chirurgicale seule.

Le Codex et l'opothérapie. — M. Lematte montre quelle est l'insuffisance regrettable du codex au sujet de l'opothérapie et le peu de confiance qu'il faut attacher à certaines des techniques qu'il préconise, notamment en ce qui concerne la préparation des poudres d'organes. En dehors de l'injection des extraits liquides, l'absorption des extraits glycérinés par voie rectale est la meilleure méthode à employer.

M. Desesquelle, membre de la commission du codex, indique que cette question a été mise à l'étude par cette commission, et a demandé l'insertion dans la nouvelle édition du codex de la nomenclature et de la posologie des produits opothérapiques.

Les substances radioactives utilisées en médecine. — M. Schmitt résume les notions auxquelles le médecin peut faire appel dans la pratique courante. Il insiste dans cette note sur un certain nombre d'indications des gaz radioactifs des eaux minérales (rhumatisme, goutte, diabète, douleurs fulgurantes du tabes, névralgie du trijumeau et du sciatique), et des solutions radioactives en injections intraveineuses (maladies infectieuses, érythème polymorphe, cirrhose biliaire hypertrophique) et en applications locales (dermatologie).

Le jeûne thérapeutique. — M. Guelpa revient sur sa méthode du jeûne dans la goutte et le diabète.

Un cas rare de parasitisme. — M. A. Liacre indique les heureux résultats thérapeutiques obtenus chez un malade âgé porteur d'oxyures depuis une trentaine d'années, atteint en même temps d'albuminurie, urémie, glycosurie avec forte hypertension artérielle.

Bismuth et syphilis, amalgame de bismuth. — M. Huerre a préparé un amalgame de bismuth qui est assez tendre pour pouvoir être réduit facilement en une poudre impalpable que l'on peut incorporer à un mélange huileux injectable.

La préparation de l'auteur est telle qu'une division de la seringue Barthélemy correspond à 1 centigramme d'amalgame, c'est-à-dire à 7mmg5 de bismuth et 2mmg5 de mercure.

M. Dumesnil rappelle qu'il a déjà depuis plusieurs années étudié certains amalgames, notamment celui d'arsenic. Il a également, par un procédé différent de celui de M. Huerre, préparé un amalgame de bismuth.

Les farines maltées du commerce et la farine de malt. — M. Em. Perrot et R. Lecoq montrent par leurs analyses que la cuisson, dès qu'on dépasse 75 degrés, rend tout à fait illusoire le maltage des farines maltées du commerce et d'autant plus que la farine de malt n'y dépasse généralement pas 5 p. 100. Le médecin ne doit faire malter les farines qu'au moment du besoin, par l'addition d'une quantité suffisante de farine de malt et de préférence après cuisson.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 7 JANVIER 1922)

Remarques sur la glycosurie caféinique. — MM. E. Bardier-Duchein et Stillmunker. Contrairement à l'opinion généralement répandue, la caféine n'engendre pas la glycosurie d'une manière constante sur l'animal normal Comparée à la caféine à ce point de vue, la diurétine (mélange de théobromine et de salicylate de soude) présente un pouvoir plus marqué.

Avec ces deux substances, la condition expérimentale particulièrement favorable à la manifestation de leur pouvoir glycosurique consiste à donner préalablement aux animaux une nourriture riche en hydrates de carbone.

Caféine et grand splanchnique. — MM. E. Bardier-Duchein et Stillmunker. En vue du déterminisme de la glycosurie caféinique, les auteurs ont étudié l'action pharmacodynamique de la caféine et de la théobromine sur le grand splanchnique.

Dans aucun cas, ils n'ont observé de paralysie. Au contraire, ils signalent l'hypoexcitabilité consécutive aux injections de caféine et de théobromine.

D'autre part, la section des splanchniques empêche la glycosurie des animaux caféinés.

Les auteurs concluent de leurs recherches que la glycosurie caféinique est une glycosurie nerveuse de même ordre que la glycosurie par piqûre diabétique.

Asthme et injection de tuberculine. — M. Bouveyron. Chez sept asthmatiques, dont six anciens tuberculeux pulmonaires, mais qui tous réagissaient à la tuberculine surtout en injections, ces injections à doses relativement trop fortes déchaînaient des crises. Au contraire, la tuberculinothérapie à doses très faibles au début, puis lentement progressives et espacées, améliorait ou faisait disparaître la dyspnée. Ces cas d'asthme, ainsi influencés en sens contraire, comme l'allergie à la tuberculine, sont considérés comme des états d'allergie surtout respiratoire plutôt que d'anaphylaxie.

M. Pagniez. La même chose vient d'être décrite dans *Le Lancet.*

Etats hémorragipares, temps de saignement et hématoblastes. — MM. P.-Emile Weil, Bocage et Coste. Duke a montré qu'il existe, dans les états hémorragipares, un rapport entre la gravité des hémorragies et le temps de saignement expérimental ; d'autre part, il semble que les lésions du sang, l'irrétractilité du caillot soient liées, comme l'augmentation du temps de saignement à la diminution des plaquettes.

Mais ce qu'on peut discuter c'est l'intimité du rapport de dépendance entre ces divers phénomènes.

M. P.-Emile Weil et ses collaborateurs apportent en contribution à l'étude de la question les faits suivants :

a. La diminution des plaquettes et la prolongation du temps de saignement existent chez les hémorragipares chroniques en dehors des hémorragies comme en période hémorragipare, les lésions sanguines constituant le substratum physiologique d'une diathèse, à placer à côté de l'hémophilie dont elles la différencient;

b. L'étude quotidienne des phénomènes montre la grande

fixité du taux des hématoblastes avec la grande variabilité du temps de saignement augmenté;

c. Expérimentalement, chez ces malades, les médications coagulantes (sérums sanguins, peptone, rétropituitrine, etc.) font cesser les hémorragies, diminuent le temps de saignement, sans augmenter parallèlement le nombre des plaquettes;

d. Inversement, l'absorption digestive de certains aliments, graisses, albumine, fromage de tête de cochon font varier le temps de saignement de façon importante souvent, sans changer le taux des hématoblastes.

L'incoagulabilité du sang ne joue pas cliniquement le rôle considérable que Roskam lui a attribué à la suite d'expériences animales dans la longue durée du temps de saignement.

M. Pagniez. Il est vraisemblable que, dans les états chroniques, interviennent des phénomènes de substitution et que les plaquettes ne sont plus seules à jouer le rôle qu'elles jouent dans les états aigus.

M. Richaud. La méthode de **contrôle physiologique des produits surrénaux** a été jusqu'ici exclusivement employée en vue d'apprécier la valeur thérapeutique des produits livrés par le commerce sans indication de titre chimique adrénalinique. Il était intéressant d'appliquer la méthode, non pas à l'essai de poudres quelconques de capsules surrénales, mais à l'essai de produits dont on connaîtrait déjà la teneur en adrénaline, teneur déduite du rendement en adrénaline d'une partie aliquote des surrénales mêmes ayant servi à la préparation de la poudre. On verrait ainsi, tout au moins, si la méthode physiologique s'accordait avec la méthode chimique, ce que, jusqu'ici, on a admis sans preuve aucune.

Les expériences ont été fort nombreuses : toutes, sans aucune exception, ont montré que les poudres de capsules surrénales essayées accusent physiologiquement une teneur en adrénaline très supérieure à celle dont témoigne l'analyse chimique. Ces résultats pourraient prêter à des considérations de divers ordres, mais deux hypothèses s'imposent :

1° Ou bien il y a dans les capsules surrénales autre chose que de l'adrénaline, cette autre chose étant d'ailleurs douée comme l'adrénaline du pouvoir hypertenseur (hypothèse peu vraisemblable);

2° Ou bien les procédés d'extraction de l'adrénaline des capsules surrénales actuellement en usage ne fournissent pas tous la totalité de l'adrénaline renfermée dans ces organes.

Ces résultats sont de nature à retenir l'attention des chimistes et des thérapeutes.

Sur une réaction simple de précipitation du liquide céphalo-rachidien : réaction à l'élixir parégorique. — M. René Targowla indique, pour l'étude des liquides céphalo-rachidiens pathologiques, une réaction basée sur la précipitation de la solution colloïdale que donne l'élixir parégorique avec l'eau et les solutions aqueuses. A v gouttes d'eau distillée on ajoute, dans un tube à hémolyse, xv gouttes du liquide céphalo-rachidien à étudier et xv gouttes d'élixir parégorique; on agite pour obtenir un mélange homogène. Dans un tube témoin, le réactif est mis en présence d'eau distillée seule (1 centimètre cube).

La réaction se lit au bout de douze à vingt-quatre heures. Avec les liquides normaux, il n'y a pas de précipité; au contraire, les liquides syphilitiques donnent une précipitation plus ou moins abondante qui peut aller, notamment dans la paralysie générale, jusqu'à la clarification du liquide.

Cette réaction, d'exécution facile, est spécifique.

Teneur en acide urique des hématies. — MM. Chauffard, Brodin et Grigaut ont étudié comparativement la teneur en acide urique du sérum sanguin et des hématies.

La teneur des hématies, toujours beaucoup plus élevée que celle du sérum, est assez variable d'un sujet à l'autre, aussi est-il préférable de pratiquer le dosage sur le sérum.

Chez les goutteux, l'hyperuricémie est non seulement sérique mais globulaire et l'augmentation de taux de l'acide urique dans les hématies semble n'être chez eux qu'une localisation particulière d'une imprégnation tissulaire plus ou moins diffuse de l'organisme.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(séance du 16 décembre 1921)

Du choix actuel des anesthésiques en chirurgie. — M. Peraire est partisan de la chloroformisation. Les accidents imputés au chloroforme sont dus à sa mauvaise administration. C'est à la méthode des doses faibles et continues sans intermittences qu'il faut avoir recours. Le chloroforme est comme tous les poisons, l'opium, la scopolamine, la morphine, il ne faut pas le donner à hautes doses. En l'administrant de cette façon il n'a jamais eu d'accidents à déplorer. Il s'est servi aussi bien souvent de l'éther avec le masque d'Ombrédanne; mais il a remarqué qu'il fallait en employer une très grande quantité pour arriver à une anesthésie parfaite. La scopolamine associée à la morphine suivant la formule de Desjardins lui a aussi permis d'obtenir des anesthésies sans aucun accident, en y joignant quelques bouffées de chloroforme, à la Walther, pour parfaire la narcose. La méthode de Schleich qu'il a utilisée surtout à l'hôpital lui a paru donner de bons résultats. Il en a été de même du Kélène qu'il a été un des premiers à utiliser avec Malherbe à l'hôpital Bichat et qu'il a employé pendant la guerre pour le plus grand nombre possible d'interventions chez ses blessés.

Choix d'une anesthésie. — M. Pauchet, après un exposé des avantages et des inconvénients des anesthésiques, M. Pauchet conclut ainsi : éther avec l'Ombrédanne; chloréthyle avec le masque de Camus; protoxyde d'azote suivant la technique de Rolant ou d'Amiot. Anesthésie locale, régionale; rachianesthésie à la Le Filliâtre; rachi-anesthésie à la Tuffier, sont tous des procédés que le chirurgien doit employer journellement, car chacun à ses indications et le fait de ne pas vouloir les employer tous est préjudiciable aux malades.

Rupture itérative du tendon inférieur du quadricipito-fémoral. Cerclage tendino-rotulien. Guérison. — M. Dartigues. Homme de vingt-huit ans qui se rompt le tendon inférieur du quadriceps fémoral dans un accident de motocyclette. Opéré une première fois à l'étranger, il glisse dans sa chambre et se rompt une deuxième fois le tendon. Dartigues, par une incision cruciale, met à jour l'articulation rompue et déhiscente en avant et sur les côtés, la vide de ses caillots et, le tendon étant rupturé à son immédiate insertion, c'est-à-dire au ras de la rotule par conséquent sans grande chance de s'y souder, il pratique un double cerclage concentrique au fil de bronze passant transversalement dans l'épaisseur du tendon du quadriceps et transversalement dans l'épaisseur de la rupture. Suture des ailerons de la rotule déchirés. Cette suture a tenu; les fils de bronze ont été enlevés au troisième mois; le malade a récupéré totalement le mouvement d'extension. Tous les moyens physiothérapiques et en particulier la myothérapie post-opératoire ont été utilisés pour parfaire cette guérison.

Syphilis rebelle du tibia. — M. Huguier rapporte l'observation d'un malade ayant présenté, vingt-neuf ans après l'accident initial, des douleurs, un gonflement marqué de la face interne de l'extrémité supérieure du tibia droit, une raideur de la jambe en flexion légère, un gros paquet de ganglions durs dans l'aine. La radio montrait un tibia non déformé mais modifié dans son architecture et présentant quatre larges zones claires, décalcifiées, au centre du tiers supérieur de l'os. Malgré les traitements successifs par de l'iodure, des sels solubles de Hg, de l'arsenobenzol, du sulfarsenol, les lésions ne firent qu'empirer et une tuméfaction apparut à la face postérieure du creux poplité entraînant un œdème marqué de la jambe et du pied. Le malade dut rester alité pendant près d'un an. Guérison complète clinique et radiographique seulement après huit injections de calomel (70 centigrammes en tout).

Intervention pour vaste plaque de radiodermite datant de plus de quatre ans. — M. Huguier. Une malade de quarante et un ans avait été traitée, il y a plus de quatre ans, pour un fibrome métrorragique par des applications de rayons X (séances de vingt minutes, deux fois par semaine, pendant trois mois).

Après la dernière séance, ulcération de toute la partie sous-ombilicale du ventre. Jamais ces lésions cutanées ne

cicatrisèrent. Depuis trois mois, une tumeur pédiculée était apparue au centre de la lésion; elle avait le volume d'une mandarine avant l'opération.

M. H. Huguier enleva toute la peau malade et le tissu cellulaire sous-jacent depuis, y compris l'ombilic jusqu'à la partie inférieure du mont de Vénus. Pour réparer l'énorme brèche, il sutura transversalement la plaie après avoir décollé de l'aponévrose la peau et la graisse de la lèvre supérieure jusqu'à la hauteur du thorax.

Un fragment de la tumeur pédiculée n'a montré que du tissu inflammatoire.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

CHÈQUE SANS PROVISION

LOI DU 2 AOUT 1917. JURISPRUDENCE

La loi du 2 août 1917 a complété les lois des 14 juin 1865 et 19 février 1874 sur la législation des chèques. Elle a décidé notamment que « celui qui a, de mauvaise foi, émis un chèque sans provision préalable et disponible, ou qui a retiré, après l'émission, tout ou partie de la provision, est passible d'une peine d'emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende qui ne pourra excéder le double de la valeur nominale du chèque, ni être inférieure au quart de cette valeur ». L'article 463 du Code pénal, relatif aux circonstances atténuantes, est applicable au délit.

Le but du législateur est que le chèque soit un véritable mode de paiement, *équivalent à un versement en espèces*; le bénéficiaire du chèque doit, dès lors, avoir la certitude absolue de devenir *propriétaire de la provision*, dès qu'il détient le chèque qui lui a été remis. Nombreux sont aujourd'hui les cas où un chèque est remis sans provision; et les tribunaux correctionnels se montrent très sévères dans la répression du délit. C'est nécessaire; car tout le monde, médecins et autres personnes, reçoit des chèques en paiement.

Mais, comme il s'agit d'un texte pénal, son interprétation doit être stricte. Le tribunal correctionnel de la Seine, dans un jugement du 4 juin 1920, envisageant que le législateur avait voulu diminuer la circulation fiduciaire et fortifier la confiance du public dans le chèque en en étendant l'emploi, avait prononcé condamnation contre le tireur d'un chèque qui s'était opposé à ce que le bénéficiaire en touchât le montant, bien qu'il y eût provision préalable et disponible.

C'était aller trop loin, en présence du texte de la loi que nous avons relaté ci-dessus. Aussi la Cour d'appel de Paris, dans un arrêt du 25 novembre 1921, a-t-elle déclaré que, dans le cas envisagé, il n'y avait pas délit.

Voici les circonstances de fait : M. D... avait commandé à C... quatre voitures automobiles. Des majorations avaient été imposées par le constructeur, en cours de fabrication; elles furent acceptées par M. D... Au moment de prendre livraison, celui-ci remit un chèque en paiement de la somme réclamée; mais, le jour même, il avisait son banquier de ne pas payer le chèque et prévenait C... qu'une grossière erreur s'étant glissée dans l'établissement des factures, il avait donné l'ordre qu'on refusât le paiement. Le chèque non payé fut protesté et donna lieu à une assignation en police correctionnelle, sous prévention d'infraction à la loi du 14 juin 1865, modifiée par celles du 19 février 1874 et 2 août 1917.

Evidemment, le procédé employé par D... n'était pas à l'abri de tout reproche; car il avait remis un chèque afin d'obtenir la livraison des voitures. Mais il a été constaté en fait qu'il y avait provision préalable et disponible, au moment de l'émission du chèque, et qu'il n'avait été effectué, postérieurement à l'émission du chèque, aucun retrait même partiel. D... s'était donc borné à suspendre un paiement auquel il estimait ne pas être tenu, jusqu'à ce que la justice eût statué sur le différend existant entre lui et C... Il n'y avait donc pas délit au sens de la loi. La Cour a jugé, à bon droit, qu'il n'y avait pas lieu de prononcer une condamnation pénale.

D... avait procédé au *bloquage du chèque* qui, dans la législation actuelle, n'est pas délictueux. Mais il faut reconnaître que la généralisation d'un tel procédé n'est pas sans jeter le discrédit sur le chèque : il suffira en effet que le tireur, après l'émission du chèque, allègue qu'il y a compte à faire, pour s'opposer à ce que le banquier paie. C'est dangereux, quand on veut qu'un instrument de paiement soit équivalent à un versement en espèces. Si la contestation n'était pas sérieuse, on peut se demander si la théorie de la Cour serait maintenue. Il faut bien reconnaître que le texte de la loi du 2 août 1917 est formel et justifie sa décision qui peut apparaître comme posant un principe.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ÉQUIPE MOBILE DES ÉPIDÉMIES

M. Louis Marin, député, demande à M. le ministre de l'Hygiène : 1° dans quels locaux se trouve installé le laboratoire prévu par le décret du 9 novembre 1921; 2° quel est le détail des travaux effectués par le préparateur et le garçon de laboratoire qui, depuis le 1er septembre, reçoivent respectivement une indemnité mensuelle de 750 francs et de 583 francs; 3° quel est le matériel disponible dans ledit laboratoire permettant de procéder aux diagnostics relatifs aux épidémies. (*Question du 10 décembre 1921.*)

Réponse. — Le décret du 9 novembre 1921 ne fait que préciser, en ce qui concerne les indemnités du personnel maintenu à l'équipe mobile des épidémies, le décret du 5 août 1921 qui a réduit et transformé cet organisme. Le laboratoire du service est installé dans un local de la Faculté de médecine, mis gracieusement à la disposition du ministère de l'hygiène par M. le professeur Léon Bernard, conseiller technique de ce ministère et placé sous le haut contrôle de ce dernier. Ce laboratoire dispose de tout le matériel nécessaire aux recherches épidémiologiques et peut d'ailleurs faire appel aux ressources des laboratoires de la Faculté ou de l'Institut Pasteur avec lesquels il reste en liaison. Le rôle de préparateur (dont le poste a été laissé vacant pendant la période de réorganisation du laboratoire) et du garçon de laboratoire est de seconder le médecin chef du laboratoire dans les manipulations que nécessitent les recherches liées aux missions et inspections techniques. (*J. O.*, 11 janv. 1922.)

LIVRES NOUVEAUX

La migraine [peptonothérapie préprandiale] (1), par le Dr Albert Nast.

M. A. Nast est un des premiers qui, avec MM. Pagniez et Pasteur-Vallery-Radot, aient eu l'idée de prescrire la peptone contre la migraine considérée comme une manifestation de l'anaphylaxie alimentaire. Son mérite est donc grand d'avoir exposé cette question avec une parfaite impartialité. En effet, après rappel des caractères et de la marche extrêmement variables de la migraine et citations à l'appui des grands migraineux historiques dont Lasègue reste le plus intéressant pour nous, l'auteur rapporte dix-sept cas traités par la peptone; sept furent très améliorés et d'une manière durable à la condition de revenir de temps en temps aux cachets de peptone; six ne furent améliorés que momentanément car, au bout de deux ou trois mois, l'efficacité de la peptone s'est trouvée épuisée; enfin quatre ne retirèrent absolument aucun bénéfice de ce traitement. Quelle conclusion tirer de ces résultats? M. Nast hésite à les formuler et se contente de faire valoir les arguments qui militent en faveur de l'action antianaphylactique ou de l'action peptogène, sans d'ailleurs se prononcer, mais il semble bien toutefois qu'il penche plutôt vers cette dernière interprétation. C'est la manière de voir que, dès le début de la peptonothérapie, j'ai soutenu ici même (*Gaz. des hôpit.*, 28 juin 1919.)

J. LAUMONIER

(1) *Thèse de Paris*, 1921.

NOTES POUR L'INTERNAT

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT (1)

III. Forme d'hémorragies a répétition aboutissant a une hématocèle enkystée. — C'est la forme de beaucoup la plus fréquente. Attribuée classiquement à un avortement tuboabdominal, elle peut aussi succéder à une fissuration ou même à une rupture de la trompe.

Le début peut être brusque, dramatique, caractérisé par douleur violente (sensation de craquement) avec signes de grande hémorragie.

Mais ordinairement les symptômes du début sont moins bruyants, l'hémorragie se faisant par à-coups. La malade ressent une douleur abdominale assez vive, bientôt suivie de vomissements; le pouls devient rapide, la température s'abaisse. Ces phénomènes s'amendent rapidement et il ne reste plus qu'un peu de pesanteur dans l'abdomen. Au bout de quelques jours, survient une crise semblable à la première. Au bout de trois ou quatre crises apparaissent de nouveaux signes qui doivent plus particulièrement attirer l'attention sur une collection périutérine; ce sont *des signes de compression* : ténesme vésical avec parfois rétention d'urine, ténesme rectal, constipation pouvant simuler l'obstruction intestinale, névralgies lomboabdominales avec irradiations le long du sciatique, parfois œdème des membres inférieurs et des grandes lèvres.

Dans certains cas, les crises douloureuses ayant été minimes, ce sont ces troubles de compression, qui s'accentuant peu à peu, attirent les premiers, l'attention de la malade et la conduisent à la consultation.

L'examen décèle l'existence d'une masse plus ou moins volumineuse et siégeant le plus souvent en arrière de l'utérus (*hématocèle rétro-utérine*). Celle-ci est rarement assez volumineuse pour déterminer une déformation de l'abdomen perceptible à l'inspection; on a cependant signalé une forme spéciale de l'abdomen en dôme.

La *palpation* permet de sentir une tuméfaction pelvienne rénitente, généralement médiane. Elle remonte parfois assez haut dans l'abdomen, et, empiétant sur les fosses iliaques, elle peut affecter la forme d'un cœur de carte à jouer.

A la *percussion*, on constate une matité correspondant à la masse perçue au palper.

Le *toucher vaginal* fournit les renseignements les plus importants : le doigt ne rencontre pas le col de l'utérus, mais arrive sur une masse rénitente, rarement fluctuante, occupant tout le cul-de-sac postérieur qui est effacé. A un stade plus avancé, le cul-de-sac moins tendu et moins plein présente une surface inégale avec des zones dures et des zones molles. Le *col de l'utérus* doit être recherché, et on le découvre *collé à la face postérieure de la symphyse pubienne*, surélevé, un peu ramolli. Le toucher vaginal combiné au palper permet de constater que la masse sentie dans le cul-de-sac postérieur correspond à celle que perçoit la main appliquée sur la paroi abdominale; on peut ainsi délimiter les rapports de la tuméfaction, ses limites, sa consistance.

L'examen au spéculum montre parfois une coloration violacée du vagin au niveau du cul-de-sac postérieur.

Au toucher rectal on constate que le rectum est aplati et le doigt peut explorer la face postérieure de la tuméfaction.

Enfin il faut signaler deux caractères importants : la tumeur augmente d'une façon intermittente et se modifie d'un examen à l'autre surtout au moment des époques menstruelles.

A côté de cette forme rétro-utérine de beaucoup la plus fréquente, il faut signaler des formes rares : l'*hématocèle latérale*, l'*hématocèle antéutérine* et l'*hématocèle sous-péritonéale ou intraligamentaire* qui décolle les deux feuillets du ligament large.

L'*évolution* de l'hématocèle enkystée se fait soit vers la *résorption* soit vers l'*ouverture*.

Dans le cas de résorption on constate que la tuméfaction diminue de volume et qu'elle devient dure, ligneuse, tandis que les phénomènes de compression s'amendent.

L'*ouverture*, qui survient dans la moitié des cas, est généralement secondaire à une infection de la poche sanguine aboutissant à la suppuration; celle-ci se traduit cliniquement par l'apparition de frissons répétés avec fièvre à oscillations, une douleur locale aiguë et du ballonnement abdominal.

L'ouverture se fait le plus souvent *dans le rectum*: précédée d'une période de rectite glaireuse (Nonat), elle consiste en une expulsion de matières brunâtres striées de pus ou de pus infect mélangé à des caillots. La poche peut se vider complètement et se fermer par bourgeonnement; mais souvent la suppuration persiste indéfiniment (des mois ou même des années) et aboutit à une septicémie qui finit par emporter la malade.

L'ouverture *dans le vagin* est plus rare, mais plus favorable.

Enfin on peut observer l'ouverture dans la *vessie*, à la *paroi abdominale antérieure* ou dans le péritoine; dans ce dernier cas se produit une péritonite qui peut être circonscrite mais qui généralement est généralisée et entraîne rapidement la mort de la malade.

IV. Forme avec inondation péritonéale. — Elle est due habituellement à une rupture tubaire, celle-ci s'observant surtout dans la grossesse isthmique. Mais elle peut s'observer aussi à la suite d'un avortement tubaire.

Dans la grossesse isthmique, l'inondation péritonéale est un accident fréquent et très précoce; il peut survenir après quelques jours à peine de retard, parfois seulement trois à quatre jours; habituellement il se produit vers la quatrième semaine. Elle est caractérisée cliniquement par l'apparition brusque de signes d'hémorragie interne. Subitement la femme est prise d'une douleur abdominale intense siégeant dans le bas-ventre, de nausées, de vomissements, puis de syncopes répétées. En très peu de temps son aspect devient caractéristique : décoloration intense de la peau et des muqueuses, facies grippé, refroidissement des extrémités, du nez, de la langue, pouls très rapide, incomptable, hypothermie. La respiration est gênée et superficielle. La malade accuse des vertiges, des bourdonnements d'oreille, des troubles de la vue, et conserve habituellement toute sa lucidité. A l'examen on constate que le ventre est légèrement ballonné, mais souple, parfois un peu douloureux à la palpation d'une fosse iliaque. Le toucher vaginal donne peu de renseignements : le col de l'utérus est parfois un peu entr'ouvert et mou; le doigt réveille de la douleur dans un cul-de-sac vaginal.

En somme ce tableau clinique est caractérisé par tous les signes d'une grande hémorragie interne et la notion d'un retard de règles que l'interrogatoire doit mettre en évidence.

L'inondation péritonéale peut aboutir à la mort parfois très rapidement (en quelques heures) avant qu'on ait eu le temps d'intervenir : c'est la forme suraiguë ou *forme cataclysmique de Barnes*.

Dans d'autres cas, les signes généraux s'amendent et il se produit une accalmie. Mais c'est une accalmie trompeuse (Brindeau), car l'hémorragie peut se renouveler. Dans ces cas moins aigus, une intervention chirurgicale précoce permet d'arrêter l'hémorragie et de sauver la malade.

V. Formes exceptionnelles — Quelques formes très rares doivent être signalées :

Grossesse tubaire récidivée assez fréquente;
Grossesse tubaire gémillaire très rare;
Grossesse tubaire coexistante avec une grossesse utérine;
Grossesse ectopique suivie d'une grossesse utérine.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 1, p. 15, et n° 3, p. 46.

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



NOUVEAU SEL DE CHAUX
INJECTABLE, INDOLORE

Gaurol

RECALCIFICATION
INTENSIVE

Autofixation
dans les tissus du
Phosphate Tricalcique
naissant et
colloïdal.

Une ampoule de 1 cc. par jour
en injections sous-cutanées
ou intramusculaires.

Laboratoires PÉPIN & LEBOUCQ, 30, Rue Armand-Sylvestre, COURBEVOIE (Seine).

DRAEGER

N° 6. — SAMEDI 21 JANV. 1922. 95e ANNÉE. SAMEDI 21 JANV. 1922. — N° 6.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT. (*Médecine.*) — Notes obtenues pour le mémoire :

MM. Boutelier, 27; Chevalley, 28; Deschamps, 29; Giroux, Doumer et Gardin, 30; Jacquelin, 29.

Epreuve orale. — Séance du 16 janvier. — Question donnée : « Crises gastriques du tabes. »

MM. Jacquelin, 20; Doumer, 18; Gardin, 20; Deschamps, 17.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 16 janvier. — Questions données : « Signes et diagnostic du cancer du gros intestin (rectum excepté). — Signes et diagnostic du rétrécissement mitral pur. »

MM. Blum (Jean), 13 1/2; Leflaive, 13; Mayer, 11 1/2; Leydet, 13; Fèvre, 14; Fortier, 10 1/2; Ackermann, 12 1/2; Génin, 11 1/2; Meillère, 10; Rimé, 15 1/2; Bariety, 13.

Séance du 17 janvier. — Questions données : « Signes et formes cliniques de l'hémorragie cérébrale de nature organique. — Abcès froid de la paroi thoracique. »

MM. Olry, 11; Carréga, 13; Maduro, 13 1/2; Descharme et Froyez, 13; Cohen, 10; Bouthillier, 12; Bartet, 14; Barret, 12; Naveau, 9; Jondeau, 13.

Séance du 18 janvier. — Questions données : « Signes et formes cliniques de la pneumonie franche aiguë. — Signes et diagnostic des anévrismes artériels du creux poplité. »

MM. de Vadder, 11 1/2; Decoularé-Delafontaine, 9 1/2; Valence, 15; Cerné, 10; Sabadini, 15; Barbaro, 12; Risacher, 16 1/2; Blum (Gaston), 12; Bouchard, 15 1/2; Celice, 13; Renard (Gabriel), 12 1/2; Derville, 14.

Erratum. — Dans la séance du 11 janvier, M. Lacomme a obtenu la note 18 et non 10.

— Un concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 20 mars 1922, à 9 heures, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du service de santé de l'administration, de 14 à 17 heures, du lundi 20 février 1922 au samedi 4 mars inclusivement.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par la nomination de M. Roure, Mlle Greaud, M. Moulierac, Mlles Ackermann et Bosqui, M. Roux, Mlle Goulard, M. Barraja.

— NIMES. — La Commission administrative des hôpitaux de Nîmes donne avis que fin juin 1922, au jour qui sera indiqué ultérieurement, un concours aura lieu pour la nomination de : 1° de deux chirurgiens adjoints; 2° d'un médecin adjoint; 3° d'un médecin spécialiste adjoint pour dermato-vénéréologie.

Le siège de ce concours sera porté à la connaissance des candidats huit jours avant la date des opérations.

Pour tous renseignements utiles, épreuves du concours, fonctions et attributions, règlement, etc., s'adresser à la direction des hôpitaux, 1, rue Hôtel-Dieu.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE DE PARIS. — PRIX DÉCERNÉS EN 1922. — *Prix Marjolin-Duval.* — Est décerné à M. le Dr Georges Lœwy, ancien interne des hôpitaux de Paris. (Les fistules jejuno-coliques par ulcère perforant après gastro-entérostomie.)

Prix Dubreuil. — Est décerné à M. le Dr André Feil, ancien interne des hôpitaux de Paris. (Contribution à l'étude des malformations vertébrales.)

Prix Ricord. — Est décerné à M. le Dr Emile Delannoy, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Lille. (Fractures de la cavité cotyloïde par enfoncement et luxation centrale du fémur.)

Prix Demarquay. — Est décerné à M. le Dr Gustave Moppert, chef de clinique à la clinique chirurgicale de l'hôpital cantonal de Genève. (Résultats immédiats et éloignés du traitement chirurgical des ulcères de la petite courbure de l'estomac.)

Prix Laborie. — N'est pas décerné.

Prix Jules Hennequin. — N'est pas décerné. — Un encouragement de 1000 fr. est accordé à M. le Dr J. Marais, ancien

interne des hôpitaux de Paris. (Le traitement des formes anatomocliniques de l'ostéomyélite de croissance à staphylocoques par la vaccinothérapie antistaphylococcique.)

GUERRE. — Par décret en date du 23 décembre 1921, ont été promus dans le cadre des officiers du service de santé (pour prendre rang du 26 décembre 1921) :

ARMÉE TERRITORIALE. — *Au grade de médecin principal de 2e classe.* — MM. les médecins-majors de 1re classe Lenormant, Goinard, Jeanbrau, Hoche, André, Péchin.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Coze, Guisez, Wegbecher, Landowski, Gayme, Darfeuille, Lancien, Carrel-Billiard, Magniez.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Cavaillé, Cléjat, Allamagny, Roques, Beringer, Vauthrin, Scemama, Fabri, Baudon, Vleeschouwer, Fanjoux, Martz, Durantot, Sauvan, Menvielle, Savoye, Bravy, Landowski, Parel, Canet, Laparra, Viel, Penel, Barre, Fabre, Langlet, Rivot, Houzel, Loques, Mutel, Bourdier, Levieil, Rainguet, Riberol, Fiessinger, Alquier, Rieu, Szolochowski, Besset, Molinier, Nattan, Mazier, Gaudemot, Delago, Legris, Lemarchal, Jaulin, Combier, Guimbellot, Barescut, Martin, Hardouin, Dionis du Séjour, Dehelly, Nory, Tara.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LA HAVANE. — A l'issue du Congrès médical cubain dont nous avons dit le succès éclatant, et au cours duquel les Drs Heitz-Boyer et Pasteur-Vallery-Radot représentèrent si brillamment la science française, le Dr Heitz-Boyer, professeur agrégé, délégué de la Faculté de médecine de Paris et de la Société de chirurgie, a été nommé « docteur honoris causa» de la Faculté de la Havane et invité à venir, en janvier 1923, recevoir l'investiture solennelle.

LA SITUATION SANITAIRE EN MÉDITERRANÉE. — On signale la présence du choléra à Batoum et probablement dans les autres ports de la mer Noire.

D'autre part, la peste a fait son apparition en Italie, à Naples et dans les environs.

On signale aussi des cas de typhus en Grèce, en Turquie et en Egypte.

LES MÉDECINS ET MOLIÈRE. — M. le Dr Cabanès fera, au petit amphithéâtre de la Faculté, le jeudi 26 janvier, à 20 h. 1/2, une conférence sur « Les médecins et Molière » qui sera suivie de projections d'après des documents du temps.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Jeudi 26 janvier. — Jury : MM. Chauffard, président; Jeanselme, Bezançon et Philibert. — M. VERNANT (Paul). Traumatisme et syphilis nerveux. — M. GOURDIN-SERVENIÈRE. Contribution à l'étude de la tuberculose pulmonaire chez les enfants. — M. LECLERCQ (Jules). De l'influence des irritations gingivo-dentaires. — M. RENARDIER (G.). Sur un nouveau procédé de tatouage.

Jury : MM. Achard, président; Nobécourt, Lereboullet et Guillain. — M. PACAUD (René). Contribution à l'étude clinique du syndrome de Pellizi. — M. ROUSSEAU (Pierre). Du traitement des orchi-épididymites blennorragiques. — M. MICHEL (Charles). Contribution à l'étude de la leucocytose digestive.

Jury : MM. de Lapersonne, président; Lejars, Labbé (Marcel) et Bernard. — M. DEMÉTRIADIS (Jean). Traitement des colobomes cicatriciels. — M. LOISEAU (Jean). Les ruptures du ligament rotulien et leur traitement. — M. LE COURTOIS (Maurice). A propos de deux cas mortels d'ascaridiose. — M. DEGUIGNAND (Louis). Le cancer ulcérisé du pylore.

LIVRES NOUVEAUX

Les Vitamines, diététique et thérapeutique (1), par O. ROLLAND et A. JOUVE. Une plaquette illustrée avec dédicace à MM. les professeurs Weill et Mouriquand (de Lyon).

Les auteurs, après avoir exposé l'historique de la question des vitamines, placent celle-ci, dans une « Position de la question », sous son jour actuel. De tous les travaux et de toutes les recherches dont ces substances, encore hypothétiques quant à leur constitution, ont été l'objet, deux faits se dégagent et apparaissent absolument hors de conteste :

A. Une alimentation qui contient pondéralement tous les éléments nutritifs nécessaires à l'organisme, est néanmoins incapable de maintenir l'équilibre nutritif et l'état de santé si, par des opérations mécaniques ou thermiques, on les a privées de ces éléments impondérables : les vitamines;

B. Cette alimentation dévitaminisée cesse pourtant d'être nuisible si on lui adjoint, à part, les éléments qu'elle a perdus par la chaleur, la conservation, la soustraction des enveloppes cortiquées. On peut donc dire assez justement qu'il existe des substances alimentaires vivantes et des substances mortes, les premières suffisant à elles seules à maintenir l'équilibre nutritif, les secondes ne le pouvant qu'avec l'apport simultané d'une certaine quantité des premières.

Mais, étant donné que les substances dévitaminisées ne sont point toxiques, qu'il leur manque seulement *quelque chose* pour constituer un aliment parfait qu'elles présentent même parfois certains avantages sur l'aliment brut (meilleure digestibilité, stérilité), que leur usage est souvent imposé par des nécessités de temps ou de lieu, on pourrait se demander s'il ne serait pas possible de les compléter au point de vue vitamines, non point par une ration conjointe d'aliments frais, encombrante, impossible à se procurer ou contre-indiquée, mais par un *extrait vitaminé* qui, contenant sous un volume réduit et sous une forte concentration, les éléments vitaminiques des substances fraîches, les restitueraient ainsi *ipso facto* aux substances dévitaminisées par la cuisson prolongée, la décortication, la stérilisation. C'est à la solution de ce postulat que se sont attachés les auteurs. Une condition *sine qua non* de l'efficacité d'un tel extrait est sa *polyvalence*; il faut, en effet, qu'il renferme les trois groupes vitaminiques et notamment les facteurs hydro et liposolubles. Ce n'est point là, nous assurent MM. Rolland et Jouve, le point difficile; plus ardu est celui de la conservation de ces éléments vitaminiques. Les auteurs affirment l'obtenir par la « douceur » du traitement initial des substances vitaminifères qui n'amorce point la désintégration (comme le chauffage à 70 degrés par exemple), par la stabilisation ensuite de ces éléments vitaminiques dans un milieu hydraté légèrement acide. Ils se proposent, d'ailleurs, de publier prochainement des expériences actuellement en cours d'exécution et qui démontrent que des animaux soumis à un régime d'avitaminoses, et présentant des symptômes très caractéristiques de carence, voient ceux-ci régresser et disparaître complètement après adjonction à leur ration de l'extrait vitaminé polyvalent, ou *biotose*, et dans des délais à peu de chose près identiques, qu'il leur soit administré du produit fraîchement préparé, ou bien du produit conservé *in vitro* depuis plusieurs mois.

Ces faits sont incontestablement intéressants, ils permettent d'envisager une correction facile de la diététique toutes les fois que celle-ci sera déficiente en vitamines. Mais ils permettent également d'espérer une action thérapeutique sur toute une série de troubles liés de près ou de loin à l'insuffisance de l'assimilation ou des sécrétions glandulaires dont les vitamines représentent le plus énergique stimulant. Et il ressort effectivement des expériences cliniques qu'un bon extrait vitaminé trouve sa place toute marquée chez les enfants chétifs, malingres, de peu de vitalité; chez les adultes dyspeptiques, décalcifiés, à système nerveux atone, à sécrétions endocrines insuffisantes.

(1) Paris, J.-B. Baillière et fils.

REVUE GÉNÉRALE

INFILTRATION D'URINE

(PÉRI-URÉTRITE PHLEGMONEUSE DIFFUSE)

ET CELLULITE PELVIENNE DIFFUSE D'ORIGINE URÉTRALE

Par M. Henri FRUCHAUD-BRIN,
Interne des hôpitaux.

Définition. — L'infiltration d'urine (expression classique, mais inexacte) n'est qu'un phlegmon diffus péri-urétral.

Etiologie. — Le phlegmon diffus péri-urétral est secondaire à une affection septique de l'urètre.

Cette étiologie est évidente lorsqu'il y a une plaie, une ulcération ou un traumatisme de la paroi urétrale. Les microbes passent directement de l'urètre dans les régions péri-urétrales. Mais on rencontre rarement des causes de ce genre telles que : cathétérismes septiques, fausses routes, urétrotomie interne, calculs et corps étrangers de l'urètre; de même après rupture traumatique de l'urètre on peut assister à l'infection secondaire de l'hématome périnéal, infection le plus souvent consécutive à des tentatives de cathétérisme.

Mais ces *causes évidentes* sont l'exception; et la *cause banale*, *courante* de l'infiltration d'urine est le *rétrécissement urétral*. Comment le rétrécissement urétral provoque-t-il une péri-urétrite? La filiation des accidents n'est pas aussi évidente que précédemment.

Pathogénie. — Dans les cas habituels trois conditions se trouvent réunies pour provoquer une infiltration d'urine :

1. Le rétrécissement de l'urètre. — Ce rétrécissement est exceptionnellement un rétrécissement d'origine traumatique; presque toujours il s'agit d'un rétrécissement ou plutôt d'une série de rétrécissements consécutifs à une blennorragie ancienne, rétrécissements qui siègent dans l'urètre antérieur surtout dans sa portion périnéale.

2. L'infection sus-stricturale. — C'est un élément essentiel. L'urétrite chronique est courante chez les rétrécis; mais au-dessus du rétrécissement l'infection est particulièrement intense; l'urètre s'est dilaté en poche sus-stricturale, cavité où stagne l'urine septique et dont les lésions pariétales sont intenses. Les germes infectieux se cultivent dans cette cavité close; ces germes sont multiples et ont été étudiés par de nombreux auteurs (Albarran et Cottet, Mallé, Krogius, Pierre Delbet, Clado et Tuffier) qui les ont retrouvés dans la sérosité des péri-urétrites. On y rencontre des *microbes* banaux : streptocoques, staphylocoques et en particulier coli-bacilles; des *microbes anaérobies*, micrococcus fœtidus B. fragilis, funduliformis, nébulosus, etc.

3. L'intermédiaire entre la poche sus-stricturale et les tissus péri-urétraux. — Les lésions susceptibles de disséminer les germes infectieux dans les tissus péri-urétraux sont variables :

a. *Altération de la paroi urétrale;* végétations, ulcérations, suppuration progressive de la paroi.

Phlébite du *tissu érectile* (Legueu et Noguès).

b. *L'infection glandulaire* (Motz et Bastrina) a une grosse importance. Elle siège sur les glandes de Littre ou les diverticules urétraux qui s'enfoncent souvent dans le tissu spongieux et dans le bulbe; parfois même il faut incriminer les glandes de Cowyer et la prostate.

Telle est la pathogénie de l'infiltration d'urine.

Nous rappellerons seulement pour mémoire, la théorie classique de Voillemier, théorie définitivement abandonnée :

Théorie mécanique d'une part : forte poussée vésicale en arrière du rétrécissement chassant l'urine contre celui-ci; sous l'influence de cette poussée, éclatement de l'urètre malade en arrière du rétrécissement. Par la perforation urétrale ainsi constituée l'urine passait et infiltrait peu à peu le tissu cellulaire péri-urétral.

Théorie toxique d'autre part; expliquant les accidents locaux et généraux par les propriétés toxiques de l'urine épanchée dans les tissus.

En réalité comme nous l'avons dit la pathogénie des accidents est *purement infectieuse*. En effet :

Si on rencontre le plus souvent dans l'infiltration d'urine des rétrécissements serrés, il n'est pas rare de voir certaines infiltrations d'urine compliquer des rétrécissements larges, trop larges pour faire obstacle à la poussée vésicale.

Le foyer péri-urétral contient rarement de l'urine, mais contient toujours une sérosité très septique, plus ou moins purulente et remplie de germes.

L'urètre n'est pas toujours perforé et il n'est pas constant de voir une communication directe entre l'urètre et le foyer péri-urétral. Cette perforation n'*est pas primitive;* elle ne s'est pas faite de l'urètre vers l'extérieur; mais *elle est secondaire* au phlegmon péri-urétral qui souvent s'ouvre dans l'urètre; elle se fait de dehors en dedans. Enfin, si elle est fréquente dans la région la plus malade de l'urètre, en arrière du rétrécissement, on le rencontre parfois en avant de celui-ci (Legueu).

Anatomie pathologique. — L'infiltration d'urine est un phlegmon qui présente deux caractères : *phlegmon diffus*, *phlegmon gangréneux*.

C'est un *phlegmon diffus* comme le montre sa tendance à fuser au loin dans le tissu cellulaire, en s'accompagnant de phénomènes généraux graves.

C'est un *phlegmon gangréneux* qui produit un pus ou plutôt une *sérosité purulente particulièrement fétide*, et parfois des bulles gazeuses et qui provoque le sphacèle des tissus. Ceux-ci ont un aspect grisâtre ou noirâtre et s'éliminent sous forme de lambeaux mortifiés. Ce caractère gangréneux résulte probablement de la présence, dans le foyer, de microbes anaérobies.

Classification. — Voillemier décrivait deux types d'infiltration mécanique d'urine, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de l'aponévrose moyenne du périnée. D'une façon générale cette division peut s'appliquer aux péri-urétrites phlegmoneuses; le phlegmon diffus péri-urétral est le plus souvent conduit dans sa marche par les plans aponévrotiques du périnée qu'il n'a pas le temps de perforer.

Mais au point de vue clinique ces deux variétés sont loin de présenter le même intérêt. L'une est fréquente; c'est l'*infiltration d'urine banale*, de la loge *inférieure ou superficielle* du périnée. Son étude présente pour le médecin un intérêt capital; elle s'impose au premier examen et peut guérir par un traitement chirurgical précoce. Nous le décrirons longuement. L'autre, l'infiltration de la *loge supé-*

rieure du périnée, ou *cellulite pelvienne diffuse* d'origine urétrale est très rare, ou du moins le plus souvent méconnue parce qu'elle évolue dans une région profonde, peu accessible à l'examen clinique; aussi est-elle rarement traitée à temps. Nous insisterons aussi sur cette dernière variété récemment mise en lumière par notre maître, le professeur Legueu. Il est utile de le connaître car il suffira peut-être de le rechercher systématiquement pour le trouver plus fréquemment, et un diagnostic précoce pourra conduire à un traitement efficace.

Infiltration d'urine banale de la loge inférieure. — Etude anatomique. — Le phlegmon péri-urétral *naît au périnée*, autour d'un foyer d'urétrite périnéale.

Il se développe dans la *loge superficielle ou loge inférieure du périnée,* bridé en haut par l'aponévrose moyenne qui le sépare de la prostate et de la vessie, en bas par la peau et l'aponévrose superficielle.

Il fuse rapidement hors du périnée vers les régions à tissu cellulaire lâche; en arrière il s'arrête en avant de l'anus (arrêté peut-être par la réflexion vers la profondeur de l'aponévrose superficielle?) En avant il envahit les bourses, puis le tissu cellulaire sous-cutané de la région prépubienne et de la paroi abdominale.

Le malade. — L'infiltration d'urine se rencontre souvent à l'hôpital dans les services de voies urinaires; elle est, au contraire, presque inconnue dans la clientèle de ville. Elle se développe, en effet, le plus souvent chez des rétrécis qui ont négligé depuis longtemps tout traitement, toute dilatation de l'urètre et chez lesquels le rétrécissement et les lésions d'urétrite se sont accentués progressivement.

Il s'agit d'un adulte, ou d'un homme âgé ayant eu dans sa jeunesse une ou plusieurs blennorragies.

Il présente depuis plusieurs années des signes de rétrécissement urétral étroit (retard, difficultés de la miction, modifications du jet); et d'urétrite chronique, goutte matinale, filaments dans les urines.

Si l'examen local avait été pratiqué avant l'apparition du phlegmon péri-urétral, il aurait décelé un rétrécissement très marqué, souvent des rétrécissements multiples siégeant dans l'urètre périnéo-bulbaire, ne laissant passer qu'un petit explorateur à boule, ou même une simple bougie filiforme.

Si telle est la règle, il n'est cependant pas exceptionnel de voir l'infiltration d'urine se développer chez des sujets porteurs de rétrécissement large, ne présentant pas de symptômes fonctionnels accusés, mais seulement quelques signes d'urétrite chronique. L'explorateur à boules décèlerait dans ces cas un rétrécissement admettant un explorateur n° 15 ou 18.

Début. — *Classiquement* le début était brusque, dans un violent effort de miction le malade faisait éclater son urètre; on voyait apparaître : la douleur violente au périnée, la dysurie, des frissons et une grosse tuméfaction périnéale.

En réalité le début est rapide mais progressif et est caractérisé par trois ordres de symptômes :

Signes fonctionnels. — La pesanteur périnéale, parfois très douloureuse est le symptôme le plus souvent noté.

Souvent la miction devient de plus en plus difficile, le malade n'urine que goutte à goutte après des efforts violents; et même la rétention peut être complète.

Mais la dysurie, la rétention d'urine, bien que fréquentes, manquent souvent; il n'est pas rare de voir les malades ne présenter aucune difficulté nouvelle pour uriner.

Les *signes généraux* presque constants et précoces sont ceux d'une infection grave. Le malade présente des frissons multiples ou un grand frisson solennel; puis la température s'élève à 39 degrés; un abattement très marqué s'installe rapidement.

L'*examen physique* fait découvrir une grosseur au périnée, le plus souvent médiane, allongée sur le trajet de l'urètre, douloureuse au palper.

Période d'état. — Au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, parfois moins, le phlegmon diffus s'est installé.

Les *symptômes physiques* vont résulter des deux caractères que possède l'infiltration d'urine, phlegmon diffus et gangréneux.

A. LE PHLEGMON DIFFUS EST CARACTÉRISÉ PAR SA TENDANCE A L'EXTENSION. — Au bout de quelques heures la tuméfaction a envahi la loge périnéo-scrotale gagnant de plus en plus en avant, s'arrêtant en arrière en avant de l'anus.

Ce qui frappe à première vue, ce sont les *bourses énormes*, monstrueuses, atteignant parfois le volume d'une tête de fœtus, avec leur peau lisse, tendue, luisante.

La *verge* est œdématiée, triplée de volume, incurvée, le gonflement du prépuce masque le gland et le méat.

Souvent la tuméfaction et la rougeur gagnent la région prépubienne et l'hypogastre, parfois même les aines, les flancs, les parois latérales et postérieures de l'abdomen.

Mais cette énorme extension malgré ses caractères impressionnants reste superficielle et sus-aponévrotique.

Ce serait une grave erreur de ne pas faire un examen plus approfondi; il faut soulever les bourses et EXAMINER SURTOUT ET AVANT TOUT LE PÉRINÉE DU MALADE.

Le PÉRINÉE présente une voussure en dos d'âne, saillant à sa partie moyenne et s'atténuant de chaque côté vers les ischions. Cette tuméfaction est bien moins considérable que celle des bourses et de la verge; la peau, plus épaisse, est moins luisante et moins tendue. Mais là, LE FOYER EST PROFOND, PÉRI-URÉTRAL; c'est le foyer principal, celui qu'il faudra ouvrir avant tout, même s'il paraît insignifiant à côté des autres zones d'extension.

B. LE CARACTÈRE GANGRÉNEUX SERA TRADUIT PAR LA TENDANCE AU SPHACÈLE DE CHAQUE POINT ENVAHI. — Au fur et à mesure de l'extension, chaque point passera par les trois stades suivants, si toutefois la mort ne survient pas précocement, ou si le foyer n'a pas été largement ouvert :

1. *Œdème mou et indolent au toucher.* — Cet œdème est rose et garde l'empreinte du doigt.

2. *Œdème dur et douloureux au toucher.* — La tuméfaction devient rouge et donne au palper l'impression de tension. Le doigt ne crée pas de dépression, ne sent *pas de fluctuation*, fluctuation sur laquelle il ne faut jamais compter; mais perçoit parfois de la crépitation gazeuse.

3. *Sphacèle.* — La peau prend une teinte cuivrée, puis noirâtre; l'épiderme est soulevé en phlyctènes

contenant une sérosité brune ; puis certaines zones cutanées s'éliminent, laissant échapper des gaz, une sérosité très fétide et des fragments de tissus mortifiés. Ce dernier stade est d'ailleurs très rarement atteint.

Les *symptômes fonctionnels* restent les mêmes ; la difficulté de la miction ou la rétention d'urine sont fréquentes sans être constantes. La sensation de tension douloureuse persiste au périnée.

Mais les *phénomènes généraux* se sont accentués. Ils prennent une *importance capitale*, traduisant l'*intoxication et l'infection profonde de l'organisme.*

La température est à 39 degrés ou 40 degrés avec frissons et sueurs. Dans certains cas adynamiques, l'élévation thermique est à peine marquée.

Le pouls est mou, petit et rapide.

Les urines sont peu abondantes et purulentes.

Le facies est pâle ou jaunâtre ; le malade est abattu ou présente, au contraire, de l'agitation et du délire.

Au niveau du tube digestif on note de l'anorexie, une langue sèche et rôtie, une soif vive. On voit parfois une diarrhée abondante et fétide.

En résumé, affection très grave qui, comme tout phlegmon diffus, nécessite une opération d'urgence et doit être ouvert sans le moindre retard.

Evolution. — NON TRAITÉE, l'affection va devenir mortelle en quelques jours. Les phénomènes septicémiques et toxiques, de plus en plus graves, emportent le malade. La mort survient après une période d'adynamie, avec accélération du pouls, abattement intense, atténuation de la douleur périnéale.

Quelquefois, la mort est précoce, quand la tuméfaction locale est encore médiocre.

TRAITÉE, par une longue et profonde incision périnéale, l'infiltration d'urine peut présenter une évolution différente.

S'*il s'agit d'un sujet âgé*, d'un vieil urinaire infecté depuis longtemps, si le traitement chirurgical est trop tardif, la mort est encore fréquente,

S'*il s'agit d'un sujet résistant*, opéré précocement, on verra de nombreux débris sphacélés s'éliminer par l'incision, en même temps que la température tombe brusquement et que l'état général s'améliore d'une façon rapide.

Mais la guérison sera longue. Le sujet présente des délabrements locaux considérables ; le périnée est largement fendu, la peau de la verge et des bourses est parfois détruite et les testicules sont à nu. Les désordres anatomiques peuvent s'étendre jusqu'à l'hypogastre, aux aines, aux lombes.

L'urètre est presque toujours ouvert et l'urine sort au périnée.

Cependant, la cicatrisation se fait souvent mieux qu'on ne pouvait l'espérer. Le périnée se comble, le scrotum se répare. Mais il persiste des cicatrices fibreuses, dures, irrégulières. Le malade peut conserver des fistules périnéales multiples, en clapier par où sort de l'urine ou du pus ; des abcès urineux à répétition peuvent se reproduire au périnée. Enfin le rétrécissement urétral et l'infection du canal, causent des accidents, persistent et demandent des dilatations répétées et régulières.

Complications. — Des complications infectieuses de toutes sortes sont possibles même après l'intervention : abcès métastatiques à distance, pyohémie.

Formes cliniques. — D'APRÈS L'ÉVOLUTION. — On rencontre parfois des formes à début lent. La tuméfaction périnéale est légère ; il s'agit d'abord d'un simple abcès urineux ; si celui-ci n'est pas incisé à temps, il se transforme progressivement en phlegmon diffus.

D'APRÈS LA CAUSE. — L'infiltration d'urine est parfois consécutive à un *rétrécissement traumatique.*

Elle peut compliquer un *rétrécissement du méat* (par néoplasme, cicatrisation de chancre). Cette forme est souvent très grave. La péri-urétrite peut dans ces cas débuter au niveau de la verge, à la hauteur de l'urètre pénien et s'étendre d'avant en arrière. C'est la gangrène urinaire de Guyon et Albarran.

Enfin, un type spécial est fourni par le *phlegmon périnéal qui peut compliquer certaines ruptures traumatiques de l'urètre;* après un traumatisme violent sur le périnée, un sujet présente de l'urétrorragie, de la rétention d'urine et un hématome périnéal. Si le blessé n'est pas traité rapidement, l'hématome peut s'infecter au contact de l'urètre déchiré, souvent septique surtout si des tentatives de cathétérisme ont été pratiquées. Cette infection est facilitée, si le spasme du sphincter urétral cessant, une certaine quantité d'urine s'épanche dans le périnée. Au bout de quelques jours apparaissent les accidents de phlegmon péri-urétral.

Diagnostic. — AU DÉBUT. — Quand la péri-urétrite est encore localisée, le diagnostic est à faire avec toutes les autres suppurations péri-urétrales. Mais dans celles-ci l'état général est moins altéré et la collection est nettement limitée.

On peut rencontrer des *suppurations prostatiques* venant s'ouvrir au périnée et dont on décèle l'origine par le toucher rectal.

Les *cowpérites* siègent sur les côtés du bulbe en avant de l'anus ; on peut les pincer entre deux doigts dont l'un introduit dans l'anus.

L'*abcès urineux* est médian, antéro-postérieur et symétrique par rapport à la ligne médiane. Il reste localisé autour du bulbe ou du corps spongieux ; mais entre l'abcès urineux, ou péri-urétrite localisée, et l'infiltration d'urine, ou péri-urétrite diffuse, tous les intermédiaires sont possibles ; ce n'est qu'une question de degré dans des phénomènes de même nature.

A LA PÉRIODE D'ÉTAT. — Le diagnostic est parfois difficile avec les *gangrènes de la verge et des organes génitaux ;* l'aspect des lésions est identique, mais le début des accidents s'est fait au niveau du gland ou du méat, au niveau d'une excoriation superficielle ; il n'y a pas de lésion urétrale, pas de rétrécissement, pas d'infection des urines. Il s'agit tantôt d'une gangrène secondaire à des lésions évidentes : chancre, végétation, phimosis chez un sujet débilité, diabétique. Parfois, la cause passe inaperçue chez un sujet jeune et bien portant; c'est la gangrène spontanée, foudroyante des bourses. L'extension des lésions se fait d'avant en arrière, de la verge vers le scrotum et malgré la gravité des phénomènes locaux et généraux, la guérison est la règle : les lésions restent superficielles, ne dépassant pas le derme; après la chute des escarres, la reconstitution des tissus détruits se fait très rapidement.

Traitement. — Le traitement chirurgical doit être aussi précoce que possible. C'est une *opération d'urgence.*

Il consiste *essentiellement* dans une longue ouverture antéro-postérieure sur la ligne médiane du périnée. En avant, l'incision empiète sur les bourses, peut atteindre même la racine de la verge; en arrière, elle s'arrête à deux travers de doigt en avant de l'anus.

L'incision est faite au bistouri; *elle sera profonde;* il faut inciser méthodiquement tous les plans infiltrés jusqu'à ce que l'*on tombe sur le foyer péri-urétral.* Le pus ou la sérosité fétides enfermés sous tension jaillissant à l'extérieur. Au fond de l'incision, on trouve l'urètre disséqué par le phlegmon sur une grande longueur et le plus souvent perforé. Il est extrêmement utile d'effondrer au doigt les tissus sphacélés de chaque côté de l'urètre; on trouve à droite et à gauche de la ligne médiane du périnée, deux vastes zones de décollement qui sont ouvertes sous la poussée du doigt et remontent en avant jusque dans la région inguinale; il est souvent utile à ce niveau de faire deux incisions latérales accessoires. Un gros drain est introduit de chaque côté par cette contre-ouverture et vient ressortir dans la plaie périnéale. Si les zones de décollement sont moins étendues, on introduit seulement les drains par la plaie périnéale et on les fixe par des crins au plafond du périnée, le plus haut possible dans les culs-de-sac décollés. C'est là le temps essentiel de l'opération; des incisions accessoires seront faites, si c'est utile, sur le scrotum, sur la verge, dans la région hypogastrique, etc.

Les pansements sont renouvelés deux fois par jour; on peut laver la plaie si l'on veut à l'eau oxygénée, mais quand le drainage est largement assuré tout le reste est accessoire.

La sérothérapie antigangréneuse doit être employée dans tous les cas et l'état général sera remonté par les moyens habituels (sérum glucosé, huile camphrée, boissons abondantes, alcoolisées, etc.).

Ce n'est que tardivement qu'il est indiqué de s'occuper de l'urètre. En général, la miction se fait par le périnée ou se rétablit spontanément par l'urètre une fois le phlegmon incisé.

Toute manœuvre de cathétérisme serait inutile ou dangereuse.

Au bout de quinze jours ou trois semaines, on s'occupera du rétrécissement qui sera dilaté, ou sectionné à l'urétrotome. On laissera une sonde à demeure jusqu'à fermeture de la fistule périnéale.

Infiltration d'urine rare de la loge supérieure ou cellulite pelvienne d'origine urétrale. — Historique. — Il était classique d'admettre, après Voillemier, que l'infiltration d'urine pouvait exister au-dessus de l'aponévrose moyenne, quand l'urètre était ouvert dans sa portion membrano-prostatique. L'urine enfermée entre l'aponévrose moyenne et l'aponévrose pelvienne supérieure, gagnant le plus souvent la fosse ischio-rectale contournait le rectum et apparaissait à la région anale; plus rarement elle montait vers la cavité pelvienne, les fosses iliaques ou fusait dans la région prévésicale.

Nous avons vu que l'infiltration d'urine ainsi comprise mécaniquement n'existe pas et qu'il s'agit toujours d'un phlegmon péri-urétral.

On s'explique donc pourquoi Guyon et Albarran n'ont jamais rencontré l'infiltration d'urine de la loge supérieure. Mais depuis que la pathogénie mécanique a été remplacée par une pathogénie infectieuse on a rattaché aux phlegmons péri-urétraux certaines péricystites, certaines cellulites pelviennes dont le point de départ était urétral.

Déjà Escat (*Ann. des org. urin.*, 1897) et Minet (*Th. de Paris*, 1901) prétendaient que l'ancienne infiltration d'urine au-dessus de l'aponévrose moyenne n'est qu'un phlegmon diffus, une cellulite pelvienne.

Lejars (*Chirurgie d'urgence*, 1900, 2e édition) rapporte un cas d'infiltration d'urine dans la loge supérieure avec tuméfaction de la région hypogastrique.

Aversenq, dans son rapport sur les péricystites (1914), décrit une forme diffuse des péricystites sans insister sur l'origine urétrale possible de quelques-unes d'entre elles. Cependant, on trouve dans ce rapport quelques observations de péricystites apparues chez des malades atteints de rétrécissement urétral; il est vrai que la plupart de ces péricystites étaient, non des plegmons diffus, mais des abcès très étendus se collectant et venant s'ouvrir à la région hypogastrique (observations de Civiale, Legueu, Escat, Segond); l'observation de Solmon seule semble bien être celle d'une péricystite phlegmoneuse diffuse ayant amené la mort. Dans la discussion de ce rapport, Escat insiste encore sur la pseudo-infiltration d'urine de la loge supérieure qui n'est qu'un phlegmon diffus gangréneux et dont il a rencontré un cas guéri par incision périnéale et hypogastrique; Payenneville rapporte une observation de péricystite, pré et latéro-vésicale, avec liquide louche et sanieux, consécutive à une infection urétrale par calcul de l'urètre prostatique et à un cathétérisme difficile.

Heresco aurait également rencontré un cas du même genre, mais son observation manque de précision. C'est le professeur Legueu qui a nettement individualisé cette infiltration d'urine de la loge supérieure ou cellulite pelvienne en publiant dans le *Journal d'urologie* en 1913 un cas de « phlegmon diffus périvésical d'origine prostatique ». Depuis deux autres observations ont été étudiées à la Clinique de Necker par Verliac et Fruchaud-Brin, et Verliac et Charrier (*Bull. de la Soc. d'urol.*, juillet 1920, fév. 1921). Enfin, Lepoutre a présenté à la Société d'urologie (avril 1921) une observation analogue. C'est surtout l'étude de ces quatre observations qui nous permettra de décrire cette forme spéciale d'infiltration d'urine.

Etiologie. — L'étiologie est la même que celle de l'infiltration d'urine basse: rétrécissement de l'urètre antérieur, infection sus-stricturale qui, de l'urètre membraneux et de l'urètre prostatique, gagne les tissus qui entourent l'urètre postérieur.

Exceptionnellement, la cause est toute différente; il s'agit d'une fracture des branches ischio-pubiennes (fracture du bassin dans un grand traumatisme) avec déchirure de l'urètre membraneux. L'infection de l'hématome pelvien et de l'urine épanchée est fréquente si la cystostomie n'a pas été pratiquée précocement et surtout si des tentatives de cathétérisme ont été faites avec une aseptie insuffisante. Notre maître, le professeur Brin (d'Angers), en a rapporté deux observations intéressantes au Congrès d'urologie de 1914.

Anatomie pathologique. — 1. SIÈGE ET EXTENSION DU FOYER PÉRI-URÉTRAL. — Classiquement, l'infiltration d'urine haute gagne les fosses ischio-rectales et peut venir apparaître autour de l'anus dans le péri-

née postérieur. Cette éventualité semble exceptionnelle.

Voici ce que l'on trouve dans la majorité des cas :

Le foyer primitif siège derrière la prostate, entre celle-ci et l'aponévrose prostato-péritonéale; de là le phlegmon peut s'étendre dans différentes directions.

Quelquefois il s'étend vers le bas, le long de l'urètre membraneux ou à travers l'aponévrose moyenne et apparaît alors au périnée sous forme d'une infiltration d'urine banale (trois cas de Motz); ceci prouve que la délimitation entre les deux types d'infiltration haute et basse n'est pas absolue.

En avant, le phlegmon péri-urétral peut fuser sous les faces latérales et la face antérieure de la vessie, perforer l'aponévrose ombilico-prévésicale, envahir la cavité de Retzius et donner des symptômes inflammatoires dans la région hypogastrique.

Mais si l'on s'en rapporte aux observations du professeur Legueu et de ses élèves et à celle de Lepoutre, on voit que l'extension de la cellulite pelvienne typique est différente. Elle se fait vers le haut. Elle s'insinue entre le rectum et la prostate, puis entre le rectum et les vésicules séminales. Parfois même, elle arrive ainsi sous le péritoine qu'elle décolle, et remonte à la face postérieure de la vessie jusqu'à son sommet. En résumé, cette extension dans le sens vertical se fait du bec de la prostate au sommet de la vessie. Mais l'extension du sommet gangréneux peut aussi se faire d'avant en arrière, perforer l'aponévrose prostato-péritonéale dont l'importance dans le phlegmon diffus n'est pas aussi grande que le voulaient Minet et Aversenq; elle envahit alors l'espace pelvi-rectal supérieur, refoule le péritoine latéro-rectal et arrive ainsi jusqu'à la terminaison du méso-sigmoïde. Dans le sens transversal, la cellulite gagne parfois le tissu cellulaire de la fosse iliaque en décollant le péritoine. Enfin, dans l'observation de Lepoutre, le péritoine du Douglas a été perforé et le malade est mort de péritonite.

2. L'aspect de ce phlegmon diffus est nettement gangréneux et sphacélique; nulle part on ne trouve de collection purulente enkystée, il s'agit d'une infiltration œdémateuse, séro-purulente, hémorragique et noirâtre.

3. Relations de ce phlegmon avec l'urètre. — Ces relations sont variables :

a. La prostatite suppurée est signalée parfois comme intermédiaire entre l'infection urétrale et l'infection péri-urétrale; les lésions de la prostate peuvent aller jusqu'à créer une perforation, perforation qui s'ouvre, d'une part dans l'urètre prostatique, d'autre part dans le foyer rétro-prostatique.

b. La prostate est intacte, mais on trouve une perforation qui fait communiquer l'urètre membraneux avec le foyer rétro-prostatique.

c. On ne trouve pas de perforation intermédiaire entre le foyer gangréneux et l'urètre.

Etude clinique. — La caractéristique essentielle de ces phlegmons est leur évolution latente. Ils sont presque toujours méconnus. En général, *aucun phénomène local n'est constaté*; des phénomènes généraux graves seuls attirent l'attention (température élevée, pouls rapide, langue sèche, vomissements, adynamie, subictère, etc.). Mais le sujet est toujours un rétréci infecté, à urines troubles. Ainsi dans les observations publiées la gravité de l'état général fut expliquée de diverses façons avant la mort et la cause véritable méconnue. Tantôt le malade présentait une infiltration d'urine typique au périnée; on ne songea pas à rechercher un autre foyer dans la région rétro-prostato-vésicale. Mais lorsque le foyer périnéal fut largement ouvert, les accidents graves ne rétrocédèrent pas; au contraire, l'état général s'aggrava progressivement et la mort s'ensuivit en quelques jours. Tantôt on ne constata aucune voussure au périnée et on mit la température, la langue sèche sur le compte de l'infection urinaire, de la pyélonéphrite, de l'urémie si fréquentes chez les rétrécis. Dans les deux cas, la cause véritable ne fut découverte qu'à l'autopsie.

Diagnostic. — Cette affection doit être recherchée systématiquement pour ne pas être méconnue. Il importe, en présence de phénomènes généraux graves non expliqués chez un rétréci, de faire soigneusement le toucher rectal qui peut seul déceler un empâtement rétro-prostatique ou latéro-rectal.

Sans doute, si une tuméfaction rouge, un empâtement douloureux, se présentent à l'hypogastre, le diagnostic est facilité; mais cette hypothèse semble se réaliser rarement. L'erreur pourrait consister alors non pas à méconnaître la péricystite, mais à méconnaître la cause : le rétrécissement urétral. Les péricystites, en effet, sont tantôt secondaires à des affections d'ordre urinaire : urètre, prostate, plus souvent vessie; tantôt secondaires à des causes extravésicales : appendicites, annexites, etc. C'est l'interrogatoire, l'examen général du malade et l'exploration de l'urètre et de la vessie qui permettront de préciser la cause de la cellulite pelvienne.

Traitement. — Jusqu'à présent les infiltrations profondes péri-urétro-vésicales chez les rétrécis ont échappé à l'examen clinique. Seuls les phlegmons de la région hypogastrique ont pu être traités chirurgicalement. Si la cellulite pelvienne était décelée, il importerait de le drainer largement, soit par la région hypogastrique quand des phénomènes locaux apparaissent au-dessus du pubis, soit plutôt par une large périnéotomie transversale et décollement interprostato-rectal.

ACTUALITÉS

A PROPOS DE CHAMPIGNONS

Il y a une époque de l'année où il est particulièrement opportun de parler de champignons, c'est quand les récits d'empoisonnements abondent dans les journaux. Nous ne sommes plus — ni pas encore — à une telle saison et cependant je pense que nous avons des raisons actuelles d'en dire quelques mots, ne serait-ce que pour célébrer, à notre manière, la mémoire de Brillat-Savarin, auquel on vient enfin d'élever une statue. Brillat-Savarin était en effet, comme tous les vrais gourmands, grand amateur des champignons et spécialement de la truffe qu'il appelait le « diamant de la cuisine », et il a écrit, à leur sujet, des choses fort sensées et trop oubliées. Les rappeler, en ces jours de bonbance où le parfum de la truffe arrive à maturité, n'est-ce pas une façon de lui rendre hommage?

*
* *

Le mot champignon évoque, chez les médecins, l'idée d'empoisonnement et ils n'ont pas tort. Pour-

tant je m'abstiendrai de traiter ce point, à propos duquel tout a été dit et redit. Il existe beaucoup de petits livres très bien faits, ornés de belles images en couleurs, qui apprennent à reconnaître les champignons, ce qui n'est pas très difficile. En France, on ne compte guère que trois ou quatre espèces mortelles, amanite phalloïde surtout, puis amanites citrine et printanière, volvaire, qui, toutes, se caractérisent par la présence d'une *volve* autour du pied, d'où l'absolue nécessité, quand on procède à la récolte, d'enlever tout le champignon pour rechercher cette particularité. D'autres espèces, amanite panthère, amanite tue-mouche, lactaire vénéneux, russule fourchue, divers bolets, peuvent amener des accidents graves, très graves même, mais n'entraînant pas d'issue fatale. En tout cas, leur nombre est limité par rapport à celui des espèces inoffensives, morilles, chanterelles, clavaires, hydnes, etc. Enfin qui n'apprend vite à distinguer le cèpe parmi les bolets et l'oronge vraie parmi les amanites? Et pourtant les empoisonnements restent presque aussi fréquents et ils se produisent toujours dans les mêmes conditions : ce sont des gens, sans connaissances précises, qui vont eux-mêmes à la cueillette; ils se fient aux apparences, s'en rapportent à leur chance. Quand on leur dit de se méfier ils affirment qu'ils ne se trompent jamais. N'ont-ils pas, au surplus, un moyen infaillible pour découvrir les mauvais champignons, l'épreuve de la pièce d'argent ou de l'oignon qui noircit? Epreuve illusoire, car ni la phalline, ni la muscarine ne se peuvent déceler ainsi, et l'ébullition dans l'eau salée ne fournit pas une garantie meilleure, puisque ces poisons sont très peu solubles. Comment triompher de cette ignorante et dangereuse obstination? Peut-être conviendrait-il, comme le demandait M. AZOULAY, d'apprendre aux enfants de l'école primaire et du lycée à déterminer les champignons; cela leur serait sans doute plus utile que de savoir la composition du plankton et la liste des rois pharaons.

*
* *

Pour que tant de personnes s'exposent délibérément à des risques aussi sérieux, il faut des motifs avantageux. Les voici : le champignon qu'on récolte ne coûte rien; il est un excellent assaisonnement et un aliment savoureux. Sans nous attacher au plaisir de la recherche, que l'on paie parfois si cher, examinons les propriétés nutritives des champignons comestibles.

Donnons d'abord la composition centésimale, à l'état frais, de quelques-uns d'entre eux, d'après A. Gautier.

	TRUFFE NOIRE	CH. DE COUCHE	CÈPE	MORILLE
Eau	70,5	90,5	90,6	90,0
Matières azotées	8,4	4,6	4,9	4,4
Albumines coagulables	0,6	0,7	»	»
Cellulose	5,2	3,2	2,44	2,96
Corps gras (1)	0,55	0,25	0,65	0,56
Mannites et sucres	11,5	1,15	0,6	0,72
Sels	2,14	1,35	0,83	1,36

Au point de vue de la richesse nutritive, les champignons l'emportent donc de beaucoup, non seulement sur les fruits et les légumes herbacés (asperges, choux, céleri, etc.), mais encore sur les tubercules et les racines, tels que navets, carottes, oignons, et s'ils contiennent moins d'hydrates de carbone que la pomme de terre, ils renferment en revanche plus du double (le quadruple pour la truffe) de substances protéiques. En outre, ils présentent une proportion notable de sels de calcium, de sodium, de potassium, de magnésium et de fer, des phosphates, des chlorures, des silicates. Nous arrivons ainsi à cette conclusion que les champignons et, en première ligne, la truffe occupent une place très honorable parmi les aliments végétaux.

Malheureusement, cette place leur est contestée sous le prétexte qu'ils sont indigestes. BRILLAT-SAVARIN avait déjà protesté contre cette accusation. Néanmoins, comme elle semble reposer sur des faits, il importe de la discuter. Si les champignons, si les truffes sont des aliments difficiles à digérer, c'est, dit-on, qu'ils renferment beaucoup de cellulose et que leurs substances protéiques se présentent, pour la plus grande part, sous forme de nucléoalbumines. A quoi on doit répondre : 1° les nucléoalbumines, peu attaquées dans l'estomac, sont entièrement disloquées dans l'intestin normal; autrement caséine du lait et gluten du pain auraient une bien faible valeur nutritive et on sait le contraire; 2° leur teneur en cellulose est très inférieure à celle de la plupart des fruits, poires, prunes, pêches, abricots, cerises, etc. que nul, je pense, n'a considéré comme des aliments indigestes, quand ils sont mûrs à point. Pourquoi la cellulose du cèpe ou de la truffe serait-elle plus nocive que celle de la pêche? L'indigestibilité de ces comestibles est donc un préjugé que quelques analyses coprologiques eussent suffi à dissiper. Cela ne signifie pas que les bons champignons ne soient responsables de troubles digestifs quand ils sont mal mastiqués et mal préparés, raccornis et desséchés, car ils jouent alors le rôle de corps étrangers, contre lesquels l'organisme réagit par les vomissements, la diarrhée, des malaises, des sueurs froides, etc. exactement de la même façon qu'il réagit contre l'abus des fruits verts et des pâtisseries et tout excès notable de nourriture. On peut donc soutenir, pour clore cette discussion, que le champignon, dans les conditions normales de préparation et de consommation, n'est pas plus indigeste que tout autre aliment végétal, mais que, figurant surtout dans les repas plantureux et généreusement arrosés — avec la truffe on ne boit pas de piquette — il prend comme de juste, sa part des inconvénients qu'entraîne l'intempérance.

*
* *

Il semble bien que ce soit là aussi, l'explication du pouvoir aphrodisiaque attribué généralement à la truffe. BRILLAT-SAVARIN a consacré à cette question une assez longue dissertation que résume ce qui suit : « La truffe n'est point un aphrodisiaque positif, écrit-il (1), mais elle peut, en certaines circonstances, rendre les femmes plus tendres et les hommes plus aimables. » En effet, des expériences faites sur des animaux (lapins et chats) avec des extraits aqueux, alcooliques et éthérés de truffe n'ont fourni que des résultats à peu près négatifs, en tout cas bien inférieurs à ceux que procurent les extraits correspondants de céleri, ainsi qu'en témoignent les recherches exécutées sous le contrôle de

(1) Les matières odorantes semblent dissoutes, en particulier chez la truffe, dans une sorte de cholestérine.

(1) *Physiologie du goût*, édit. de 1847, p. 99.

M. HALLION. Et cependant, n'est-il pas prouvé que la truffe, en cabinet particulier avec une charmante femme, donne parfois des idées aux moins imaginatifs ? Mais est-ce la truffe qui agit et par elle-même ? Ne sont-ce pas plutôt les circonstances dont parlait BRILLAT-SAVARIN, l'idée préconçue, la bonne chère, la gaieté, une pointe d'ivresse, tantôt l'incitation du tête-à-tête, tantôt, au contraire, la contagion de l'exemple. Aurélien SCHOLL racontait qu'un de ses amis, ayant mangé d'excellentes truffes en compagnie de sa seule belle-mère, n'en ressentit aucune émotion.

Quelques mots suffisent à tirer la morale de cette histoire : le champignon n'est indigeste que pour celui qui ne sait pas le manger et la truffe aphrodisiaque qu'en faveur de ceux qui, par avance, pensent à la bagatelle. J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1922)

Emploi du bismuth dans la prophylaxie de la syphilis. — MM. R. SAZERAC et C. LEVADITI. Après avoir établi les propriétés curatives du bismuth dans la syphilis, les auteurs ont recherché, avec Issaïcu, si les dérivés bismuthiques agissaient préventivement.

Leurs expériences sur le lapin leur ont montré que le tartrobismuthate de Na et de K jouit de propriétés préventives, lorsqu'il est appliqué sous forme de pommade sur la région infectée, de 1 h. à 4 h. après l'infection; il empêche la maladie chez les animaux exposés à la contamination par contact sexuel; il agit préventivement, lorsqu'on l'injecte à petites doses dans le muscle. Ce sel, ainsi que le lactate de bismuth, administrés par la bouche, retardent manifestement l'éclosion de lésions spirochétiennes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 JANVIER 1922)

Réforme de l'enseignement secondaire et l'hygiène. — M. LINOSSIER présente, au nom de la Commission nommée à cet effet (MM. de Fleury, Bernard, Langlois, Legendre et Linossier), son rapport sur ce sujet.

La durée des classes et études lui semble exagérée, et il propose de la réduire à huit heures jusqu'à la quatrième, à neuf heures dans les classes plus élevées. Les récréations sont insuffisantes et leur utilisation défectueuse. Il préconise l'organisation de jeux de plein air et de travaux manuels.

Le recrutement des classes est critiquable. Elles sont trop peuplées et le professeur y connaît mal ses élèves. Elles ne sont pas homogènes Il serait à souhaiter que, par un filtrage effectif à l'entrée, on les débarrassât des cancres qui y perdent leur temps et font perdre celui des autres.

Les méthodes pédagogiques font un appel trop exclusif à la mémoire verbale. La part faite à l'observation et à la réflexion est insuffisante. Les connaissances acquises par la seule mémoire sont superficielles et fugitives.

Les professeurs sont trop nombreux; ils éparpillent l'attention des élèves; aucun n'a avec eux un contact suffisamment prolongé pour être vraiment « le maître ».

M. Linossier ne veut étudier les programmes que du point de vue de l'hygiène des écoliers. Il se plaint de leur surcharge. Celle-ci a toujours existé, mais elle s'est aggravée quand, en 1902, on a cherché à adapter l'enseignement à l'évolution de la société moderne. On y a introduit largement sciences et langues vivantes, sans restreindre dans une proportion égale la part des humanités classiques. On a ajouté plus qu'on a retranché. Et le Conseil supérieur parle d'ajouter encore !

On reproche aux programmes d'être encyclopédique. Étant donnée notre conception actuelle de l'enseignement secondaire, ils ne peuvent ne pas l'être, puisqu'ils doivent embrasser l'ensemble des connaissances humaines. Leur véritable défaut est de s'encombrer de détails inutiles qui ne peuvent intéresser que les spécialistes. Les professeurs, les manuels scolaires contribuent à accentuer les vices des programmes officiels.

Ces programmes sont d'ailleurs mal adaptés à l'âge et au développement intellectuel des élèves, parce que ceux-ci ont en moyenne un an de moins que n'avaient prévu les réformateurs de 1902.

M. Linossier demande que seules soient conservées dans les programmes les notions générales qui jouent un rôle dans l'orientation de la pensée humaine; celles que leur caractère pratique rend indispensables à tout homme instruit; celles dont la valeur éducative est bien établie.

Enfin, le rôle du médecin du lycée est trop exclusivement limité au traitement des élèves malades. Il devrait être auprès du proviseur un conseiller technique obligatoirement consulté dans toutes les questions intéressant l'hygiène.

M. Linossier propose à l'Académie, pour être soumis au Parlement, un certain nombre de vœux sur lesquels on votera, après discussion, dans une prochaine séance.

Second rapport de M. LANGLOIS sur la même question, rapport qui semble se trouver d'accord avec celui de M. Linossier au sujet des réformes à proposer.

Vaccination antityphoïdique. — MM. LOIR et LEGANGNEUR communiquent les résultats d'une enquête sur ce sujet.

M. CHAUFFARD fait observer que les observations de MM. Loir et Legangneur présentent un réel intérêt et qu'elles confirment celles qu'il a lui-même présentées sur les notions acquises pendant la guerre et qui ont démontré l'efficacité de la vaccination antityphoïdique au point de vue préventif, la fièvre typhoïde n'ayant atteint que les sujets non vaccinés.

Mesure de la surface cutanée. — M. ROUSSY présente un travail original sur « la mesure de la surface cutanée du cheval au moyen de la loi géométrique de la surface cutanée de l'homme », loi que cet auteur a découverte et publiée avant la guerre, au cours de ses recherches sur la « métrostatique anatomique ».

Cette nouvelle méthode, parfaitement conforme aux principes de la géométrie, permet d'obtenir sûrement et en peu de temps la surface cherchée qui confine à l'exactitude. Convenablement appliquée, l'erreur peut n'être, en effet, que de quelques centimètres carrés seulement.

Cette loi, dont la connaissance est aussi nécessaire aux vétérinaires et aux médecins praticiens, qu'aux physiologistes et aux anatomistes, est une des bases les plus fondamentales (et même la base la plus fondamentale) de la mécanique animale, et, conséquemment, de la vraie science médicale de l'avenir.

Elle doit avoir aussi de nombreuses applications pratiques dans l'industrie et le commerce, et cela d'autant plus qu'il ne semble pas impossible de simplifier la méthode et de la rendre encore plus pratique.

M. Roussy conclut :

« Les résultats déjà obtenus sont, certes, très encourageants. Mais ils seraient plus nombreux si mes recherches, mes efforts, n'avaient pas toujours été paralysés par toutes sortes de graves difficultés évitables ; si, enfin, j'avais pu travailler en toute liberté, au moins avec les ressources élémentaires les plus nécessaires.

Quand donc un tel idéal pourra-t-il être, enfin, réalisé?

Quand donc fera-t-on cesser cette pernicieuse misère des laboratoires de recherches scientifiques?

Cette misère est évidemment glorieuse pour le chercheur persévérant qui la subit et en souffre bravement, mais elle ne comporte aucun honneur pour ceux qui l'imposent ou la tolèrent, tout en l'exploitant ou en en profitant largement !

Cette misère stérilisante est aussi préjudiciable aux intérêts matériels qu'aux intérêts intellectuels et moraux de notre nation et de l'humanité!

Quant à moi, je ne cesserai jamais de répéter mes vieilles formules :

La recherche scientifique étant une mine d'une richesse

inépuisable, encore presque inexploitée, il faut l'organiser et l'exploiter puissamment;

Tout par la science, tout pour la science. »

Essai de tonométrie des liquides gastriques. — M. PRON.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 JANVIER 1921)

MM. ROBINEAU et R.-A. GUTMANN présentent un malade atteint de **lombarthrie typique** cliniquement et radioscopiquement. Cette lombarthrie paraît l'aboutissant d'une infection due à un anthrax au cours duquel le syndrome s'est établi rapidement.

Devant l'échec de toute thérapeutique médicale contre des douleurs de plus en plus vives, le malade a été opéré par résection des lames vertébrales et dégagement des troncs de conjugaison.

La guérison fut immédiate.

Les auteurs étudient ensuite les arthrites vertébrales à staphylocoques.

Anévrisme pariétal du cœur. — MM. SÉZARY et ALIBERT rapportent l'observation d'un malade de trente-cinq ans atteint d'un anévrisme du cœur confirmé par l'examen radiologique.

Les auteurs insistent sur la douleur apexienne, non angineuse, dont le malade souffre seulement à l'occasion des efforts et sur la douleur provoquée en un point précis, audessous de la pointe du cœur.

Ces symptômes déjà notés semblent avoir une valeur séméiologique importante. Aucun autre signe physique qu'un état particulier du premier bruit à la pointe.

Cet anévrisme est vraisemblablement de nature syphilitique.

Un cas de diabète apparu quelques jours après un chancre syphilitique. — MM. M. VILLARET et Paul BLUM relatent l'observation d'un homme de quarante-cinq ans, normal jusque-là, qui, quelques jours après un chancre (démontré syphilitique par le Wassermann et les accidents secondaires), vit se produire chez lui du diabète avec 422 grammes par vingt-quatre heures avec un certain degré d'acétonurie. Ces accidents s'améliorèrent rapidement sous l'influence d'un traitement par le cyanure de mercure. On ne constata pas chez ce sujet de signes objectifs de lésions du système nerveux, non plus que de manifestations de déficit hépatique ou pancréatique.

Œdème pesteux primitif. — M. DELAMARE rapporte un cas dans lequel la sérosité hémorragique a permis de déceler un streptococcus conglomeratus avirulent.

Stomatite bismuthite. — MM. MILIAN et PÉRIN insistent sur la fréquence de la stomatite à la suite de l'injection, tous les deux jours, de 20 centigrammes de tartro-bismuthate. Ils distinguent trois degrés : le liséré gingival, les taches pigmentaires, l'ulcération.

Le pronostic de cette stomatite est en général bénin.

Syndrome nerveux organique à allure d'hémiplégie organique. — MM. BRUHL, LÉVY et JOANNY rapportent l'observation suivante :

Une jeune femme de vingt et un ans est prise brusquement d'une hémiplégie droite sans aphasie se manifestant par une paralysie faciale périphérique droite avec spasme glossolabié et une contracture des membres associée à de l'hémihypoesthésie. Les réflexes étaient exagérés mais il n'y avait ni clonus, ni signe de Babinski.

Or, la parésie et l'hémihypoesthésie des membres régressèrent en deux jours, ainsi que le spasme glosso-labié.

L'hémiplégie faciale droite persiste et se complique bientôt d'une paralysie faciale gauche qui persiste encore ébauchée. La malade est syphilitique. Bien que cette syphilis date de six mois et ait été correctement traitée, le liquide rachidien était hyperalbumineux, riche en éléments cellulaires. Le Bordet-Wassermann, d'abord négatif, devint ultérieurement positif, alors que dans le sang il est resté constamment négatif.

Il s'agit d'un syndrome organique constitué d'une hémicontracture passagère ayant rapidement régressé et d'une diplégie faciale plus durable.

Purpura hémorragique mortel dû à une intoxication professionnelle par les vapeurs de benzol. — MM. Ch. FLANDIN et J. ROBERTI rapportent l'observation d'une malade morte de purpura hémorragique aigu avec fièvre, anémie intense, leucopénie et disparition presque totale des polynucléaires. Ce cas était le quatrième cas d'intoxication se produisant dans un atelier où se dégageaient les vapeurs de benzol.

Les auteurs, après avoir rappelé les caractères des intoxications par le benzol, indiquent les mesures pratiques à prendre pour éviter ces accidents professionnels.

Un cas de myoclonie-épilepsie. — MM. Jean ABADIE et MOLIN DE TEYSSIEU (de Bordeaux) publient un exemple de cette affection rare (il n'en existe qu'une soixantaine de cas dans la littérature médicale). Il s'agit d'un cas typique, observé chez un jeune homme de dix-neuf ans : le début s'est fait à l'âge de six ans par la myoclonie, et c'est onze ans après qu'est apparue l'épilepsie. Contrairement à ce qui se voit dans nombre d'observations, ce cas n'est pas familial.

Un cas d'éventration diaphragmatique. — MM. LOUSTE et FATOU communiquent l'observation d'un homme âgé de cinquante-neuf ans chez lequel ils avaient cru pouvoir diagnostiquer une hernie diaphragmatique gauche : l'estomac et le côlon se détachaient en plein thorax. Le cœur était refoulé à droite. Une thoraco-laparotomie, faite par MM. Robineau et J. Quénu, montra une tuberculose pleuro-péritonéale très avancée. A l'autopsie, on reconnut que le diaphragme avait été non pas traversé, mais refoulé jusqu'à la troisième côte; il s'agissait d'une affection connue depuis Cruveilhier (1849) sous le nom d'éventration diaphragmatique. La première observation due à Jean-Louis Petit date de 1774.

A propos de leur fait personnel, les auteurs passent en revue les principales particularités de l'éventration du diaphragme dont ils ont relevé une centaine de cas dans les diverses littératures. Ils discutent l'origine congénitale ou acquise de la lésion, énumèrent les éléments du diagnostic différentiel entre la hernie et l'éventration et apportent une classification anatomique neuve distinguant des formes totale, partielle et diverticulaire. Il en résulte que la question du traitement est envisagée sous un jour nouveau. Toutes ces données sont extraites d'un mémoire plus important encore inédit.

Accidents graves de la vaccination jennérienne au cours de certaines lymphadénies. — MM. Félix RAMOND, Ch. JACQUELIN et BORRIEN. La vaccination jennérienne peut être appliquée à peu près dans tous les cas, en dehors, bien entendu, des pyrexies aiguës et des cachexies trop avancées. Dans la pratique, la seule contre-indication résulte de l'existence préalable d'une dermite infectée.

Les auteurs ont eu l'occasion d'observer des accidents fort graves chez trois lymphadéniques chroniques; chez deux d'entre eux où la lymphadénie se compliquait de leucémie lymphoïde, la mort survint en une douzaine de jours après une violente réaction locale œdémateuse, non douloureuse.

Chez celui qui n'avait que de la lymphadénie les accidents furent sérieux, quoique non mortels, et ils paraissent bien dus à une exacerbation de la lymphadénie par le virus vaccinal, et non à une infection vaccinale proprement dite.

Il faut donc être réservé dans la vaccination ou revaccination des lymphadéniques, surtout des lymphadéniques leucémiques.

Les auteurs remarquent, en terminant, que la vaccine est une infection à réaction leucémique atténuée; cette constatation peut expliquer en partie la gravité des accidents.

Elections. — A l'unanimité des suffrages, sont nommés :

Membres titulaires de la Société : MM. Chabrol, Duvoir et Faroy.

Membres correspondants : MM. Delamare et Abadie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1922)

Mésentérite. — M. Mauclaire fait un rapport sur une observation de M. Duvergey (de Bordeaux). Il s'agit d'un homme de quarante-sept ans qui avait eu antérieurement des troubles intestinaux, des poussées d'entérites, lorsqu'en 1918, il fut pris de phénomènes d'obstruction intestinale. M. Duvergey ne put l'opérer que neuf jours après le début de ces accidents. Il trouve des anses intestinales dilatées et la terminaison du grêle rétrécie. Il y avait de nombreuses adhérences du mésentère qui se trouvait accolé au rachis, il y avait de nombreuses fausses membranes qui, avec les adhérences, rendaient impossible toute libération.

M. Duvergey fit un anus artificiel. Le malade succomba. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'une mésentérite tuberculeuse.

Absence congénitale de vagin. Opération de Baldwin-Mori. — M. Anselme Schwartz fait un rapport sur une observation adressée par M. Cléret (de Chambéry) relative à une femme qui présentait une absence de vagin et chez laquelle, après une castration totale, il a pu reconstituer un vagin à l'aide d'un anse d'intestin grêle, préalablement réséqué, avec réunion bout à bout des deux portions de l'intestin.

M. Schwartz rapproche de ce fait une observation personnelle dans laquelle il a eu recours à la même opération. Il y a eu sphacèle de l'anse abattu. Il y avait un mésentère gras.

M. Baumgartner, dans un cas où il y avait absence de vagin et d'utérus et présence de ganglions mésocoliques, a eu quelque peine à abaisser le mésentère à la vulve.

Pancréatite aiguë hémorragique. — M. A. Schwartz rapporte une observation de MM. Phelip (de Vichy) et le professeur Policard. Une femme de quarante-cinq ans présentait une masse indurée dans la fosse iliaque gauche. Cette malade fut prise brusquement de vives douleurs. Laparotomie d'urgence, liquide hématique, côlon descendant dilaté, pancréas dur, pas de calculs. Il s'agissait d'une nécrose du pancréas, d'origine lithiasique. Drainage et drainage consécutif des voies biliaires.

Plaie transfixiante du cœur par balle. Opération. Guérison. — M. Capette.

Plaie du cœur par coup de couteau. Cardiorraphie. Transfusion du sang. Guérison. — M. Robert Monod. Rapport de M Riche.

La ténotomie du psoas par voie fémorale antéro-interne paravasculaire. — MM. Denucé et Ch. Lasserre (de Bordeaux).

Ligature de la veine ophtalmique dans le traitement de l'exophtalmos pulsatile. — M. Albert Cauchoix.

Traitement ostéosynthétique des fractures des diaphyses par le fixateur externe et la ligature. — M. S. Juvara.

Epithélioma nævique. — M. T. de Martel. Présentation de malade.

Nouvelle boîte pour la stérilisation des pansements. — M. Boury. Présentation d'appareil.

— M. Riche demande l'honorariat.

— M. le Président déclare une place vacante de membre titulaire.

Election. — La Société procède à l'élection de huit membres correspondants nationaux.

Sont élus : MM. Rastouil (de La Rochelle), Lagoutte (du Creusot), N ndrot (de Montargis), Curtillet (d'Alger), Duguet (de l'armée), Phelip (de Vichy), Brun (de Tunis) et A. Chalier (de Lyon).

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1921)

Appareils. — M. Etienne. Présentation de : 1° un appareil plâtré de coxalgie; 2° un appareil plâtré pour fracture de l'avant-bras.

Maladie du Thomsen. — MM. Rimbaud et Jourdan. Présentation de malade.

La fin d'un hémophile par hémorragie méningée. — M. Rimbaud. Un hémophile de quarante ans, qui a présenté autrefois de nombreuses hémorragies, réalise, à la suite d'un traumatisme crânien une abondante hémorragie méningée avec douleur frontale, coma, et liquide céphalo-rachidien très sanglant. C'est une modalité peu commune de la fin des hémophiles.

Abcès du sein par ombilication du mamelon. — M. Lauze.

Sclérème du nourrisson et allaitement naturel. — M. C. Gueit.

Erysipèle de la face. Complications oculaires multiples autovaccinothérapie. — MM. Carrère et Pagès. Un homme de soixante-douze ans présente, au neuvième jour d'un érysipèle de la face, une amaurose de l'œil gauche. Cet œil est en exophtalmie légère et présente du chémosis.

L'examen ophtalmoscopique permet de diagnostiquer une névrite optique au stade de papillite. Cette névrite évolue, en trois jours, vers l'atrophie optique complète. L'œil gauche a été atteint, en outre, d'irido-cyclite exsudative et d'anesthésie persistante de la cornée.

L'état général très grave et l'état local ont été rapidement améliorés par l'autovaccinothérapie.

Hémorragies mortelles dues à des varices œsophagiennes chez un diabétique avec cancer du pancréas. — MM. Ducamp, Carrieu, Gueit et Janbon. — Présentation de pièces.

NOTES DE PRATIQUE

ANÉMIE DE LA CROISSANCE

Associer les deux médications ferrugineuse et arsenicale.

1° A chacun des deux principaux repas, prendre deux pilules de :

Tartrate ferrico-potassique..........	10 gr.
Extrait de gentiane..................	8 gr.
Extrait thébaïque.................. } Extrait de noix vomique........... }	0g25

F. s. a. 100 pilules.

2° Avant chaque repas, prendre, dans un peu d'eau, v à x gouttes de Vanadarsine qui stimule à la fois les fonctions digestives et les combustions organiques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les maladies infectieuses pendant la guerre, par H. Dopter, professeur au Val-de-Grâce, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 de la Collection « Les Questions actuelles », dirigée par MM. E. Borel et G. Dumas, professeurs à la Sorbonne. Prix : 9 fr. net. — Paris, F. Alcan.

Histoire des violations du traité de paix, par le Dr Lucien-Graux. 1 vol. gr. in-16, 380 pages. Prix : 8 fr. net. — Paris, Les Editions G. Crès et Cie, 21, rue Hautefeuille.

Tarif des frais médicaux en matière d'accidents du travail (Tarif Breton), mis à jour au 1er novembre 1921. 1 fascic. in-12 (format de poche), de 58 pages. Prix, broché : 1 fr. 50. — Paris, A. Poinat, 21, rue Cassette.

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 27 mars 1922, à 9 heures du matin, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), de 14 à 17 heures, du lundi 27 février au samedi 11 mars 1922 inclusivement.

— Un concours pour la nomination à deux places d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le mercredi 26 avril 1922, à 9 heures du matin, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, du lundi 20 mars 1922 au jeudi 5 avril inclusivement, de 14 à 17 heures, dimanches et fêtes exceptés.

— Concours des prix de l'internat. (*Médecine.*) — *Epreuve écrite.* — Question donnée : « Globules rouges. Syndromes surrénaux. »

MM. Deschamps, 28; Gardin et Jacquelin, 29.

Résultats des épreuves :

MM. Gardin, 30 + 20 + 29 = 79; Jacquelin, 29 + 20 + 29 = 78; Deschamps, 29 + 17 + 28 = 74.

(*Chirurgie et accouchements.*) — Notes obtenues pour le mémoire :

MM. Ducastaing et Michon, 27; Thouvenin, 20.

Oral. — Question donnée : « Epanchements sanguins traumatiques intracraniens. »

MM. Ducastaing, 16; Michon, 18.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 21 janvier. — Questions données : « Signes et formes cliniques des hémoptysies tuberculeuses. — Fractures du rocher. »

MM. Ameline, 15; Grenaudier, 14, Seillé, 13; Mlle de Sèze et MM. Denis (Maurice), 12 1/2; Lepaumier, 11; Lejard, 14 1/2, Agnès, 10; Demerliac, 8; Baranger (J.), 11 1/2.

— Répartition dans les services hospitalier de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1922-1923. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui seront nommés à la suite des concours actuellement ouverts sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'administration pour l'année 1922-1923, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 15 février 1922) : internes et internes provisoires, le lundi 13 février, à 14 heures.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 1er mars 1922) : externes nommés avant la guerre et externes nommés au concours militaire de 1919, le samedi 18 février, à 14 heures; externes nommés au 1er concours de 1920, le lundi 20 février, à 14 heures; externes nommés au 2e concours de 1920, le mercredi 22 février, à 14 heures; externes nommés au concours de 1921, le vendredi 24 février, à 14 heures.

N. B. — MM. les élèves sont appelés suivant leur ordre de classement aux concours.

REMISE D'UNE MÉDAILLE A M. NETTER. — Dimanche dernier, à l'hôpital Trousseau, cérémonie tout intime. Collègues, amis et disciples de M. Netter s'étaient réunis pour lui remettre une médaille due au talent du graveur Prudhomme. Plusieurs discours : de M. Schwartz, son ancien chef de conférences, Alsacien comme lui, et qui, pendant près d'un demi-siècle, a pu croire qu'ils mourraient, l'un et l'autre, avant d'avoir vu l'Alsace reconquise; de M. Whrigt, dont le français élégant se nuance, pour le plus grand plaisir de l'auditoire, de tant d'humour britannique; du professeur Weill, chargé d'apporter au Maître parisien le salut de l'Ecole lyonnaise; de MM. Béclère et Menetrier, ses compagnons d'études; de M. Ribadeau-Dumas, au nom des élèves. Tous célèbrent, en termes heureux, les rares qualités qui ont permis à M. Netter d'édifier une œuvre si for-

midable que, comme le dit spirituellement l'un d'eux, on se sent tout essoufflé rien que d'en avoir fait le tour; ils exposent les classiques recherches qu'il a consacrées au pneumocoque, aux infections paratyphoïdiques, à la poliomyélite, à la méningite cérébro-spinale, à l'encéphalite léthargique; ils n'ont garde d'oublier que, chez lui, l'homme ne le cède en rien au savant, et que la dignité de sa vie, l'indépendance de son caractère, son parfait désintéressement comme sa fidélité aux amitiés de sa jeunesse lui ont valu d'être entouré du respect de tous. M. Netter répond en quelques mots émus; il rappelle ce qu'il doit à ses « patrons », et surtout à Jaccoud, à ses internes, dont les entretiens lui ont été si souvent profitables, à tous ceux qui l'ont aidé dans ses enquêtes. Belle fête de famille, à laquelle l'Assistance publique s'était fait représenter, et que l'on avait eu la bonne idée d'organiser dans cet hôpital où, vingt-six ans durant, M. Netter s'est donné tout entier à l'enfance souffrante, et où, émule du regretté Triboulet, et continuateur de Bergeron, il a exercé son apostolat.

L. BABONNEIX.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Lamblin et Desbonnets (pour deux ans) et de M. Delegrange (pour un an).

— Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Picquet, Dujardin, Buisine, Butin, Savoie, Mareschal, Vincent et Godin (pour deux ans); MM. Philippe, Savage, Brébant, Doby, Wigniolle et Dumont (pour un an).

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Florentin, Ribo, Voirin, Bing, Oustaniol et Paon. (*J. O.*, 21 janv. 1922.)

Le **SYNDICAT DES MÉDECINS DE RHONE** vient de procéder à l'élection de son bureau et de sa chambre syndicale pour 1922.

Ont été nommés : président, M. Michon; vice-président pour Lyon, M. Frappaz; vice-président pour le département, M. Michel (l'Arbresle); trésorier, M. Diot; trésorier adjoint, M. Bussy; secrétaire général, M. Francillon; secrétaires adjoints, MM. Phélip et J. Lacassagne; rédacteur en chef, M. Martin (Etienne); secrétaire de la rédaction, M. Bolliet; secrétaires des séances, MM. Faisant, J. Haour, Lemoine; archiviste, M. Coste-Labaume.

Assesseurs : Lyon, MM. Audier, Darmezin, Mazel, Paillasse, Rivière.

Arrondissement de Lyon : MM. Rondet (de Neuville-sur-Saône), Reure (de Saint-Genis-Laval), Crozat (de Givors).

Arrondissement de Villefranche : MM. Gauthier neveu (de Villefranche), Giraud (Beaujeu), Bonnet (de Tarare), Gonsolin (de Lamure-sur-Azergues), Allemand (Cours).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ENCORE UNE NOUVELLE LOI PROVISOIRE SUR LES LOYERS

LOI DU 6 JANVIER 1922

Dans la *Gazette des hôpitaux* (1921, n° 61, p. 962), nous avons fait connaître qu'à la suite de la loi provisoire du 1er mars 1921, le législateur avait voté une nouvelle loi provisoire portant la date du 16 juillet 1921, en attendant le vote de la loi définitive qui devait consacrer le retour au droit commun, ou tout au moins édicter des mesures qui mettraient fin à cet état d'instabilité dans lequel nous vivons, au sujet des baux à loyer, depuis si longtemps. Cette loi définitive n'a pu être encore paru; le projet de loi est actuellement soumis aux délibérations du Sénat, après un vote de la Chambre des députés. L'accord ne semble pas être fait entre les deux assemblées.

Aussi a-t-il fallu recourir, de nouveau, au vote d'une nouvelle loi provisoire. Elle porte la date du 6 janvier 1922, et a été promulguée au *Journal officiel* du 7 janvier suivant. Elle est intitulée loi *tendant à surseoir aux expulsions de locataires.*

1. Son article 1er est ainsi conçu : « Dans tous les cas où il n'est pas intervenu une décision judiciaire définitive et en l'absence d'une convention expresse entre les parties, *il sera sursis jusqu'au 1er avril 1922, à l'expulsion des locataires de bonne foi,* tels qu'ils sont définis par l'article 1er de la loi du 1er mars 1921, aux conditions suivantes :

1° Justifier qu'ils ont exécuté toutes les conditions imposées par leur contrat, par les usages locaux ou par décision judiciaire;

2° Occuper ou s'engager à occuper, dans la plus grande partie, l'immeuble donné à bail, soit par eux-mêmes, soit par les membres de leur famille qui l'occupaient antérieurement avec eux.

3° Prendre l'engagement de payer, pendant toute la durée de la prorogation, en sus du loyer actuel, la majoration qui, à défaut d'accord amiable, sera fixée par le président statuant en référé ou par le juge de paix pour les loyers inférieurs à 600 francs, compte tenu des augmentations antérieures. »

C'est la répétition des conditions exigées par les lois du 1er mars 1921 et du 16 juillet 1921. La loi du 1er mars décidait que le maintien ne pouvait avoir lieu qu'en payant une somme supplémentaire, en sus des loyers, compte tenu des charges subies par le propriétaire; dans la nouvelle loi provisoire, le juge doit tenir compte, pour fixer la majoration, des augmentations antérieures, c'est-à-dire de celles prononcées en vertu de la loi du 1er mars 1921 et de la loi du 16 juillet 1921.

Il est nettement spécifié dans les dispositions nouvelles que le maintien ne peut être accordé à ceux contre lesquels existe une décision judiciaire définitive, c'est-à-dire contre laquelle aucune voie de recours ne peut être formée, décision prononçant notamment l'expulsion, ni à ceux qui sont liés par une convention expresse, aux termes de laquelle, par exemple, ils doivent quitter les lieux loués à une date déterminée.

La loi ne laisse pas une faculté au juge, lorsqu'on se trouve en présence d'un locataire de bonne foi qui a rempli les engagements qu'il a pris ou qui lui ont été imposés; « *il sera sursis* jusqu'au 1er avril 1922 à l'expulsion... » dit la loi.

2. Il est à remarquer que la loi nouvelle ne reproduit pas les divers cas prévus par les lois antérieures où l'article 1er qui vient d'être indiqué ne peut pas être invoquée. Elle dit simplement dans son article 3 :

« Les dispositions de l'article 1er ne sont pas applicables au propriétaire qui justifiera de la nécessité d'occuper réellement le local à titre d'habitation par lui-même ou par des ascendants ou descendants ou par les ascendants ou descendants de son conjoint. »

Elle n'indique pas non plus le délai dans lequel il faudra agir; il faut en conclure que la demande pourra être portée devant le juge pendant toute la durée du temps où le sursis peut être accordé.

L'article 2 déclare que la loi « est applicable à Paris, dans le département de la Seine et dans un rayon de 50 kilomètres des fortifications de Paris ainsi que dans les communes de 10.000 habitants et au-dessus, dans les localités où le dernier recensement aura révélé un accroissement de population et dans les localités dont le pourcentage de destruction par le fait de guerre est supérieur à 20 p. 100 au moment de la promulgation de la loi ». Aux termes de l'article 4, la loi s'applique à l'Algérie.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.


FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A PROPOS
DE
LA PATHOGÉNIE DE LA MOLE HYDATIFORME

MOLE HYDATIFORME ET LÉSIONS OVARIENNES

Par MM. ROUX,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier.
et MILHAUD (GEORGES),
Prosecteur à la Faculté, Interne des hôpitaux.

(Travail du service de la Clinique chirurgicale du Professeur FORGUE.*)*

La môle hydatiforme, appelée encore hydropisie des villosités choriales, môle vésiculaire, dégénérescence kystique du placenta, est une dégénérescence spéciale des villosités qui donne au placenta l'aspect de kystes multiloculaires (Brindeau). Cette définition anatomique est celle qui convient le mieux, mais il faut ajouter que la môle est une tumeur épithéliale. Si elle est le plus souvent bénigne, elle n'en présente pas moins dans certains cas une évolution qui doit la faire entrer dans le groupe des tumeurs épithéliales malignes. L'évolution vers le placentome malin n'est pas exceptionnelle; les métastases sont fréquentes et constituent l'un des caractères les plus typiques de la tumeur dégénérée.

Si l'accord est pour ainsi dire parfait sur les chapitres clinique et anatomo-pathologique, il n'en est pas de même sur le chapitre de la pathogénie. Nombreuses sont les théories émises. Nous ne ferons que les rappeler, car la plupart n'ont aucune valeur, si ce n'est d'appartenir à l'histoire d'une affection essentiellement rare.

1° La môle est indépendante de la grossesse, disent certains auteurs; théorie insoutenable si l'on étudie tous les cas de môle qui se rattachent nettement à la grossesse et dont les caractères anatomo-pathologiques montrent qu'elle est une dégénérescence des villosités choriales;

2° La môle est constituée par des œufs non fécondés;

3° La môle est une grossesse dégénérée résultant d'un affaiblissement du sperme en quantité ou en qualité, ou d'une altération des sécrétions maternelles (??);

4° La môle est une maladie de la caduque;

5° La môle est constituée par des vésicules hydatiques;

6° La môle est une maladie de l'œuf, de l'amnios pour les uns, du placenta ou du chorion pour les autres;

7° La môle est une maladie des villosités choriales. C'est une hydropisie pour Cayla, une dégénérescence myxomateuse pour Virchow, une lésion épithéliale pour la plupart des auteurs actuels.

A la lumière de l'anatomie pathologique il semble, en effet, qu'on doive considérer la môle comme une dégénérescence épithéliale spéciale des villosités choriales.

Mais le problème demeure irrésolu lorsqu'il s'agit de déterminer quel est le *primum movens* de cette dégénérescence. La solution est d'autant plus ardue que la môle est une affection plus rare, et que seuls doivent être retenus les cas dans lesquels il a été possible de faire un examen complet de l'appareil reproducteur. Nul doute, en effet, qu'il ne faille chercher dans cet appareil lui-même la cause de la dégénérescence du chorion.

Cette dégénérescence est-elle sous la dépendance de lésions utérines? C'est peu probable. Bien que l'on ne puisse rejeter, a priori, que l'endométrite si fréquente, ne constitue une gêne au développement normal de l'œuf. Mais, n'est-il pas plus logique de penser que la nidation de l'œuf, est régie par le système nerveux sympathique et, que les troubles de la nidation sont la conséquence d'un trouble dans le fonctionnement de ce système nerveux sympathique, si important au niveau de l'appareil utéro-ovarien? Lorsqu'on recherche dans la littérature les cas de môle, dans lesquels on a pu faire l'examen de tout l'appareil utéro-ovarien, on voit que les auteurs signalent assez souvent des lésions concomitantes des ovaires (Wallart et Hermann. *Centralbl. f. Gyn.*, 1905). Pour certains, l'ovarite scléro-kystique, dont l'étude a été faite de façon si complète par MM. Forgue et Massabuau, devrait être incriminée comme la cause de la môle. Les corps jaunes malades produiraient des troubles de la nidation. Celle-ci n'étant plus réglée comme normalement, est-il déraisonnable de penser que la multiplication cellulaire du chorion se fait alors de façon désordonnée, et est-il déraisonnable de penser aussi que, c'est par le système sympathique défaillant que se produit cette dégénérescence?

Mais ce n'est pas seulement avec l'ovarite scléro-kystique que l'on rencontre la môle hydatiforme. On la rencontre aussi avec des kystes lutéiniques de l'ovaire, témoins les cas rapportés par Potocki à la Société d'obstétrique et de gynécologie dans la séance du 12 juillet 1920 (trois observations de môle coexistant avec des ovaires à kystes lutéiniques).

Récemment, Loriot, dans une thèse de Montpellier, a signalé des kystes lutéiniques coexistant avec la môle hydatiforme. L'auteur pense que ces kystes sont sous la dépendance de la môle et régressent souvent après expulsion de la tumeur.

L'observation suivante est un cas de môle avec kystes multiloculaires non lutéiniques.

Cette môle, histologiquement bénigne, a cependant commandé l'hystérectomie par l'abondance des hémorragies.

Rose U..., vingt-quatre ans, entre d'urgence dans le service de clinique de M. le professeur Forgue le 23 juin 1921. Sans antécédents personnels, ni héréditaires, la malade est amenée pour avortement molaire.

Le 10 mars dernier les règles normales apparaissent et durent quatre jours comme d'habitude, peu abondantes, sans caillots. Bientôt surviennent des signes de grossesse (malaises, arrêt des règles). L'état général reste d'ailleurs excellent.

Le 10 mai, écoulement par la vulve de liquide rougeâtre. C'est un écoulement continu, ne prenant pas le caractère d'une hémorragie véritable. Pas d'expulsion de membranes. Cet écoulement ne coïncide avec aucun traumatisme et la malade accuse seulement une émotion.

Avec cet écoulement apparaissent des nausées et des vomissements après les repas. Pas de température, état général bon; pas de signes de réaction péritonéale, mais douleurs intermittentes, peu intenses dans les deux fosses iliaques.

Bientôt perte de l'appétit.

En dépit de ces troubles, la malade se lève, marche, fait son ménage, cependant que l'écoulement continue par la vulve, et elle ne se résout à un repos de quinze jours au lit que sur l'ordre formel de son médecin.

Brusquement, dans la nuit du 21 au 22 juin 1921, hémorragie abondante avec des caillots. Pas de membranes. Cinq heures après, expulsion d'une môle hydatiforme (vérifiée par le médecin traitant). Le volume de cette môle était une tête

d'adulte. De nombreuses vésicules ont été expulsées par la suite.

Un curage digital et une injection intra-utérine sous anesthésie ont été pratiqués. Mais l'utérus n'involue pas et les pertes de sang continuent.

Le 23 juin, jour d'entrée à l'hôpital, le toucher révèle un col mou, ouvert, dans lequel le doigt pénètre facilement. On sent des masses saignantes, molles. L'utérus affleure l'ombilic, est dur et mobile. Le doigt ramène des vésicules.

On ordonne le repos et des injections, et on surveille l'involution utérine.

Le 26, l'état étant stationnaire, on essaye un curettage prudent à la curette de Wallich. Mais, au premier coup de curette, un flot de sang abondant, presque en jet, s'échappe de l'utérus. On juge bon de ne pas insister, et on tamponne. La malade est laissée en observation jusqu'au 2 juillet. A ce moment l'état de l'utérus étant toujours stationnaire et les pertes provoquant une anémie de plus en plus marquée, on décide de pratiquer l'hystérectomie.

L'opération a lieu sous rachi-anesthésie à la syncaïne Clin à 8 p. 100 (0,12 centigrammes). Hystérectomie subtotale classique, suivant la méthode habituelle du professeur Forgue.

Suites parfaites.

L'examen des pièces est particulièrement intéressant et instructif.

L'utérus n'a pas involué depuis l'arrivée de la malade. Il mesure en hauteur 16 centimètres et en largeur 12 centimètres. Les deux ovaires ont subi une dégénérescence kystique totale. L'ovaire polykystique gauche mesure 11 centimètres sur 7. L'ovaire polykystique droit mesure 9 centimètres sur 6. Celui-ci s'est tordu de 180 degrés.

L'utérus est resté dans son ensemble très mou. On incise sur le grand axe médian antérieur. La paroi a une épaisseur de 4 centimètres. Elle est très vasculaire.

La muqueuse paraît saine, dans toute la région gauche. Mais dans la région sous-angulaire droite on observe un véritable petit gâteau ovale, situé mi-partie sur la face postérieure et mi-partie sur la face antérieure d'une hauteur de 5 centimètres sur une largeur de 4 centimètres. Il paraît en saillie sur la surface muqueuse d'à peu près 3 à 4 millimètres. Il n'est pas seulement accolé à la paroi muqueuse, il est infiltré.

L'examen microscopique a montré au niveau du fragment prélevé des lésions inflammatoires banales, sans trace de chorio-épithéliome (surtout vascularite et dilatation des espaces lymphatiques).

Les ovaires ne présentent pas de kystes lutéiniques, mais une dégénérescence kystique totale (kystes mucoïdes multiloculaires).

Telle est l'observation. Il s'en dégage plusieurs enseignements :

1° Les lésions ovariennes, si étendues, bilatérales, à l'exclusion de toute autre lésion de l'appareil utéro-ovarien ;

2° L'abondance de l'hémorragie qui a indiqué l'intervention radicale, alors que l'examen microscopique indique une tumeur bénigne.

Les lésions ovariennes nous permettent d'apporter une contribution nouvelle à la théorie pathogénique qui place le primum movens de la môle sous la dépendance de l'appareil ovarien. Cette théorie n'est peut-être pas absolue, mais des observations comme la nôtre contribuent grandement à la rendre vraisemblable.

Il faut retenir ici l'absence de paroi du kyste lutéinique. C'est là un fait important.

En effet, si l'influence de la môle sur l'ovaire permet d'expliquer la formation des kystes lutéiniques, il nous paraît que des ovaires kystiques simples peuvent à leur tour intervenir pour troubler les actes qui suivent la fécondation et provoquer ainsi la transformation molaire.

D'autre part, il faut aussi retenir qu'en dépit de la nature bénigne de la tumeur, l'indication opératoire d'hystérectomie pourra être fournie par l'hémorragie abondante, continue, ne cédant ni au curage, ni au curettage, et mettant en danger les jours de la malade.

Mais on devra aussi tenir compte, dans les indications opératoires, de l'état des ovaires, et retenir ce principe de Bar, sans vouloir cependant en faire une règle absolue :

« Après expulsion de la môle, on devra explorer avec soin les ovaires, et, en cas d'augmentation de volume de ces organes, pratiquer l'hystérectomie. » (Bar.)

L'intervention ne sera cependant pas trop hâtive dans ce cas. La môle coexiste, en effet, souvent avec des kystes lutéiniques qui régressent dans la suite. Il faudra compter avec la possibilité si fréquente de ces kystes.

En définitive, la conduite à tenir sera dictée par le bon sens clinique, l'examen soigneux de la malade, la marche de l'involution utérine.

SÉANCE ANNUELLE

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

(18 JANVIER 1922)

Chaque année, il semble que cette séance annuelle présente plus d'éclat et attire plus d'auditeurs et plus d'auditrices. Elle offre en même temps un caractère familial, car ces auditrices, qui, pour la plupart, sont les femmes de nos confrères y deviennent de plus en plus nombreuses. Il est à remarquer, du reste, qu'il en est ainsi à la Faculté, dans les leçons inaugurales et dans toutes les sollenités médicales. C'est un excellent usage qui doit être conservé.

M. Potherat, président sortant, ouvre la séance par le discours d'usage; c'est d'abord l'hommage traditionnel aux morts : Féron (de Laval), Rohmer (de Nancy), Duret (de Lille), membres correspondants nationaux; Ch. Monod, membre titulaire. En fort bons termes, M. le président rappelle la longue vie de travail de Duret et ses beaux travaux sur les traumatismes craniens, ainsi que la belle érudition, la parfaite conscience professionnelle, l'aménité de Ch. Monod, cet excellent collègue disparu est regretté.

Il souhaite ensuite la bienvenue aux nouveaux élus, Cauchois, Gernez et Bréchot, ainsi qu'aux huit correspondants nationaux nommés dans la dernière séance. Il félicite son remplaçant, Sebileau, dont les brillantes qualités et l'autorité assureront la bonne tenue de la Société; les nouveaux secrétaires, MM. Savariaud et Ombrédanne, l'archiviste, M. Michon; il exprime le regret de la démission de M. Riche, comme trésorier et l'espoir que son successeur M. Louis Bazy sera comme lui à la hauteur de la tâche.

Il exprime de nouveau sa gratitude envers ses collègues du grand honneur qu'il lui ont fait en l'appelant à la présidence, qu'il considère comme le couronnement de sa vie scientifique. Il remercie enfin M. Marion de sa précieuse collaboration. Quant à M. J.-Louis Faure, il ne saurait que lui dire, son succès, comme secrétaire général, devant s'affirmer de nouveau avec éclat.

En terminant, M. Potherat émet le vœu que la Société de chirurgie rencontre un jour, sur son chemin, un Mécène généreux qui lui permette de s'installer définitivement dans cet hôtel calme et éloigné des bruits de la ville.

M. Marion, secrétaire annuel, rappelle la fondation bien ancienne de cette fameuse Académie qu'on a appelée l'Académie du silence. Il se plaît à constater que la Société de chirurgie n'a rien de commun avec cette Académie. On y parle, en effet, beaucoup, parfois même un peu trop, dit M. Marion, faisant ainsi allusion aux conversations particulières, que la sonnette du président ne parvient pas toujours à calmer. On

y parle tant qu'il serait impossible au secrétaire annuel de rappeler seulement dans son rapport toutes les communications et les discussions qui ont eu lieu au cours de cette année.

Aussi se contentera-t-il de rappeler quelques-unes des questions les plus importantes et dans un résumé très précis, très condensé et très bien présenté, M. Marion rappelle les discussions sur la vaccinothérapie, la radiumthérapie du cancer, dont les résultats semblent encourageants, la chirurgie du sympathique, les bons effets de la sympathitectomie sur des douleurs variés, question à l'étude et qui semble appelée à un certain avenir; la chirurgie thoracique, le rapport de M. Roux-Berger sur cette intéressante question, la valeur respective de la compression du poumon et du décollement pleuropariétale, la chirurgie du médiastin sur laquelle Pierre Duval a justement appelé l'attention, la très intéressante question de la sténose congénitale du pylore soulevée par M. Fredet qui a apporté de très beaux résultats de la pylorotomie ou de la gastro-entérostomie chez des nouveau-nés atteints de cette affection, enfin l'importance de la radioscopie pour le diagnostic de cette malformation.

M. Marion rappelle également quelques communications ou présentations d'un réel intérêt, telles que celle de M. Chevassu sur la néphrectomie sous l'anesthésie locale, celle de M. de Martel, toujours ingénieux et audacieux sur la cranioplastie exploratrice, etc.

Il y a un an, ce n'était pas sans un certain regret que M. Marion prenait place au bureau, craignant la difficulté de sa tâche. Ce n'est pas maintenant sans un certain regret qu'il en descend, ses fonctions lui ayant permis de mieux connaître et de mieux apprécier ses collègues.

Éloge de Marc-Odilon LANNELONGUE

(1840-1911)

Par M. J.-L. FAURE, secrétaire général.

M. J.-L. Faure a prononcé l'éloge de Lannelongue. Dans ce beau discours, que de pensées généreuses, que de poésie, de lyrisme, d'enthousiasme, pour la vérité et la science, de justes appréciations des qualités et des défauts de l'homme dont il retrace la vie, de saine raison et de bonne grâce jusque dans la critique, de descriptions charmantes, de chaleureux et fier patriotisme! Quelle belle éloquence, et bien française!

Nous avions déjà admiré les éloges que M. J. L. Faure a faits de Perrot et de Pozzi. Dans celui-ci il s'est encore surpassé. Son succès a été très grand.

« Sur le plateau tourmenté du noble pays d'Armagnac, les nombreuses rivières qui descendent vers la Garonne, creusent des vallées verdoyantes que séparent de hautes collines courant en chaînes parallèles. Au fond d'une de ces vallées, au centre même de ce centre de la Gascogne, le village de Castera-Verduzan s'étend le long d'un clair ruisseau, autour d'une source thermale, qui, malgré les efforts du plus illustre des enfants du pays, n'a jamais pu sortir d'une humble obscurité. L'horizon est de toutes parts borné par les collines, mais depuis la hauteur qui domine l'église on voit, par les temps clairs, se dessiner au loin les sommets incertains des blanches Pyrénées.

C'est là, dans ce village perdu dans la verdure que naquit, en 1840, Marc-Odilon Lannelongue. Son père exerçait la médecine. Ce n'était qu'un modeste officier de santé, mais la valeur d'un homme ne se mesure pas au titre de ses parchemins, et l'officier de santé du petit village du Gers, était un médecin instruit et courageux, qui même un jour, dans ces temps où la chirurgie était chose grave, n'avait pas hésité à pratiquer une désarticulation de l'épaule. »

Lannelongue commença ses études au lycée d'Auch, puis les continua au lycée Saint-Louis où il obtint une bourse. Son père le destinait à l'Ecole polytechnique, ne voulant pas que ce fils fut comme lui un pauvre médecin de campagne. Mais la vocation fut la plus forte et Lannelongue obtint de son père l'autorisation de faire sa médecine.

« On était en 1857. Il avait à peine seize ans! Perdu dans le grand Paris, il ne connaissait absolument personne, et les subsides paternels ne lui arrivaient pas toujours très régulièrement. Ses domiciles successifs étaient d'ailleurs bien modestes, et il habita pendant quelque temps une pauvre chambre de la rue Dupuytren d'où l'on apercevait la maison de Marat. Et puis, il n'était pas travailleur! C'est du moins lui qui nous l'affirme. « Je n'avais, dit-il quelque part, aucun penchant pour le labeur obstiné; je ne me suis jamais mis à la besogne qu'en faisant un effort réel, et si j'ai travaillé toute ma vie, ce n'est qu'en maugréant et en maudissant le sort qui oblige les hommes à travailler! »

Heureusement, le rendement du travail n'est pas toujours en raison directe de son intensité, et moins encore de sa durée. Il tient, avant tout, à sa qualité. Et l'avenir nous a montré que le travail de notre étudiant était de qualité supérieure!

Il ne s'en rendait sans doute pas compte, lorsqu'un accident d'examen, où il fut refusé, vint lui donner conscience de lui-même, et décida peut-être de sa destinée? Le père, je le répète, n'était pas commode, et puisque son fils avait pour suprême ambition de revenir exercer la médecine au village, il entendait qu'il y revînt le plus tôt possible! Furieux de cet échec, il lui coupa les vivres, et notre étudiant, sans ressources, se vit obligé de travailler pour vivre. Il donna des leçons. De sorte que le juge, peut-être un peu sévère, qui lui mit une boule noire, a eu sur sa destinée une singulière influence, et a sans doute contribué très efficacement aux progrès de la pathologie osseuse!

Pour faire travailler les autres, et malgré la paresse dont il s'accuse, il s'entraîna lui-même au travail et prépara son internat. Mais il possédait le don de savoir travailler. « Alors, nous dit-il lui-même, alors commençaient ces après-midi, où dans une variété qui était à elle seule une détente intellectuelle, je partageais mon temps entre le travail, la lecture et la curiosité, partie au Luxembourg, dans l'admiration des chefs-d'œuvre de l'Ecole moderne, partie dans cette adorable pépinière, où je ne voyais que quelques jeunes gens plongés, comme moi, dans leurs lectures. Je ne puis dire la satisfaction que j'éprouvais quand, fermant mon traité ou mon livre, j'allais rejoindre mes amis dans un restaurant à seize sous de la rue Monsieur-le-Prince. »

Il savait déjà comprendre la vie! Et puis, avant d'aller veiller jusqu'à onze heures dans un cabinet de lecture du passage du Commerce, où se réunissaient quelques amis qui travaillaient ensemble, on passait au Café Procope. C'est là qu'il connut Gambetta! Il n'y a pas bien loin de Cahors au pays d'Armagnac. Ces deux méridionaux enthousiastes étaient bien faits pour se comprendre. Ils se lièrent d'une amitié sincère à laquelle la fortune prodigieuse du tribun ne l'empêcha pas de demeurer fidèle et qui ne se dénoua que dans la mort!

En 1862, à vingt-deux ans, il était interne. Bouchard arrivait en tête de cette promotion qui devait, en même temps qu'à la médecine française, faire honneur à la chirurgie, puisqu'à côté du nom de Lannelongue, nous y trouvons le grand nom de Terrier et celui de notre maître Le Dentu, dont la verte vieillesse se consacre encore aujourd'hui à la science qu'il a si bien servie pendant soixante années!

Il avait maintenant pris conscience de sa valeur, il avait le noble désir d'arriver et il portait en lui cette puissance de l'action continue, si nécessaire à ceux qui veulent s'engager sur l'âpre chemin des concours!

C'est à Bicêtre qu'il commença son internat. J'ai souvent vu son nom sur le mur délabré de la vieille salle de garde, où j'ai passé moi-même une année de ma vie. Il y avait parmi ses camarades un jeune interne provisoire qui s'appelait Georges Clemenceau. Qui donc eût pu penser que ce jeune homme, aux yeux de feu, à la figure osseuse, incarnerait un jour l'âme de la Patrie et connaîtrait tour à tour l'enthousiasme brûlant des foules en délire et les excès de leur ingratitude!

Mais notre jeune interne, ainsi que son camarade Clemenceau, n'était pas exclusivement absorbé par son service d'hôpital. L'Empire sentait monter à cette époque, une sourde opposition contre lui, et la jeunesse des Écoles menait avec ardeur la bataille contre les candidats officiels. On était aux élections de 1863, et Lannelongue soutint avec véhémence la candidature républicaine d'Eugène Pelletan! L'Assistance publique fut vivement émue de cette incartade! Elle tança vertement le coupable et le menaça des peines les plus sévères. Mais les foudres officielles ne produisent pas toujours les

effets qu'en attendent ceux qui les brandissent! L'observation commune semble même démontrer qu'elles aboutissent le plus souvent à des résultats opposés, et Lannelongue sortit de cette aveuture avec une popularité qui ne fit que s'accroître pendant les années qui suivirent. C'est qu'il avait tout ce qu'il faut pour la faire naître et pour la cultiver. Avec ses grands cheveux fauves et sa toilette quelque peu négligée, il manquait évidemment de solennité. Mais il était gai, d'une gaieté perpétuelle, il était cordial, accueillant à tous, à ses camarades comme plus tard à ses élèves, et à cette époque où l'esprit frondeur des Ecoles s'appliquait à faire la guerre aux puissants du jour, l'ardeur juvénile de ce cadet de Gascogne, qui faisait partie du groupe que dominait déjà la figure de Gambetta, l'imposait invinciblement à la sympathie de ses camarades !

Il avait donc beaucoup d'amis, et le plus ancien d'entre eux, notre collaborateur à tous, M. Collin, dont la vieillesse merveilleuse conserve intacte la fraîcheur des anciens souvenirs, et qui a connu et suivi Lannelongue depuis les premiers jours de sa vie d'étudiant, m'a raconté bien des scènes charmantes dont il fut le témoin. Un jour le docteur Onimus recevait ses amis rue de Lille. Il y avait là Camuset, les deux frères Hebrard, Charles Robin, Collin, Lannelongue, d'autres peut-être encore ! Après le déjeuner, qui sans doute avait été bon, les convives passèrent au jardin. Lannelongue, étendu dans un hamac, se balançait voluptueusement, lorsqu'on vit entrer tout à coup, conduit par Camuset, Charles Robin couvert d'une toge romaine et le front couronné de roses! Ceux d'entre nous qui gardent le souvenir de ce vénérable savant à l'allure un peu lourde, avec sa face enluminée, sa barbiche pointue et ses gros yeux tout ronds, peuvent s'imaginer l'effet que dut produire l'apparition soudaine du bon monsieur Robin, sous les traits de Tibère ou de Caligula ! Lannelongue en fut abasourdi, si bien qu'il perdit l'équilibre et fut précipité du haut de son hamac. Il se releva la figure inondée de sang !

Mais il connaissait aussi d'autres émotions, car ses succès marchaient de pair avec toutes les manifestations de son activité. En 1866, à la fin de son internat, où il avait eu pour maîtres Broca, Cusco, Jarjavay et Denonvillers, il enlevait brillamment la médaille d'or. A cette époque où médecins et chirurgiens participaient aux mêmes épreuves, son concurrent le plus redoutable était Bouchard, auquel ses hautes destinées ne firent jamais oublier, paraît-il, l'amertume de son échec.

L'année suivante, après un an passé chez Gosselin, il soutenait sa thèse, travail très court, mais tout à fait original, sur la circulation des parois auriculaires du cœur, et qui donne la mesure de la puissance de ses facultés d'observation et de la précision de son esprit. En 1868, pendant son concours de prosectorat, il décrivait le ligament costo-péricardique, qu'il découvrait en même temps que son camarade Le Dentu, lauréat du même concours. Enfin, en 1869, il emportait successivement, en tête de chaque promotion, les titres de chirurgien des hôpitaux et d'agrégé de la Faculté.

Il avait alors vingt-huit ans à peine! En sept ans, à partir du début de son internat, il avait, comme en se jouant, franchi tous les degrés de cette ascension, souvent si dure et si pénible au plus grand nombre d'entre nous ! Nous savons tous, pour avoir pu en apprécier en même temps les qualités et les défauts, que les concours ne donnent pas toujours la mesure exacte de la valeur des hommes, encore que ce soit eux qui permettent le mieux à la faiblesse humaine de corriger ses défaillances. Mais il est bien évident que si les concours donnent lieu quelquefois à des critiques justifiées et à des surprises inattendues, l'homme qui emporte ainsi de haute lutte et en brûlant les étapes, toutes les places qui doivent aller au plus digne, porte en lui-même des qualités profondes et qu'il doit son succès à ces qualités mêmes, à sa science, à sa clarté d'esprit, à son coup d'œil et à son jugement bien plus qu'à sa seule mémoire ou à l'autorité de certaines sympathies. »

La catastrophe de 1870 arrive. Lannelongue rencontre au chevet des blessés, Mme Pierre de Rémusat. En 1875, la bonne fée vient s'asseoir à son foyer.

« Tous ceux qui ont connu Mme Lannelongue s'accordent à faire de ses hautes qualités un éloge d'une impressionnante unanimité. C'était une femme d'une intelligence supérieure, d'une bonté qui ne s'est jamais démentie, d'une inépuisable charité, et qui joignait à sa générosité naturelle l'art suprême de savoir donner. C'était une de ces natures d'élite qui savent envelopper les manifestations les plus éclatantes de leur bienfaisance d'une atmosphère de délicatesse et de discrétion qui les rendent plus douces encore et les gravent plus profondément dans le souvenir des cœurs reconnaissants. »

M. Faure nous trace ensuite un magnifique tableau de l'œuvre de Lannelongue :

« Il faut le dire à ceux qui ne l'ont jamais su, il faut le rappeler à ceux qui paraissent l'avoir oublié, il faut que tous ceux qui saisissent maintenant toutes les nuances de cette pathologie osseuse autrefois si obscure et qui nous paraît aujourd'hui si simple, il faut que tous ceux-là sachent que c'est cet homme qui l'a tirée du chaos pour l'inonder d'une clarté qui ne s'éteindra plus.

Sans doute, il est venu à son heure, à une époque où la recherche des causes premières du mal était devenue possible. Mais il n'était pas seul à vivre cette heure magnifique où le voile éternel de notre ignorance venait de se déchirer pour toujours ! Non, il n'était pas seul, dans le vaste monde, à soigner des enfants, à voir et à revoir chaque jour ces affections osseuses qui encombraient les hôpitaux, où elles traînaient pendant des années : ces fistules, ces hyperostoses, cea abcès, ces nécroses, ces caries, ces séquestres, et ces fongosités, et ces abcès sans fièvre et sans chaleur, ces abcès froids interminables et qui ne voulaient pas guérir ! Et cependant c'est lui, c'est lui seul qui nous a dit un jour que ces abcès des os, que ces séquestres, que ces nécroses désolantes et que ces fistules sans fin n'étaient que les manifestations prolongées de cette ostéomyélite que beaucoup avant lui avaient vue sans en comprendre la nature et que ces fongosités, ces abcès froids et certaines nécroses, et certaines caries étaient dus à la localisation sur les os de cette tuberculose dont on commençait à soupçonner l'origine parasitaire, sans en connaître le parasite. De sorte qu'aujourd'hui, il n'y a pas de chapitre de pathologie plus lumineux que ce chapitre jadis si obscur. Et ces notions fondamentales, et cependant si simples, sont une des plus belles pages qui aient jamais été écrites au livre de la vérité ! Voilà pourquoi le nom de Lannelongue restera gravé sur le granit parmi ceux des hommes qui ont fait jaillir dans la nuit quelques lueurs que le temps n'effacera plus.

C'est en très peu de temps que Lannelongue a fait ces belles découvertes ! Et cet homme, qui, si nous l'en croyons, n'aimait pas le travail — c'est sans doute du travail de bibliothèque qu'il voulait parler — était au contraire un travailleur acharné quand il se livrait aux études qui le passionnaient, et les travaux de l'hôpital le passionnaient! Il était dans son service à 8 h. 10, et là, comme nous le raconte notre collègue Walther, « enfonçant trop bas sa calotte et nouant trop haut son tablier », il entraînait tout son monde à sa suite. Bien souvent, il passait des salles de malades au laboratoire, où il étudiait des pièces anatomiques. L'heure du déjeuner arrivait; il allait avec ses internes à la salle de garde, et une demi-heure après, tout le monde était revenu reprendre le travail qui durait parfois jusqu'au soir !

D'ailleurs, il avait eu le talent de s'adjoindre des collaborateurs qui savaient le comprendre et dont le nom doit rester attaché à ses travaux mémorables : Achard, qui l'aida puissamment dans l'étude bactériologique des ostéomyélites et qui mit tout son talent de chercheur passionné au service d'un maître qu'il a aimé jusqu'à son dernier jour; Comby, pour ses travaux sur l'ostéomyélite prolongée ; Ménard, pour ses études innombrables sur la tuberculose et les affections congénitales ; et, enfin, son fidèle ami Gaillard qui passait des journées et des journées dans son laboratoire, et qui est le principal créateur du musée qu'il avait rassemblé et qui constitue aujourd'hui une des richesses du musée Dupuytren !

Mais l'impulsion première venait de lui : ses travaux sur l'ostéomyélite aiguë et sur l'ostéomyélite prolongée sont de 1879; ses travaux sur la tuberculose osseuse et les abcès froids sont de 1881 ; de sorte que c'est en l'espace de deux années à peine qu'il a créé cette œuvre que les siècles ne détruiront pas ! Malgré tout son travail, malgré celui de ses collaborateurs, cela n'eût pas été possible s'il n'avait senti

tout à coup naître dans son esprit l'illumination créatrice, s'il n'avait senti jaillir l'étincelle sacrée qui dévoile la vérité à ceux qui sont marqués pour la révéler! Un jour, il a compris, un jour il a deviné que parmi toutes ces lésions osseuses confondues jusqu'à lui dans une même obscurité, les unes devaient être d'origine inflammatoire et les autres de nature tuberculeuse! Et il a cherché dans cette voie, et il a creusé le bon sillon jusqu'au bout, jusqu'à ce qu'il en ait donné la démonstration définitive. Lorsque l'éclair a traversé la nuit, lorsque la lumière s'est faite, le reste n'est plus rien! Et ce travail de chaque jour, et ces heures passées près du lit d'hôpital ou de la table du laboratoire, à la recherche de la vérité, sont comme les feuilles innombrables du grand chêne de la forêt qui peuvent disparaître un jour, emportées par le vent d'automne, sans que le chêne dépouillé perde de sa grandeur ni de sa majesté!

Quand un homme a conscience d'avoir fait un aussi splendide effort créateur, il a le droit de se reposer! Sa part est assez grande! Lannelongue ne se reposa pas, et pendant les années qui suivirent il s'attacha à apporter des preuves de plus en plus convaincantes de ce qu'il avait avancé, et à en donner pour abattre les dernières résistances, l'irréfutable démonstration. Pour la tuberculose osseuse et pour les abcès froids, l'ignorance où l'on était encore de l'agent pathogène ne permettait pas de démontrer par sa présence la nature exacte du mal. Mais il montra que dans la paroi des abcès froids se trouvaient les nodules tuberculeux qui étaient alors, et à juste titre, considérés comme spécifiques. Il fit mieux encore, et il prouva par des inoculations qu'il ne pouvait y avoir aucun doute sur la nature réelle des abcès froids et des fongosités articulaires.

Pour l'ostéomyélite, il voulut aussi confirmer ce qu'il avait dit par des preuves bactériologiques, et comme il avait associé ses élèves à ses travaux il n'hésita pas à y associer également l'homme qui portait le plus grand nom de la science moderne. C'est dans son service, c'est dans le pus prélevé sur un enfant qu'il venait d'opérer, que Pasteur découvrit le staphylocoque doré; c'est à ce propos qu'il prononça cette parole restée mémorable et qu'il dit, au grand étonnement des chirurgiens d'alors, que l'ostéomyélite était le « furoncle de l'os ». Ce même microorganisme fut retrouvé dans le pus des abcès des os, dans les ostéomyélites chroniques, et l'on comprend quelle fut l'influence de cette découverte pour la démonstration de tout ce que Lannelongue avait affirmé sous la seule garantie de la profondeur de son sens clinique et de son esprit d'observation.

Le grand coup d'aile étant donné! Lannelongue ne pouvait pas monter plus haut, mais il continuait à se passionner pour ces travaux dont il comprenait la grandeur. Les années suivantes furent employées à développer ses études sur les tuberculoses osseuses et ostéo-articulaires. En 1885, il publiait avec Ménard son livre sur la coxo-tuberculose; en 1888, celui qu'il écrivit sur la tuberculose vertébrale et qui renferme des documents d'une inappréciable valeur. En même temps il étudiait, toujours avec ses élèves, avec Achard, avec Ménard, auxquels échut, nous avons le droit de le penser, la plus grosse part du travail, les affections congénitales si variées et parfois si déconcertantes! En 1886, paraissait le *Traité des kystes congénitaux;* en 1891, le *Traité des affections congénitales de la tête et du cou.*

En 1889, son petit laboratoire de l'hôpital Trousseau ne lui suffisant plus, il s'installa dans une annexe du laboratoire de Ranvier, sous les combles du Collège de France; c'est là qu'Achard a exécuté pour son maître ses belles recherches sur la bactériologie des ostéomyélites.

N'oublions pas non plus certains travaux qui témoignent d'une grande fertilité d'esprit et font parfois de lui un véritable précurseur. En 1881, il avait fait des expériences sérieuses et bien conduites sur la transmission de la rage par le système nerveux. En 1890, il proposait et pratiquait avec une hardiesse peu commune la craniectomie chez un enfant atteint de microcéphalie. En 1896 enfin, pour la première fois, il greffait un corps thyroïde de mouton chez une jeune fille atteinte d'accidents myxœdémateux.

Toutes ces recherches, tous ces travaux qui auraient suffi à attirer sur le nom d'un homme une notoriété légitime, ne pouvaient cependant rien ajouter à la renommée de celui qui était déjà pour les chirurgiens du monde entier l'homme qui avait apporté dans le chaos obscur de la pathologie osseuse la lumière définitive.

Car c'est là ce qui fit la grandeur de Lannelongue! Ce n'était point un opérateur! Ce n'était point un chirurgien si nous voulons donner à ce mot sa signification véritable! Il n'en avait pour ainsi dire aucune des qualités. Mais il était le clinicien par excellence! Il était l'homme qui savait observer; qui, par l'habileté de l'interrogatoire, par la sagacité des recherches, par ce coup d'œil pénétrant qui n'est donné qu'à quelques-uns, par cette intuition profonde qui semble aller instinctivement vers les idées justes et les solutions exactes, arrive à découvrir la vérité. Et lorsque, comme il a été donné à Lannelongue, lorsque cet homme parvient à révéler au monde quelques vérités nouvelles dont la connaissance permet à d'autres hommes de travailler au soulagement des misères humaines, il est parmi ceux dont la part est belle et qui ont le droit de s'endormir un jour dans la paix de leur conscience et dans la joie de ceux qui savent que leur travail a été bon et qu'ils ne disparaîtront pas tout entier!

Si le nom de Lannelongue était, à cette époque, de ceux qu'aucun médecin n'a le droit d'ignorer, il avait depuis longtemps dépassé les barrières si souvent infranchissables qui cachent au public aveugle l'existence modeste de ces hommes de science qui restent inconnus de tous, alors même que le nom qu'ils portent est quelquefois de ceux qui doivent rester immortels! C'est la maladie et la mort de Gambetta qui répandirent aux quatre vents de la renommée ce nom qui n'était pas encore sorti des milieux scientifiques! »

Lannelongue avait fait preuve pendant toute la maladie d'une bien remarquable perspicacité. Il avait parlé de la possibilité d'une perforation du cæcum ou de l'appendice. On ne l'écouta pas, il était trop jeune... « il n'était pas professeur!... »

Lannelongue eut aussi ses ambitions politiques, en 1893 il est député du Gers. « En 1906, quand il fut rassasié des agitations de la Chambre, ainsi qu'il arrive souvent lorsque les fatigues de l'âge commencent à se faire sentir, il se fit élire au Sénat. »

« Peu à peu, ses occupations parlementaires avaient éloigné Lannelongue de son hôpital. Depuis longtemps, d'ailleurs, la chirurgie proprement dite ne l'intéressait plus, et il avait conscience que, pour tout ce qui touche à l'acte opératoire, il était préférable de confier son service à l'un de ses élèves. Notre regretté collègue Villemin, que nous avons tous vu porter dignement son grand nom, le suppléa pendant plusieurs années. Un jour, cependant, il avait songé à reprendre un service actif. Ce fut lorsque la Ville de Paris provoqua la création d'une chaire de clinique chirurgicale infantile. Lannelongue pensa que, puisque cette chaire allait exister, c'était lui qui devait l'avoir. Mais il y renonça bientôt. Il se rendait compte, en effet, qu'il était maintenant trop tard et que ce qu'il pourrait désormais faire dans un service d'hôpital ne pourrait plus grandir son nom.

Et puis la fortune, qui n'avait eu pour lui que des sourires, semblait maintenant se lasser. L'année même où il entrait au Sénat, son cœur reçut un coup terrible : celle qui, pendant trente années, avait été le charme et la parure de sa vie fut emportée en quelques jours! Elle aimait comme sa seconde patrie le village charmant d'où son mari était un jour parti pour remplir cette destiné qu'il n'eût jamais osé rêver si belle! Elle y venait souvent, dans la maison du vieux médecin de campagne qui avait pris maintenant des proportions majestueuses. Elle avait conquis tout le monde par son affabilité, par sa bienfaisance discrète, par la vertu souveraine de sa charité et elle avait donné la preuve la plus éclatante de son amour pour ce coin de terre paisible, en souhaitant d'y être ensevelie et d'y reposer pour toujours!

Il l'emporta là-bas, dans l'humble cimetière où il savait qu'avant longtemps, sans doute, il viendrait dormir à son tour! Puis il revint, le cœur brisé, dans son foyer désert. »

« En octobre 1908, à soixante-huit ans, il entreprit le tour du monde! on était à cette époque où l'on sentait flotter dans l'air comme des menaces lointaines. » .....Le voyage ouvre les yeux de cet homme « qui s'était pendant longtemps épris comme tant d'autres des grandes idées de justice et de paix, qui croyait à ces mots sublimes de liberté, de fraternité, qui

ne pouvait penser que des hommes fussent assez criminels ou assez fous pour sacrifier le bonheur et le repos du monde aux hasards de leurs ambitions et aux calamités de la guerre! »

A son retour il publie un livre dont les pages témoignent en même temps de la clairvoyance de son esprit et de la profondeur de son patriotisme!

Ecoutez ses paroles : « Une chose m'a frappé dans ce voyage autour du monde par son intensité : l'estime dont jouit une nation dans l'esprit des autres nations ne repose ni sur la conscience, ni sur la civilisation, ni sur l'honnêteté, le culte du devoir, le respect du droit, l'amour du prochain, en un mot sur la vertu ! Elle a son fondement sur quelque chose de plus rude et d'aussi vrai, en somme, sur la capacité solidaire du dévouement des hommes en état de porter les armes, sur la valeur matérielle et morale des forces de terre et de mer!

Sans la force militaire, tout est menacé et tout croule. Car ce ne sont pas les lettres, les arts, l'industrie, la richesse, la rhétorique, la police qui peuvent soutenir l'édifice et sauver un pays! Il lui faut, avant tout, la puissance des armes et, chez ses citoyens, la capacité de lutter, la volonté absolue de ne pas reculer ! »

Il avait pu se convaincre partout, mais surtout au Japon et dans la puissante Amérique, que le respect ne va qu'à ceux qui ont la force et la virilité!

« Chacun de nous, dit-il encore, ne peut être respecté dans le monde que si par un développement incessant de nos forces et de notre homogénéité militaire, par une préparation constante à toutes les éventualités, nous donnons l'impression d'une nation où les hommes n'en sont pas encore à préférer la mort dans leur lit à la mort sur le champ de bataille pour leur patrie et leurs foyers ! »

Quelles fortes et nobles paroles! Et, s'adressant à la jeunesse : « Adonnez-vous aux choses militaires, ne vous en désintéressez jamais ; que chacun de vous fortifie son âme et ses muscles, songe au mariage jeune, envisage sans trembler la famille nombreuse et la guerre possible... »

C'est en 1911 qu'il écrivait ces lignes prophétiques! Que n'est-il mort quelques années plus tard! Il aurait vu, lui dont le clair regard lisait déjà dans l'avenir, il aurait vu que cette jeunesse française, à laquelle il adressait de si nobles exhortations, était digne de les entendre! Il l'aurait vue se lever frémissante à l'appel de la Patrie ; il aurait vu ce grand peuple de France, oubliant ses querelles, debout contre l'envahissseur ; il aurait vu ces hommes, ces soldats, sous le fer et le feu, dans le sang et la boue, donner, pendant les quatre années les plus terribles que les hommes aient jamais vécues, l'exemple du plus magnifique héroïsme, reculer les bornes du courage et du sacrifice, et mourir par milliers et par milliers et par centaines de milliers, pour que la France vive!

Et lui, ce bon Français, qui avait vu dans sa jeunesse le martyre de la Patrie, aux jours immortels de la Marne, aux jours terribles de Verdun, aux jours flamboyants de la bataille de la Délivrance, il aurait senti son sang bouillonner dans ses veines, en voyant que ces jeunes hommes, auxquels il avait cru, avaient, comme il le demandait, choisi « la mort sur le champ de bataille, pour leur Patrie et leurs foyers ».

Et il crierait encore aujourd'hui, avec plus de puissance et plus de conviction : « Jeunes gens, vous qui venez de voir l'écroulement d'un monde, vous qui venez de voir vos aînés écrire avec leur sang la plus terrible, mais aussi la plus prodigieuse histoire de tous les temps, et vous, jeunes hommes, vous les survivants du grand drame, vous qui, avec la force de vos bras, avec l'énergie de vos âmes, avez écrit cette épopée, vous qui avez vécu vos plus belles années dans le carnage et dans la mort, vous tous qui vivez maintenant, modestes et silencieux, dans le rayonnement d'une gloire dont le recul du temps permettra seul à l'Humanité de mesurer la grandeur! — Souvenez-vous que la Patrie n'est libre que lorsqu'elle est respectée! Le monde respecte les forts! Et puisque vous avez avec vous la Justice, soyez forts et restez vaillants ! »

M. J.-L. Faure, aux applaudissements unanimes qui ont salué sa péroraison, aux nombreuses et sincères félicitations que son brillant public a tenu à lui apporter, aura pu juger de son succès. A. BROCHIN.

Prix décernés en 1922. — (Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 6, p. 81.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1922)

Dissociation thérapeutique des accès convulsifs et des secousses continues interparoxystiques dans un cas d'épilepsie de Kojewnikoff. Raisons de cette dissociation. — M. SOUQUES présente une malade atteinte, depuis plusieurs années, d'épilepsie de Kojewnikoff (accès d'épilepsie jacksonniennes et secousses continues dans l'intervalle des accès). Sous l'influence d'un traitement par le gardénal, les accès convulsifs ont cessé, mais les secousses interparoxystiques n'ont pas changé.

A ce propos, l'auteur discute les raisons de cette dissociation thérapeutique. Il se demande si les accès convulsifs et les secousses interparoxystiques ne sont pas respectivement déterminés par des lésions de siège différent : les premiers relevant d'une altération corticale, et les secondes d'une altération centrale (striée ou hypothalamique).

Tremblement parkinsonnien ayant remplacé une bradycinésie encéphalitique. — M. SOUQUES montre deux malades qui, à la suite d'une encéphalite épidémique, ont présenté des secousses myocloniques dans un côté du corps. Ces secousses, après avoir duré pendant plus d'un an, ont été remplacées par un tremblement parkinsonnien typique.

Deux cas de palilalie au cours de parkinsonnisme postencéphalitique tardif. — M. Pierre MARIE et Mlle G. LÉVY. Les deux malades présentées ont l'aspect typique du syndrome parkinsonnien postencéphalitique et présentent toutes deux le phénomène de la palilalie.

Les auteurs insistent sur l'intensité remarquable de cette palilalie : la première malade répète parfois jusqu'à vingt et une fois le même mot.

Ils insistent aussi sur sa coïncidence — dans le premier cas — avec une intégrité intellectuelle complète et l'absence de toute manifestation pithiatique.

Enfin, ils insistent sur l'absence de rire et pleurer spasmodique dans les deux cas, la coïncidence d'une rétropulsion très marquée dans le second cas.

Le mode d'apparition de ces troubles palilaliques, et la symptomatologie qui les accompagne, permet de conclure :

Qu'il s'agit très certainement d'une palilalie d'origine organique.

Que la palilalie peut survenir indépendamment des phénomènes pseudo-bulbaires classiques, ainsi qu'en témoigne tout au moins la première de ces observations.

Que l'encéphalite épidémique, en particulier, peut, par ses lésions, provoquer le phénomène.

Enfin, que la localisation élective de celles-ci dans le système strio-sous-thalamique des noyaux gris centraux jusqu'au locus niger permet de comprendre ces phénomènes cliniques analogues à ceux de certains pseudo-bulbaires et d'en confirmer, dans une certaine mesure, la localisation anatomique.

M. LHERMITTE rappelle que Brissaud a décrit ce syndrome chez des pseudo-bulbaires sous le nom de parole en écho. Il est vraisemblablement en rapport avec une lésion du noyau lenticulaire.

Paralysie des mouvements associés des yeux postencéphalitique. — M. BOLLACK rapporte l'observation d'un enfant de onze ans qui, à la suite de phénomènes généraux passagers du type encéphalitique, présente depuis près de quatre mois, comme seul symptôme, une paralysie complète des mouvements de l'élévation, de l'abaissement, de la convergence et de la latéralité des deux yeux vers la gauche; les réactions labyrinthiques sont très altérées. L'intérêt du cas

résulte de la netteté de la paralysie et de sa ténacité ; les troubles des mouvements associés si fréquents dans l'encéphalite épidémique sont habituellement moins complets et surtout plus fugaces.

Il existe, en outre, dans ce cas un remarquable contraste entre l'intégrité absolue de l'accommodation et la paralysie complète de la convergence : l'abolition de toute contraction pupillaire dans le regard de près, avec réflexe photomoteur normal, vient donc ici montrer la signification physiologique de cette contraction qui, pour de multiples raisons, doit être surtout considérée comme un mouvement synergique à la convergence.

Contracture des paupières provoquée par l'occlusion volontaire des yeux. — M. Georges GUILLAIN présente un malade de cinquante-neuf ans chez lequel on constate un phénomène particulier caractérisé par ce fait que l'occlusion volontaire des yeux provoque un certain degré de rigidité ou de spasme de l'orbiculaire des paupières qui empêche, durant dix à quinze secondes, l'ouverture de celles-ci. Les mouvements réflexes habituels des yeux sont normaux, le réflexe naso-palpébral est facilement provocable; le phénomène pathologique n'existe qu'à l'occasion des mouvements volontaires. Les réactions électriques faradiques et galvaniques de l'orbiculaire des paupières et la chronaxie de ce muscle sont normales ; il n'existe pas de réaction myotonique. L'examen des yeux ne montre par ailleurs aucune lésion de la conjonctive ou des différentes parties du globe oculaire.

Le phénomène est apparu, il y a deux ans, sans aucune cause connue et persiste depuis cette époque. Bien que le sujet ne présente pas un état mental névropathique, il paraît vraisemblable que les troubles signalés sont purement fonctionnels; la rareté, toutefois, de tels troubles méritait de les analyser.

Sur un cas de tumeur du splénium du corps calleux. — M. Georges GUILLAIN rapporte l'observation clinique d'un malade qui présentait un ensemble de symptômes caractérisés par de la céphalée, des troubles mentaux avec amnésie, avec alternatives d'excitation et de dépression et phénomènes démentiels, par de l'apraxie, de l'inégalité pupillaire, l'abolition des réflexes pupillaires à la lumière, somme toute un ensemble de signes rappelant ceux de la paralysie générale. Malgré une réaction de Wassermann partiellement positive, le diagnostic clinique fut orienté vers une tumeur du corps calleux en raison de la très forte hypertension du liquide céphalo-rachidien, la xanthochromie avec hyperalbuminose très accentuée de ce liquide et une réaction du benjoin colloïdal totalement négative. L'autopsie montra une tumeur du splénium du corps calleux, tumeur gliomateuse avec suffusions hémorragiques, n'intéressant ni la voie pyramidale, ni les noyaux gris centraux.

En comparant ce cas anatomo-clinique avec les observations publiées dans la littérature médicale, M. Guillain pense que l'on peut faire le diagnostic d'une tumeur du splénium du corps calleux en s'appuyant sur les symptômes suivants : 1° signes d'hypertension intracranienne souvent moins accentués que dans d'autres tumeurs cérébrales; 2° troubles mentaux avec amnésie, bizarrerie des actes, indifférence émotionnelle, désorientation, torpeur avec périodes d'agitation, absence de délires systématisés; ces troubles mentaux rappellent souvent ceux de la paralysie générale syphilitique; 3° possibilité de phénomènes d'apraxie; 4° absence de paralysies des nerfs craniens basilaires; 5° les troubles moteurs (paralysies ou contractures) uni ou bilatéraux n'appartiennent pas à la symptomatologie du corps calleux mais sont dus à la propagation du néoplasme vers les fibres pyramidales ou les noyaux gris centraux.

Il est intéressant de remarquer que les troubles mentaux démentiels ont été décrits aussi par M. Pierre Marie dans des lésions scléreuses kystiques du splénium.

Le caractère négatif de la réaction du benjoin colloïdal permet d'éliminer d'une façon absolue le diagnostic d'une paralysie générale.

Les réactions labyrinthiques chez les épileptiques étudiées par la méthode de Barany. — MM. Pierre MARIE et J.-R. PIERRE ont examiné deux questions :

1° Les divers accidents comitiaux troublent-ils les réflexes vestibulaires?

2° Les excitations labyrinthiques peuvent-elles déclancher es manifestations comitiales (chez les épileptiques à oreilles aine s)?

La première partie de leur étude mène aux conclusions suivantes :

1° Les réactions labyrinthiques passent habituellement par une phase d'épuisement après des crises convulsives généralisées;

2° Elles sont instables, alternatives d'hyper et d'hypoexcitabilité, chez des sujets qui ont de fréquentes manifestations de petit mal, cette instabilité devient de l'affolement dans l'état de petit mal. On voit des réactions instantanées suivies d'éclipses véritables de la réflectivité;

3° Pendant les périodes de calme, c'est-à-dire dépourvues de tout accident de grand et de petit mal, la réflectivité peut se tenir à un seuil relativement fixe, puis subir des variations franchement pathologiques et inexplicables.

Le mécanisme qui préside à l'élaboration des réflexes vestibulaires est soumis à des perturbations qui ne dénoncent aucune manifestation clinique.

La seconde question se résoud par l'affirmative : l'irrigation froide de l'oreille provoque manifestement des accidents de petit mal chez quatre malades.

Ce fait intéressant confirme que le cortex n'est pas le seul point de déclanchement de l'épilepsie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 14 JANVIER 1922)

Présence d'un virus kératogène dans les herpès symptomatiques. L'unité des herpès. — MM. P. TEISSIER, P. GASTINEL et J. REILLY montrent que dans l'herpès, dit symptomatique, survenant au cours des différentes affections, on peut mettre en évidence un virus kératogène ayant les mêmes propriétés que celui de l'herpès spontané. Ils ont déterminé une kératite chez le lapin en inoculant le contenu des vésicules d'herpès observés au cours d'une série d'infections (méningite cérébro-spinale, pneumonie, angine diphtérique, etc.). Plusieurs des animaux inoculés ont succombé à des phénomènes d'encéphalite et un prélèvement de leur mésocéphale a permis la reproduction expérimentale d'une nouvelle kératite de passage sur l'œil du lapin. L'apparition d'herpès au cours des différentes infections doit donc être considérée comme une véritable complication, mais il resterait à déterminer pourquoi le virus herpétique se surajoute plus volontiers à certaines infections contrairement à d'autres, en particulier celles généralement considérées comme dues à un virus filtrant : scarlatine, variole, varicelle.

La transmission du virus herpétique au rat blanc. — MM. P. TEISSIER, P. GASTINEL et J. REILLY. Les expériences rapportées montrent que le rat blanc est susceptible d'être infecté par le virus herpétique d'origine humaine directe ou de provenance expérimentale, soit de la cornée du lapin, soit du mésocéphale de cet animal mort d'encéphalite.

L'inoculation cornéenne détermine souvent une kératite, mais toujours légère et passagère, très différente de celle présentée par le lapin. Cette kératite peut même manquer et cependant l'infection des centres nerveux peut être réalisée; l'encéphalite du rat blanc est bien déterminée par le virus herpétique, elle est susceptible de reproduire une kératite chez le lapin avec encéphalite consécutive; elle est également, et en série, réinoculable au rat.

Le pouvoir lipolytique du sang et des tissus. — MM. H. ROGER et Léon BINET. Les graisses, qui pendant la période digestive pénètrent dans les chilifères, sont déversées par le canal thoracique dans la veine sous-clavière gauche et traversent, avant tout autre réseau capillaire, celui du poumon. Cet organe en retient une assez forte proportion, car le sang artériel renferme beaucoup moins de graisse que le sang du cœur droit. C'est ce que les auteurs ont constaté antérieurement en opérant sur des chiens qui avaient fait, quatre auparavant, un repas riche en matières grasses. Du sang était

prélevé simultanément à la fémorale et dans le cœur droit au moyen d'une sonde passée par la veine jugulaire externe. Les deux échantillons étaient immédiatement chauffés pour arrêter la lipolyse et les dosages étaient faits par la méthode de Kumagawa.

H. Roger et Léon Binet rapportent des expériences nouvelles qui confirment leur premier travail c'est-à-dire l'action d'arrêt du poumon sur les graisses. La graisse fixée dans le poumon disparaît peu à peu. La proportion en est fortement diminuée après un séjour de dix-huit heures à l'étuve. Comme il était facile de le prévoir, le pouvoir lipolytique constitue une propriété générale que possèdent tous les organes et tous les tissus sans en excepter le sang, du moins le sang artériel. Pour faire une étude comparative du pouvoir lypolytique, les auteurs ont opéré sur des chiens en pleine digestion. Les animaux étant tués par hémorragie, on prélève les différents organes et on les broie. Une portion est immédiatement chauffée à 100 degrés pour arrêter toute fermentation; une autre est conservée à 38 degrés pendant dix-huit heures dans une solution saline contenant 1 p. 100 de fluorure de sodium qui évite ainsi toute putréfaction.

Les dosages ont été faits par la méthode de Kumagawa et les résultats obtenus ont été rapportés à 100 grammes de sang frais.

	Quantité de graisse			Perte p. 100 gr. de graisse.
	Initiale.	Finale.	Perte.	
Sang artériel	0,425	0,309	0,116	27
Foie	2,51	1,46	1,05	41
Poumon	2,21	1,33	0,88	39
Ganglions mésentériques	12,39	8,1	4,39	34
Pancréas	5,71	3,9	1,81	31
Reins	2	1,38	0,62	31
Rate	4,43	3,68	0,75	17
Muscles	2,48	2,14	0,3	12
Cerveau	7,14	6,50	0,64	9

Ces chiffres montrent que le foie et le poumon possèdent le plus haut pouvoir lipolytique; puis viennent les ganglions lymphatiques qui, pendant la période digestive, regorgent de graisse; les autres organes ont une action moins marquée.

La vaccine cérébrale. — MM. Levaditi et Nicolau ont réalisé jusqu'à présent cent huit passages cérébraux de virus vaccinal chez le lapin. La grande majorité des animaux inoculés dans le cerveau meurent entre le quatrième et le septième jour (85 p. 100). Malgré ces nombreux passages exclusivement encéphaliques, le virus vaccinal, tout en ayant acquis des affinités neurotiques constantes, n'a pas perdu son affinité pour le segment cornéen et cutané de l'ectoderme, du moins chez le lapin. En effet, quelque soit le moment où on éprouve sa virulence pour la peau, on constate qu'il engendre la plus belle éruption de pustules cutanées. En injection intraveineuse, il détermine constamment la vaccine cutanée généralisée. Le virus vaccinal cérébral inoculé au singe provoque des vésicules vaccinales typiques; les animaux (singe et lapin), inoculés avec ce virus, acquièrent l'immunité à l'égard de la vaccine ordinaire. Enfin le virus cérébral détermine chez l'homme (nouveau-nés, enfants et adultes), la vaccine cutanée que les auteurs décriront ultérieurement.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 22 décembre 1921)

A propos du traitement des fibromes. — M. de Keating-Hart recommande la collaboration intime du chirurgien et du radiologiste avant et même pendant le traitement radiothérapique, afin de suivre les modifications obtenues et de prendre des décisions en rapport avec elles.

A propos de l'anovarie. — M. Mazeran se demande si dans la thérapeutique de l'anovarie on ne pourrait pas opposer aux signes sympathicotoniques des éléments antagonistes empruntés aux facteurs vagotoniques : pilocarpine, adrénaline. Il signale l'action des eaux minérales qui favorisent l'équilibration synergétique des différentes glandes endocrines : des ovariotomisées sont très nettement améliorées par Châtel-Guyon.

M. Pescher pense que les troubles post-opératoires ne sont pas tous et uniquement endocriniens. L'anhématose joue un rôle considérable dont il faut tenir compte dans la conduite du traitement si on veut avoir des résultats durables.

M. Léopold-Lévi. Dans l'insuffisance ovarienne, les réactions des autres glandes endocrines se produisent en vertu d'une prédisposition endocrinienne. En cas d'instabilité de la thyroïde, de la surrénale, de l'hypophyse, on aura recours aux glandes correspondantes, à doses régulatrices.

Fractures spontanées du fémur. Troubles endocriniens. — MM. Léopold-Lévi et Roederer présentent une jeune fille de vingt-six ans qui a été prise de fractures spontanées multiples du fémur et du tibia gauches. C'est une obèse, aménorrhéique avec de la barbe, et présentant de nombreux troubles des glandes endocrines. L'opothérapie associée au régime l'a transformée ultérieurement, elle a été reconnue atteinte de spécificité avec tabes fruste.

M. Mouchet a vu survenir des fractures spontanées chez des hérédo-syphilitiques jeunes qui avaient présenté des altérations osseuses rappelant l'ostéite kystique.

A propos des pseudo-cancers de l'estomac d'origine syphilitique. — M. Gaultier passant en revue les diverses lésions de la syphilis de l'estomac, montre les raisons d'en établir le diagnostic tout en préconisant le traitement spécifique qui donne parfois de véritables résurrection. Il conseille cependant de ne pas négliger l'intervention chirurgicale à cause des erreurs de diagnostic toujours possibles et de l'hybridité cancérosyphilitique.

M. Gastaud estime que radiologiquement on peut penser à la syphilis quand l'estomac est petit et que les parois des régions pyloriques et prépyloriques sont infiltrées et ligueuses.

L'examen en série est très important, car, seul, il permet d'apprécier la rétrocession des lésions au cours du traitement.

Traitement de l'érysipèle par le tétrachlorure de carbone iodé. — MM. Goubeau et Kieffer montrent par des observations combien ce traitement est simple et pratique, donnant les meilleurs résultats.

La radiothérapie radiculaire des prurits. — MM. Bizard et Meyer rapportent six cas de guérison de prurits chroniques, dont un sénile par une nouvelle méthode de radiothérapie radiculaire.

Les mammites stercorémiques. — M. Pauchet. La stase intestinale chronique, la constipation provoquent l'apparition des mammites chroniques et kystique, des tumeurs bénignes du sein et plus tard du cancer. Il rapporte trois cas de tumeurs du sein à opérer, guéries par le traitement de la constipation : deux fois par le traitement chirurgical (court circuit intestinal), une fois par le traitement médical (huile minérale, massage).

LIVRES NOUVEAUX

La Comptabilité professionnelle du médecin (1).

Livre-journal de 104 pages réglé pour l'inscription des recettes et dépenses professionnelles, avec des tableaux annuels de récapitulation donnant, en fin d'année, les indications nécessaires à l'établissement du bilan et du compte des profits et pertes.

Ce livre-journal est précédé d'un *Exemplaire de comptabilité annuelle* dans lequel figurent à peu près toutes les catégories d'opérations qu'un médecin peut avoir à inscrire dans le

(1) Cahier cartonné. — Prix : 8 fr. (franco. 8 fr. 80); relié toile, tranche couleur, 13 fr. (franco, 14 fr. 30). — Paris, A. Poinat.

courant d'une année. Cette comptabilité figurée et complète d'une année est plus simple que toute espèce de théorie pour initier le lecteur à la pratique de notre méthode.

D'autre part, quelques feuillets sont annexés où se trouve exposé ce qui se rapporte actuellement aux impôts du médecin : impôts cédulaires, impôt général sur le revenu, contribution personnelle-mobilière, patente, taxe sur les automobiles, et ce qui peut être regardé comme le mode le plus efficace, le plus économique du recouvrement des honoraires.

L'infirmière. *Renseignements indispensables aux infirmières et à celles qui veulent le devenir, d'après les documents les plus récents* (1), par Mme Edouard KREBS-JAPY, ex-externe des hôpitaux.

Ce volume, écrit pour toutes celles qui veulent devenir infirmières bénévoles ou de carrière, donne des renseignements précis et récents sur tout ce qui intéresse la profession : conditions et principes de la formation, législation qui la régit, écoles, renseignements détaillés et pratiques sur chacune d'elles, débouchés professionnels, question de la retraite, associations et journaux professionnels, bibliographie. Chacune trouvera dans cette monographie tout ce qui lui permettra de s'engager, puis de s'orienter dans cette carrière au mieux de ses intérêts personnels et de ceux de la collectivité.

Les Tribulations d'une ambulance française en Perse (2), par le Dr Paul CAUJOLLE.

Parti de France avec son ambulance alpine le 24 mai 1917, le Dr Caujolle y est rentré le 3 février 1919. Après avoir parcouru l'Angleterre, la mer du Nord, l'Océan glacial, la mer Blanche, traversé la Russie d'Arkangel au Caucase et passé de longs mois en Perse sur le front russo-turc.

Il faut lire l'odyssée de cette ambulance au milieu de la révolution russe et des massacres d'Ourmiah, son séjour au milieu des populations chaldéennes amies de la France et oubliées par le Traité de Versailles, puis son retour par le front anglais, Bagdad, le golfe Persique, la mer Rouge et la Syrie.

Après avoir lu ce livre écrit avec simplicité, on reste plein d'admiration pour l'œuvre des médecins qui, dans les circonstances les plus difficiles, ont toujours pu faire respecter et aimer le nom de la France.

Manuel pratique pour le choix des verres de lunettes et l'examen de la vision (3), par le Dr SCRINI, ancien chef de clinique ophtalmologique, chef des travaux d'ophtalmologie à l'Ecole des hautes études, et le Dr FORTIN, médecin oculiste.

Excellent manuel, clairement écrit. Il rendra aux praticiens et aux étudiants les plus précieux services. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

SIGNES. DIAGNOSTIC. TRAITEMENT (4)

PRONOSTIC. — Le pronostic de la grossesse extra-utérine est grave.

Il est à peu près fatal pour le fœtus qui arrive exceptionnellement au voisinage du terme et qui même dans ce dernier cas n'est pas souvent viable.

Il est grave pour la mère à cause du danger de l'inondation péritonéale qui peut très rapidement entraîner la mort et à cause des diverses complications de l'hématocèle que nous avons déjà signalées.

Le pronostic est cependant devenu moins grave depuis que l'on pratique une intervention chirurgicale précoce. Mais celle-ci demande un diagnostic précoce qui parfois est très difficile.

DIAGNOSTIC. — I. **Dans les formes non compliquées** le diagnostic consiste à éliminer toutes les tumeurs de la région.

Quand on méconnait la grossesse, le diagnostic se pose avec la salpingite, un kyste de l'ovaire, un utérus latérofléchi ou rétrofléchi, un fibrome de la face postérieure de l'utérus, un fibrome ou un kyste du ligament large.

Si on a reconnu l'existence d'une grossesse, le diagnostic est à faire avec une grossesse normale et surtout avec une *grossesse développée dans une corne utérine ou dans un utérus latérofléchi.* Dans le cas de grossesse d'une corne, la tumeur est en dedans du ligament rond ; la corne utérine se porte en avant, elle est molle et contractile, tandis que la trompe tombe en arrière, est plus tendue et ne se contracte pas. Il existe un sillon entre la trompe gravide et l'utérus. Enfin la corne utérine est fusiforme, tandis que la trompe est ronde. Ce diagnostic demande habituellement des examens répétés et c'est surtout la disproportion entre le volume de l'utérus et l'âge de la grossesse qui permettra de lever le doute.

II. **Dans la forme cataclysmique** le diagnostic est à faire avec tous les syndromes douloureux de l'abdomen : appendicite, colique néphrétique, occlusion intestinale, hernie étranglée, kyste de l'ovaire à pédicule tordu. Il faut se baser sur : les signes de grande hémorragie et la notion d'un retard de règles.

III. **Dans l'hématocèle enkystée** il faut éliminer : la rétroversion de l'utérus gravide ou non, les tumeurs de salpingite chronique, d'hydrosalpynx ou de pyosalpynx probable dans le Douglas.

IV. C'est surtout dans la **forme pseudo-salpingienne** qu'il faut éliminer le pyosalpynx ; mais ici la poche est nettement fluctuante, inégale, déformée par les bosselures ; elle est très douloureuse ; enfin les lésions de salpingite sont presque toujours bilatérales.

V. **Dans la forme sans fissuration**, l'erreur peut être commise avec un avortement banal, d'autant plus que la caduque expulsée peut faire penser à des membranes fœtales.

TRAITEMENT. — I. **Dans les formes non compliquées.** — AVANT LE CINQUIÈME MOIS, il ne faut pas risquer le danger de l'évolution normale ; « toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale » (Pinard) ; elle doit être traitée comme une tumeur maligne.

Après le cinquième mois et surtout vers le huitième mois on peut attendre, mais à la condition de surveiller la malade et d'intervenir au moment opportun.

II. **Inondation péritonéale.** — Laparotomie d'urgence ; pincer d'un côté le pédicule utéro-ovarien et de l'autre la corne utérine. Extirper le fœtus, si possible.

III. **Hématosalpinx.** — Ablation unilatérale.

IV. **Hématocèle enkystée.** — *a.* HÉMATOCÈLE SUPPURÉE. — Evacuation de la poche le plus tôt possible par voie vaginale (colpotomie).

b. HÉMATOCÈLE NON SUPPURÉE. — La voie d'abord est discutée :

Les uns préfèrent la voie abdominale, les autres la voie vaginale.

Habituellement, on opère par la *voie abdominale :*
Les hématocèles haut situées,
Les hématocèles récentes,
Les hématocèles non suppurées.
On aborde par la *voie vaginale :*
Les hématocèles bombant dans le cul-de-sac vaginal,
Les hématocèles anciennes,
Les hématocèles suppurées.

Bibliographie. — *Traité de chir.*, LE DENTU, DELBET ; — ALBERTIN et DESGOUTTES. *Lyon chir.*, 1er avril 1909 ; — PILATTE et VIGNES. *Gaz. des hôpit.*, 1914, nos 43 et 45.

(1) Un vol. in-8 écu (13×20). — Prix broché : 6 fr. — Paris, Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel.

(2) In-8 illustré de 48 photographies. — Prix : 6 fr. — Paris, Les Gémeaux, 66, boulevard Saint-Germain.

(3) In-8 écu de 176 pages avec 49 figures. Prix : 7 fr. — Paris, Vigot frères.

(4) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 1, p. 15 ; n° 3, p. 46, et n° 5, p. 78.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours des prix de l'internat. (*Chirurgie et accouchements.*) — *Epreuve écrite.* — Question donnée : « Muscles de la couche profonde de la région postérieure de la jambe, leur physiologie. — Tumeurs malignes du testicule. »

MM. Ducastaing, 20; Michon, 25.

Classement : médaille d'or, M. Michon; médaille d'argent, M. Ducastaing.

— Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 23 janvier. — Questions données : « Signes et diagnostic de l'œdème aigu du poumon. — Hernie ombilicale de l'adulte. »

MM. Destouches, 7; Jacquet, 12; Lévy (Marcel), 13 1/2; Gautier, 14; Mme Bertrand-Fontaine, 13; MM. Robin (Victor), 13 1/2, Tiby, 9 1/2; Boudrant, 8; Ducourtioux, 9; Jarrige-Lemas, 8 1/2; Delage, 13.

Séance du 24 janvier. — Questions données : « Formes cliniques de la paralysie diphtérique. — Symptômes et complications des varices du membre inférieur. »

MM. Garnier, 13; Kalt, 11 1/2; Coudert, Mouton et Lallemant, 12; Digonnet et Vanheuverswyn, 13 1/2; Thévenard, 16 1/2; Laffitte, 13 1/2; Durand, 10.

Séance du 25 janvier. — Questions données : « Formes cliniques et diagnostic du rhumatisme blennorragique. — Signes et complications du kyste de l'ovaire. »

M. Fumery, 12; Mlle Harmelin, 15; M. Ferru, 12 1/2; Mlle Pétot, 13; MM. Roullet, 12; Castéran, 13 1/2; Alary, 16; Chevallier, 12; Mlle Tisserand, MM. Isnel et Ebrard, 13; Escalier, 14.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Un concours s'ouvrira, le 24 février prochain, pour un nombre à déterminer au moment du concours de places d'internes titulaires et provisoires à la Maison départementale de Nanterre.

Tous les étudiants en médecine pourvus de douze inscriptions au moins et ayant fait leur stage obstétrical peuvent être admis à concourir. Se faire inscrire, avant le 4 février, à 4 heures, à la Préfecture de police, bureau du personnel.

Les épreuves comportent une épreuve écrite de pathologie, une épreuve orale d'anatomie et de pathologie (genre question d'externat), deux épreuves cliniques.

Les internes sont nommés pour un an, mais peuvent être prolongés de trois autres années sur leur demande appuyée d'un avis favorable du médecin ou chirurgien chef du service auquel ils sont affectés.

Ils touchent un traitement annuel de 4.000 francs augmenté de l'indemnité de vie chère de 730 francs et d'une indemnité de logement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le Conseil de la Faculté a désigné, par 37 voix sur 38 votants, M. le Dr Henri Claude comme successeur du regretté professeur Dupré dans la chaire de psychiatrie.

PALMES ACADÉMIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les Drs Avérous (de Brest), Blanche (de Paris), Brunet (de Brest), Chauvet (de Pérignac), Chevron (de Châlons-sur-Marne), Contenau (de Paris), Cornu (d'Ervy-le-Châtel), Coste (de Charroux), Debenais (de la Roche-Chalais), Defressine (de Toulon), Dubois (de Tôtes), Duchesne (de Gournay-en-Bray), Durand (de Saint-Martin-d'Auxigny), Emeric (de Saint-Etienne), Folly (de Saverne), Fouassier (de Chalais), Foucart (de Paris), Gastinel (de Sidi-Abdallah), Gauthier, médecin principal de 2e classe; Gautier (d'Evran), Gazin (de Tarbes), Gros (d'Auxon), Grosjean (de Gerardmer), Hormus (de Paris), Jandou (d'Aulnay-sur-Marne), Jarricot (de Lyon), Labarrère (de Monein), Lamarque et Lasnier (de Bordeaux), Looten (de Lille), Marotte, médecin principal; Mignon (du Vésinet), Pourtier (de Manzat), Regnault (de Brinon-sur-Beuvron), Renault (de Saint-Sulpice-les-Feuilles), Rinckenbach (de Maffliens), Rouget, médecin inspecteur général; Siept (de Marseille), Sirot (d'Avesnes), Taconnet (de Lille), Vallet, médecin-major de 1re classe; Zentler (de Marcillat).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Eraud. chef de clinique de l'Antiquaille à Lyon; Jules Geneix (de Saint-Nectaire); Léon Harman, ancien chirurgien des hôpitaux de Reims, professeur honoraire à l'Ecole de médecine; Moeller, membre de l'Académie royale de médecine de Belgique, et Victor de Vaucleroy, ancien président de la Section du Brabant de la Ligue belge contre la tuberculose.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca.) — COURS COMPLÉMENTAIRE PRATIQUE D'HISTOLOGIE, HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE, HÉMATOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE APPLIQUÉES A LA GYNÉCOLOGIE. — M. le Dr Ch. Champy, agrégé, chef de laboratoire, fera un cours complémentaire pratique d'histologie normale et pathologique, d'hématologie et de bactériologie. Ce cours commencera le 31 janvier 1922, à 9 heures du matin. Il comprendra douze séances, du 31 janvier au 15 février.

Chaque séance comportera une leçon théorique avec démonstrations et projections et des exercices pratiques.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté, les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

CHRONIQUE

L'ENCOMBREMENT DANS LES MATERNITÉS PARISIENNES

M. le professeur Bar vient de publier (1) une leçon faite à la clinique Tarnier, le 26 novembre 1921, en reprenant, après un congé et pour une dernière année son enseignement.

Il a saisi cette occasion pour montrer les dangers de l'encombrement dans les maternités parisiennes et en particulier, à la clinique Tarnier.

La vérité est parfois sévère et il faut un certain courage pour la dire. Ce courage n'a pas manqué à M. le professeur Bar, et il doit être remercié pour avoir montré, d'une façon lumineuse et poignante, un vice d'organisation qui, pour l'honneur de la Ville de Paris, doit être réformé sans retard.

Ecoutons-le : « Pendant les premiers mois de l'année, écrit M. le professeur Bar, l'administration de l'Assistance publique a imposé à la clinique un régime d'encombrement qui, par suite d'un vice originel dans l'organisation de mon service, devait avoir et a eu des conséquences graves. La mortalité, par infection puerpérale, des femmes ayant accouché à la clinique s'est élevée, pour les dix premiers mois de 1921 à 0,75 p. 100, taux qu'une maternité ne devrait plus connaître.

J'ai fait imprimer ces pages, ajoute-t-il, parce que le conflit, qu'elles relatent, persiste et a une cause d'ordre général, contre les effets de laquelle beaucoup de mes collègues, médecins, chirurgiens ou accoucheurs, ont lutté.

Je la définis ainsi :

« L'administrateur de l'Assistance publique peut-elle, sans consulter un chef de service ou contre son avis, créer un état d'encombrement dans le service de ce chef? Le chef de service ne doit-il pas être appelé à fixer le point précis au delà duquel un encombrement pourra devenir dangereux pour les malades hospitalisés? »

*
* *

Voici les faits : Les *vices originels* d'abord ; au moment de la création de la clinique, il ne fut pas prévu de service d'isolement, car on ne peut donner ce nom à trois petites chambres placées à la suite des salles réservées aux accouchées, chambres destinées à recevoir les femmes très gravement infectées, les maniaques, les agonisantes. « En fait, rien n'avait été prévu pour séparer les femmes infectées des femmes saines. »

Un autre défaut éclatait, il n'y avait pas de salle d'opération !

Malgré les améliorations apportées dans la suite à l'organisation de la clinique, par M. Budin, puis par M. Bar, l'insuffisance des bâtiments apparaît toujours. Budin avait obtenu — faute de mieux — un service d'isolement dans les combles de la clinique. C'est celui que possède encore M. le professeur Bar, « il est indigne d'une clinique » !

Dans d'autres services, même insuffisance. Le service de l'accouchement comprend *une* salle prévue pour quatre lits et qui en contient cinq. « Que la femme soit sur le point d'accoucher ou seulement au début d'un travail qui s'annonce long; que celui-ci se présente simple ou compliqué; que la parturiente souffre à peine ou pousse des cris désordonnés; qu'elle ait une hémorragie, soit menacée d'éclampsie, etc., elle entre à « la salle de travail » commune à toutes. »

Aux vices originels s'ajoute le fléau de l'*encombrement* contre lequel les médecins n'ont cessé de protester; l'encombrement des salles par des brancards qui ne permettent plus de s'approcher des lits des malades et qui créent la plus lamentable promiscuité; encombrement qui se produira indéfiniment tant que nos édiles ne voudront pas comprendre que les hôpitaux ne sont pas faits pour recevoir tous les malades qui se présentent, mais seulement ceux qu'ils peuvent contenir.

Laissons la question de l'encombrement dans les hôpitaux parisiens pour ne nous occuper que des maternités.

Il est, en ce qui concerne les maternités, un fait bien établi. On offrait aux femmes en couches 422 lits pouvant être portés à 500 quand la population était de 600.000 habitants. Aujourd'hui, l'Assistance publique offre 1.080 lits alors que la population est de près de 3 millions d'habitants et que 1.500.000 habitants du département de la Seine recourent à nos hôpitaux.

L'administration, pour parer au déficit, a décidé d'envoyer des femmes chez des sages-femmes de la Ville installées dans des conditions semblant suffisantes et placées sous la surveillance des accoucheurs chefs de service. « Cette institution eût pu être acceptable si elle avait joué comme une ressource exceptionnelle. » En fait, il y a chez les sages-femmes le même encombrement que dans les maternités.

En 1920 et 1921, environ le *tiers* des femmes qui se sont présentées à la clinique ont été dirigées vers ces sages-femmes!

M. Bar nous fait un tableau lamentable de la situation dans laquelle il a dû se débattre à la clinique. Il montre qu'on a ouvert la clinique à un surcroît de 30 p. 100 de femmes et qu'on a vu la mortalité quintupler!

Si l'on ajoute aux dangers de l'encombrement l'insuffisance du personnel grâce à la néfaste loi de huit heures, grâce à l'instabilité des infirmières et des sages-femmes, on voit combien est compliqué le problème angoissant que l'administration a à résoudre.

Il est impossible que le cri d'alarme poussé par le doyen des chefs de service n'ait pas un grand retentissement. Il sera certainement entendu. L'Assistance publique et le Conseil municipal comprendront que ce n'est pas un pamphlet qu'a voulu écrire M. le professeur Bar, mais une supplique pour que soit assurée, enfin, la sécurité des femmes hospitalisées dans les maternités.

(1) *La Clinique Tarnier, conséquences de son organisation défectueuse, danger d'y créer un état d'encombrement*, par le prof. BAR. Une broch. in-8°. — Corbeil 1922, Imprimerie Crété.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 1er février. — Jury : MM. Sebileau, président; Couvelaire, Ombrédanne et Labbé (Marcel). — M. SEGUIN (A.). Traitement de l'albuminurie. — M. DURAND (Jacques). Contribution à l'étude des vertiges labyrinthiques. — M. DEGUIGNAND (Louis). Le cancer ulcérisé du pylore.

Jeudi 2 février. — Jury : MM. Gilbert, président; Carnot, Achard et Lecène. — M. POUILLARD (André). Contribution à l'étude de l'épithéliome de l'intestin. — M. LAVEDAN (Jean). Contribution à l'étude hématologique de la leucémie aiguë. — M. DEMELIN (Louis). Traitement de la syphilis par le bismuth. — M. LOURDEL (Pierre). De la lithiase vésicale.

Jury : MM. Bernard président; Nobécourt, Lereboullet et Baudouin. — M. CHALET (Antonius). De l'organisation sociale du traitement de la syphilis. — M. ALLIOT (Emile). Etude comparative de la réaction à la tuberculine. — M. DUCHEIX (Noël). Les variations de l'azote résiduel du sérum sanguin. — M. LARQUIER (Jean). Contribution à l'étude de l'endocardite simple.

REVUE GÉNÉRALE

ÉTUDE COMPARÉE DE LA RÉACTION DE BORDET-WASSERMANN ET DES RÉACTIONS COLLOIDALES

Par le Dr BLOUQUIER DE CLARET,
Chef de clinique des maladies mentales et nerveuses de la Faculté de médecine de Montpellier,
et M. André BRUGAIROLLES,
Moniteur des Cliniques.

Les difficultés de technique de la réaction de Bordet-Wassermann ont conduit les chercheurs à suppléer aux renseignements qu'elle donne par la pratique de réactions plus simples devant, comme la première, donner une quasi certitude de spécificité nerveuses. La première en date fut celle de Lange à l'or colloïdal qui, décrite en 1912, dans le *Berl. klin. Woch.*, fut peu pratiquée en France. Si, en effet, la technique en est simple, la préparation des produits nécessaires à son exécution est délicate. Trois ans plus tard, Emmanuel-Cutting, dans le même journal, décrivait une réaction à la gomme mastic d'exécution plus simple, mais donnant des résultats beaucoup plus inconstants.

Enfin, en 1920, Guillain-Laroche et Léchelle décrivent une troisième réaction dite au benjoin colloïdal, sensiblement plus compliquée que la précédente, mais donnant des résultats beaucoup plus nets.

Désirant nous faire une idée de la valeur relative de chacune de ces réactions, nous avons, dans le laboratoire de la clinique des maladies mentales et nerveuses de Montpellier (service de M. le professeur Mairet), fait une étude comparative des différentes réactions colloïdales et de la réaction de Bordet-Wassermann sur soixante-seize liquides céphalo-rachidiens de malades atteints de différentes affections. Devant les affirmations de certains auteurs voyant une relation entre la positivité de ces réactions et soit l'hyperalbuminose, soit l'hypercytose, nous avons fait parallèlement l'examen chimique et cytologique de ces différents liquides.

Technique des réactions colloïdales. — Les réactions colloïdales, de date trop récente, n'étant pas encore comme le Wassermann entrées dans la pratique courante des laboratoires, nous croyons devoir avant l'exposition des résultats obtenus, décrire le mode de préparation des solutions et leur mode d'emploi.

Réaction de Lange (or colloïdal). — Bien que de découverte assez ancienne puisque Lange en parle dans le *Berl. klin. Woch.*, dès 1912, la réaction à l'or colloïdal a peu fait parler d'elle jusqu'à ces deux dernières années.

Cette réaction fut modifiée de nombreuses fois et l'on peut presque dire que chacun des manipulateurs qui l'employa, la modifia à sa façon.

La manipulation la plus délicate est assurément la préparation de la solution d'or colloïdal qui, d'après Lange, doit être rouge pourpre, transparente, sans aucun trouble à la lumière diffuse. Mais il ne faudrait pas croire que toute solution répondant à ses caractères physiques soit utilisable, car fréquemment, l'on se trouve en face de solutions qui bien que parfaites au point de vue coloration, ne présentent aucune décoloration en présence de liquides céphalo-rachidiens de paralysies générales, par exemple.

Ce qui reste à dire, c'est que toute solution doit avant l'emploi, être essayée d'abord avec un liquide devant sûrement donner un changement de teinte et ensuite avec un liquide normal.

La première technique (Lange, 1912) consistait à faire chauffer 1.000 centimètres cubes d'eau bi-distillée (ne devant contenir ni traces de cuivre, de zinc ou de fer) dans un ballon en verre d'Iéna, pendant le chauffage on y verse 10 centimètres cubes d'une solution de chlorure d'or à 1 p. 100 et 10 centimètres cubes de carbonate de potasse à 2 p. 100. A l'ébullition commençante on ajoute rapidement, mais par portion, 10 centimètres cubes de formol à 1 p. 100.

Devant la difficulté de préparation d'une solution parfaite par cette technique, Eicke, en 1913, la modifia ; il réduit l'or par le glucose.

On prend un litre d'eau bi-distillée : 10 centimètres cubes de chlorure d'or à 1 p. 100 ; 5 centimètres cubes de glucose à 5 p. 100 on porte le tout à l'ébullition dans un verre d'Iéna et on ajoute goutte à goutte une solution de carbonate de potasse à 5 p. 100 jusqu'à l'obtention d'une coloration rouge pourpre. Neufeld, en 1917, propose une troisième technique. Il prépare tout d'abord une solution stable de 50 centimètres cubes d'eau bi-distillée fraîche : 1 gramme aurum cristallisatum flavum ; 2g5 de carbonate de potasse. Quelques instants avant l'emploi, on porte au Bunsen 1 litre d'eau bi-distillée fraîche à laquelle on a ajouté 5 centimètres cubes d'une solution de glucose à 3 p. 100. On ajoute ensuite de la solution d'or jusqu'à l'obtention d'un liquide violet foncé. On surveille l'ébullition et on éloigne de la flamme du Bunsen, lorsqu'on a obtenu la teinte rouge pourpre.

Devant la difficulté de préparation, nous avons essayé ces différentes techniques et aujourd'hui nous employons la technique Eicke que nous avons modifiée de la façon suivante.

On prend un litre d'eau bi-distillée fraîche à laquelle on ajoute 10 centimètres cubes de chlorure d'or à 1 p. 100 et 6 centimètre cubes de maltose à 4 p. 100, on porte à l'ébullition et on ajoute d'abord 5 centimètres cubes d'une solution de carbonate de soude, puis on continue goutte à goutte jusqu'à l'obtention d'une coloration rouge pourpre.

Par cette technique nous avons pu obtenir 50 p. 100 de solutions utilisables, alors que les statistiques de Prunelle et de Roubakine et Rubinstein n'en montrent que 30 p. 100.

Hagueneau à la Société de biologie a donné une méthode de sensibilisation des solutions d'or colloïdal permettant d'employer les solutions tout d'abord inutilisables. Il consiste à employer dans la réaction de Lange, une quantité plus ou moins grande d'électrolyte (NaCl) et non une quantité fixe comme on le fait habituellement.

L'exposition de ce procédé, étant longue, nous renvoyons au compte rendu de la séance du 30 octobre 1920 de la Société de biologie.

Une fois la solution d'or colloïdal obtenue la technique est très simple.

On mélange $0^{cc}2$ de liquide céphalo-rachidien à examiner avec $1^{g}8$ de chlorure de sodium à 0,04 p. 100. On met ensuite dans 11 tubes : 1 centimètre cube de la même solution salée. On transporte 1 centimètre cube de la première dilution du liquide à 10 p. 100 dans le premier tube ; de celui-ci 1 centimètre cube dans le suivant, etc. ; de sorte qu'on obtient dans les 12 tubes des dilutions du liquide à 1 : 10, 2 : 20, 1 : 40, 1 : 80, jusqu'à 1 : 10240, 1 : 20480. On ajoute ensuite à chacun des tubes 5 centimètres cubes de la solution d'or colloïdal.

Les liquides céphalo-rachidiens normaux laissent intact la solution d'or au lieu que certains liquides pathologiques provoquent des changements de teinte allant du rouge pourpre, au violet, bleu, jusqu'à la décoloration complète.

Le résultat de la réaction est donné par des courbes caractéristiques, les abcisses représentent les dilutions du liquide, les ordonnées, l'échelle des colorations du rouge au blanc.

Nous verrons plus loin que, suivant l'affection à laquelle on a affaire, la courbe peut avoir une forme différente.

Réaction d'Emmanuel-Cutting (gomme mastic). — Plus récente que la précédente, ses auteurs l'ont décrite en 1915 (*Berl. klin. Woch.*).

On prépare une solution saline : 99 centimètres cubes d'une solution de chlorure de sodium à 1,25 p. 100 et 1 centimètre cube d'une solution de carbonate de potasse à 0.50 p. 100. Dans cinq tubes à essai, on verse 1 centimètre cube de cette solution. Le premier tube reçoit 0,50 de liquide céphalo-rachidien frais et bien agité; le second tube reçoit 1 centimètre cube de cette première solution ; après l'agitation on prélève 1 centimètre cube qu'on verse dans le troisième tube et de même pour le quatrième; le cinquième tube sert de témoin et ne contient pas de liquide céphalo-rachidien.

On a ainsi des dilutions au 1/4, 1/8, 1/16, 1/32.

On prépare une émulsion de gomme mastic : 40 centimètres cubes d'eau bi-distillée : 9 centimètres cubes d'alcool absolu : 1 centimètre cube de gomme mastic dans l'alcool absolu à 10 p. 100. Chacun des cinq tubes reçoit 1 centimètre cube de cette émulsion. On agite et on lit le résultat dans les douze, vingt-quatre heures.

On peut distinguer 4 degrés différents de la précipitation de la résine : 1° et 2°, liquide laiteux avec une précipitation plus ou moins abondante ; 3° liquide un peu trouble avec précipitation abondante ; 4° liquide clair avec précipitation.

Réaction de Guillain-Laroche-Léchelle. — Bien que de date plus récente, la réaction au benjoin colloïdal a fait, à elle seule, couler autant d'encre que l'ont fait les deux autres réunies. Guillain, Laroche et Léchelle à la séance de la Société de biologie du 17 juillet 1920 ont décrit cette méthode qu'ils n'ont que très légèrement modifiée par la suite.

Comme la réaction à la gomme mastic, c'est une réaction de précipitation plus sensible et moins sujette aux causes d'erreurs que la réaction de Lange. Deux solutions sont nécessaires.

1° Une solution saline, solution de NaCl à 0,10 p. 1000.

2° Une solution contenant en suspension de la résine de benjoin. Cette solution se prépare de la façon suivante. On fait dissoudre 10 grammes de résine de benjoin dans 10 centimètres cubes d'alcool absolu, on laisse cette dilution s'effectuer durant quarante-huit heures, on décante et on n'utilise que le liquide ainsi obtenu. Au moment de l'emploi, on prélève $0^{cc}3$ de cette solution que l'on verse lentement dans 20 centimètres cubes d'eau bi-distillée chauffée à 35 degrés de façon à obtenir une suspension très homogène.

On prend une série de 16 tubes à hémolyse, on verse dans :

Le 1er tube..... $0^{cc}25$ de NaCl à 0,1 p. 1000
— 2e tube..... $0^{cc}50$ — — —
— 3e tube..... $1^{cc}50$ — — —

puis dans chacun des autres tubes 1 centimètre cube de cette même solution. On ajoute ensuite en brassant soigneusement le mélange. Dans :

Le 1er tube.......... $0^{cc}75$ de LCR
— 2e tube.......... $0^{cc}50$ —
— 3e tube.......... $0^{cc}50$ —

puis on prélève, dans le troisième tube, 1 centimètre cube de la dilution qu'il renferme et on le porte dans le quatrième et ainsi de suite jusqu'au quinzième, le seizième sert de tube témoin.

On a ainsi des dilutions variant de 1/4 à 1/16834.

On verse enfin dans chacun des tubes 1 centimètre cube du liquide contenant le benjoin en suspension.

La lecture de la réaction peut-être faite six à douze heures après qu'elle a été effectuée. Dans les tubes positifs la précipitation du benjoin est absolue, le liquide complètement clarifié, la résine sédimentée au fond des tubes.

Dans les tubes négatifs l'aspect trouble subsiste sans aucun précipité. Entre ces deux variétés existe parfois une réaction que nous appellerons intermédiaire.

Un liquide céphalo-rachidien normal, tantôt ne donne de précipitation dans aucun tube, tantôt en donne dans les tubes 6 et 7 qui peuvent être moins troubles que leurs voisins et donner un léger sédiment. Si, au contraire, le liquide céphalo-rachidien est pathologique, la précipitation est complète dans un certain nombre de tubes dont l'emplacement dans la série est variable suivant la maladie causale.

Dans la séance de la Société médicale des hôpitaux de Paris, les auteurs donnent une méthode simplifiée de cette réaction où seuls les 6 premiers tubes à hémolyse existent.

Sans en employer 16 comme cela avait été fait au début, nous avons tout de même fait la réaction avec 10 tubes remarquant qu'avec des liquides des malades atteint de syphilis secondaire des modifications intéressantes se produisaient jusqu'au huitième ou neuvième tubes, sans jamais les dépasser.

Note. — Pour toutes ces réactions colloïdales, on doit employer de l'eau bi-distillée récemment dans des appareils en verre et toute la verrerie doit être d'une propreté absolue, lavée dans une solution d'HCl à 2 p. 1000, rincée à l'eau bi-distillée et séchée à l'étuve.

Les 75 examens que nous avons pratiqués ont porté sur :

7 cas d'hémiplégie : 4 réactions positives, 3 réactions négatives.
7 cas de tabès : 7 réactions positives.
10 cas de paralysie générale : 10 réactions positives.
4 cas de paraplégie : 3 réactions positives, 1 réaction négative.

3 cas de polynévrite : 3 réactions négatives.
1 cas de compression médullaire : réaction négative.
3 cas de méningo-encéphalite diffuse : 3 réactions positives.
1 cas de névrite optique : réaction subpositive.
1 cas de syndrome parkinsonnien postnévraxite épidémique : réaction négative.
1 cas de coma méningé : réaction négative.
1 cas de syphilis cérébrale : réaction positive.
1 cas de méningite tuberculeuse : réaction négative.
1 cas de méningite cérébro-spinale : réaction négative.
1 cas de typhobacillose : réaction négative.
1 cas de commotion cérébrale : réaction négative.
4 cas d'épilepsie : 1 réaction positive, 3 réactions négatives.
1 cas de confusion mentale : réaction négative.
2 cas de céphalalgie : réactions négatives.
1 cas de dépression mélancolique : réaction négative.
4 cas d'hypomanie : réactions négatives.
3 cas de démence sénile : réactions négatives.
1 cas de ramollissement cérébral : réaction négative.
6 cas de démence précoce : réactions négatives.
2 cas de mélancolie : réactions négatives.
3 cas de délire hypocondriaque : 1 réaction positive, 2 réactions négatives.
1 cas d'excitation maniaque : réaction négative.
2 cas de délire de persécution : réaction négative.
2 cas de surexcitation maniaque : réaction négative.
1 cas de manie aiguë : réaction négative.

Interprétation physico-chimique des réactions colloïdales. — Rubinstein, il y a quelques mois à peine, dans son *Traité de sérologie et sérodiagnostic*, disait que pour l'or colloïdal tout au moins la nature de la réaction restait inconnue.

En effet, les explications données avant lui sur cette question étaient nombreuses et plutôt de simples hypothèses. Le premier, Eicke émet une théorie et il met la réaction de Lange en corrélation avec les nucloprotéides, les globulines et les lipoïdes du liquide céphalo-rachidien, il ne tente d'ailleurs pas de le démontrer. Spät, s'orientant d'un tout autre côté attribue l'action modifiante du liquide céphalo-rachidien sur les solutions colloïdales d'or à la présence de substances spécifiques dans ce liquide. Mieux que Eicke, Spät appuie son hypothèse sur une expérience qu'il fit à maintes reprises dans son laboratoire. Si, par le procédé de Kotsuki, on élimine les substances spécifiques du liquide céphalo-rachidien par digestion, en mélangeant ce liquide avec des foies des cobayes, les réactions sont négatives.

Enfin, Nenfeld voit dans cette réaction, l'action des ferments et des antiferments (thrombine et antithrombine) qui dans les cas pathologiques passeraient dans le liquide.

Si les théories, pour expliquer ces réactions, sont si nombreuses et de valeur toute relative c'est, qu'en effet, il est difficile d'expliquer une réaction dont on ne connaît pas la nature. Une des premières hypothèses récentes fut celle que la positivité de ces réactions était en relation avec l'albuminose globale. Cette théorie n'était au fond qu'une simple remarque, car, en effet, le plus souvent les réactions positives existent dans des liquides de tabes ou de paralysie générale ou existe aussi une hyperalbuminose plus ou moins considérable.

Mais dans des cas comme l'observation IV (paralysie générale), nous avons une réaction positive avec 0g20 p. 1000 d'albumine et d'autre part dans l'observation LXXIV (méningite tuberculeuse), nous avons une réaction négative avec une hyperalbuminose notable. Enfin une communication récente de MM. Guillain-Laroche et Léchelle à la Société de biologie, sur la réaction du benjoin colloïdal dans la méningite tuberculeuse nous montrent des liquides céphalo-rachidiens avec 0g70, 1g50, jusqu'à 2 grammes et plus d'albumine avec une réaction négative.

La positivité de la réaction fut après mise en rapport avec le nombre des éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien, mais, comme précédemment, on a rencontré assez fréquemment des liquides présentant une lymphocytose très nette avec une réaction négative, jusqu'à 225 éléments par millimètre cube à la cellule de Nageotte (Guillain, Laroche et Léchelle), 2g25 d'albumine, 400 éléments (Duhot et Camon), et nous-même 1g40 d'albumine et 180 éléments. L'explication qui est la plus récente et nous paraît la plus rationnelle est celle fournie par Georges Guillain, Guy Laroche et Michel Macheboeuf.

Cette explication est née d'une série de recherches faites par M. Michel Macheboeuf à l'Institut Pasteur sur le signe électrique de la suspension colloïdale des solutions de benjoin.

Dans sa première méthode, il fit des essais de floculations du benjoin par des dilutions progressivement décroissants de sels à ions positifs ou négatifs.

Le chlorure de calcium qui a un ion positif divalent lui a donné des floculations avec des taux de dilutions très élevées, au lieu que le sulfate de potassium qui ne possède qu'un ion positif monovalent (K) et un négatif (SO^4) bivalent ne donne une floculation qu'avec une concentration beaucoup plus forte. Ees sels comme KCl, contenant un ion positif et ion négatif ont évidemment très peu d'actions. De ce qui précède, il résulte que, les micelles floculées et déchargées par les ions positifs sont donc chargées négativement. Pour l'étude physico-chimique de la réaction du benjoin colloïdal, les auteurs se sont adressés à des méthodes ayant pour but d'étudier l'action séparée des sels, des albumines et des globulines sur la suspension colloïdale du benjoin.

1° La dialyse du liquide céphalo-rachidien à travers un sac de collodion suivie de reconcentration du dialysat.

2° L'ultrafiltration de Malfitano.

Si tout d'abord, l'on étudie l'ensemble des sels du liquide céphalo-rachidien sur les suspensions colloïdales on voit qu'ils n'ont par eux-mêmes aucun pouvoir floculant au taux où ils se trouvent respectivement dans les liquides normaux et pathologiques. D'autre part, les substances protéiques soigneusement séparées des globulines par une dialyse très complète n'ont aucune action et même si on ajoute les sels séparés tout d'abord de ce liquide, le résultat n'est en rien modifié. Si au lieu de cela, on utilise pour les expériences un liquide débarrassé de ses sels, mais contenant encore des protéides et des globulines, ce liquide présente un très léger pouvoir floculant et, la précipitation s'observe sur le premier ou le second tube.

Si enfin dans une dernière expérience nous reconstituons le liquide primitif nous obtenons une couche de précipitation superposable à celle de ce liquide.

De ces expériences il semblerait résulter que dans ces réactions les albumines vraies n'ont pas un rôle floculant, que seules les globulines interviennent et seulement en présence de sels qui nous paraissent une simple action de mordançage en favorisant la floculation par la présence d'ions positifs.

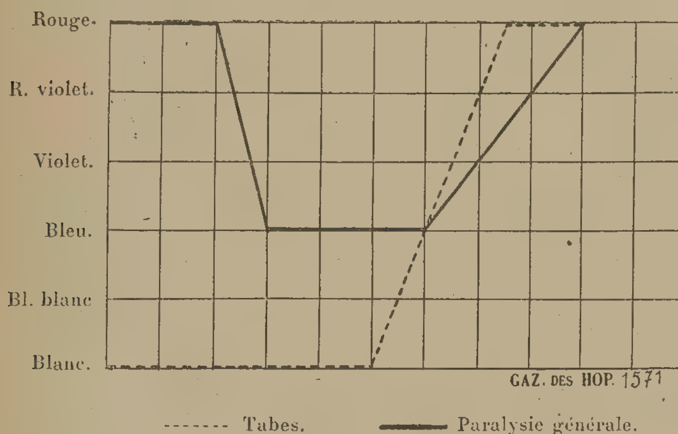
Interprétation des résultats. — Pour la clarté de l'exposition nous croyons devoir exposer successivement les courbes obtenues par l'or colloïdal, la gomme mastic et le benjoin colloïdal.

Les résultats sont donnés par une courbe, qui indique les dilutions progressives en abcisses et l'échelle des colorations en ordonnées.

D'après les résultats de nos recherches, nous pouvons dire que dans les cas de réaction positive, il peut y avoir deux sortes de courbes dont une caractéristique de la paralysie générale et la deuxième du tabès et de la syphilis cérébro-médullaire.

Dans la paralysie générale, la réaction commence à être positive dès les plus petites dilutions, la décoloration étant à peu près complète, puis vers la solution 1/320 ou 1/640 la décoloration commence à être moins complète, le liquide restant à peu près bleu, et progressivement la réaction reste négative jusqu'aux derniers tubes où la solution colloïdale n'a pas changé de teinte.

Dans le tabès au contraire, la réaction n'est pas positive dès le début et le liquide dans les tubes 1, 2, 3, même parfois 4 ou 5, n'est pas décoloré, puis le liquide change progressivement de teinte, et devient violet ou au maximum bleu; dans le tube 7 ou 8 la réaction redevient rapidement négative.



------- Tabes. ——— Paralysie générale.

Cette opinion qui est celle de Crinis, n'est pas celle de Spät qui ne voit pas par cette réaction la possibilité de faire le diagnostic différentiel entre la paralysie générale et le tabès.

Par la gomme mastic on a aussi la possibilité de représenter les résultats par une courbe portant en abcisses les dilutions, et en ordonnées des degrés 1, 2, 3, 4, suivant que le liquide surnageant est comme nous l'avons exposé plus haut, plus ou moins limpide.

Dans les cas de réaction positive, nous avons toujours trouvé la réaction positive dès les dilutions les plus faibles, et habituellement le liquide surnageant complètement limpide.



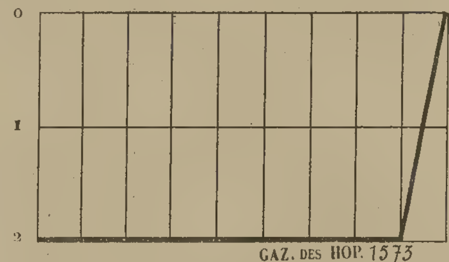
Réaction d'Emmanuel positive.

Les résultats donnés par le benjoin colloïdal sont beaucoup plus intéressants.

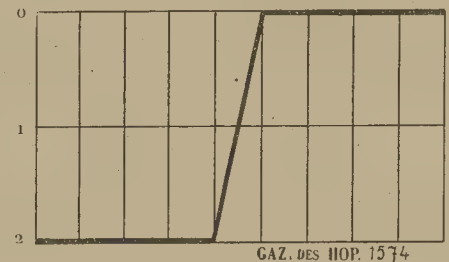
Comme pour les précédentes réactions, les abcisses porteront 10 chiffres correspondant aux différentes dilutions du liquide et les ordonnées les chiffres 1 et 2 suivant la limpidité du liquide surnageant.

C'est dans la paralysie générale que cette réaction est la plus nette, on a une précipitation totale dès le premier tube, pour continuer habituellement jusqu'au neuvième.

Dans le tabès en évolution, la courbe est parfois aussi accentuée que dans la paralysie générale, mais le plus souvent elle ne se constate que dans les deux ou trois premiers tubes.



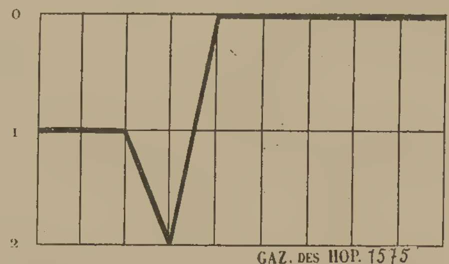
Paralysie générale.



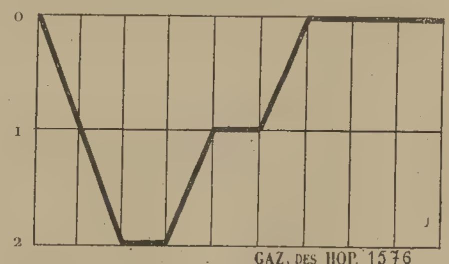
Tabes en évolution.

Dans le tabès arrêté, la réaction est tout autre et affecte souvent le type hémiplégique.

Enfin, dans des cas d'hémiplégie spécifique, nous avons rencontré une courbe ayant l'allure de la courbe du tabès dans la réaction de Lange.



Tabes arrêté.



Hémiplégie spécifique.

Pour faciliter de la lecture des graphiques des réactions colloïdales, nous croyons utile de représenter les courbes négatives qui permettront ainsi de voir plus rapidement la positivité d'une réaction suivant la courbe.

A côté de cette importance diagnostique pour laquelle Guillain-Laroche et Léchelle, d'une part, Targowla, d'autre part, n'hésitent pas à assurer qu'une réaction positive permet d'affirmer le dia-

gnostic et une réaction négative de l'éliminer. Kyrle-Marx et Brondt voient dans le maintien de la positivité de la réaction, malgré un traitement, un pronostic défavorable.

Conclusions. — De l'étude des diverses parties antérieures de ce travail il résulte que :

La réaction de Bordet-Wassermann est destinée à donner de précieuses indications à la clinique, d'autant qu'elle peut être recherchée dans le sang aussi bien que dans le liquide céphalo-rachidien. Pour pouvoir la pratiquer et pour interpréter les résultats, il est indispensable d'avoir des véritables spécialistes entraînés à la technique délicate de cette réaction.

Il arrive cependant, assez fréquemment, que l'incertitude subsiste; la réaction étant empêchante, il faut alors avoir recours à un nouveau examen dans les jours qui suivent.

Enfin, dans ces dernières années, la spécificité de la réaction de Wassermann a été battue en brèche.

Par contre si les réactions à l'or colloïdal, à la gomme mastic, et au benjoin colloïdal ne peuvent encore être pratiquées qu'avec du liquide céphalo-rachidien, ou des liquides dont la composition chimique s'en rapprochent, telle l'humeur aqueuse qu'on obtient par ponction de la chambre antérieure de l'œil, et sur laquelle nous faisons actuellement des recherches, il n'en est pas moins certain que ces réactions offrent des avantages considérables.

Tout d'abord, il n'est nullement besoin d'avoir un laboratoire spécialement aménagé pour les réactions. L'instrumentation est réduite au minimum : quelques tubes à essais, des tubes à hémolyse, des porte-tubes, des pipettes graduées au 1/10 de centimètre cube, des pipettes de 5 centimètres cubes, un thermomètre; c'est là toute l'installation nécessaire.

Enfin obtention rapide des résultats : de six à douze heures, mais ils sont déjà interprétables avant si on a chauffé légèrement les tubes à 25 degrès et, presque instantanés avec l'or colloïdal.

La valeur réelle de ces réactions nous est apparue de façon certaine, cependant il faut constater que la moins sensible nous paraît être celle d'Emmanuel Cutting à la gomme mastic.

La réaction à l'or colloïdal ou réaction de Lange nous a paru réellement spécifique pour la syphilis du névraxe, elle offre de plus un avantage; c'est que par la forme de la courbe on a déjà une présomption de la maladie à laquelle on a à faire. La courbe de positivité du tabès ne ressemblant pas à celle de la paralysie générale progressive.

Quant à la réaction du benjoin colloïdal ou réaction de Guillain-Laroche et Léchelle, elle ne nous a jamais fait défaut et lorsque la réaction de Bordet-Wassermann quatre fois s'est montrée négative, pour des cas cliniques de syphilis du névraxe, la réaction au benjoin colloïdal s'est montrée positive. C'est cette dernière réaction qui nous paraît devoir être employée de préférence à toute autre surtout à celle de la gomme mastic, parce que très sensible, d'une spécificité absolue, d'une préparation facile et peu onéreuse.

Sur 75 observations nous avons trouvé 32 fois les réactions colloïdales positives et dans 4 de ces cas le Wassermann s'est trouvé négatif, bien que l'examen du liquide céphalo-rachidien et le tableau clinique nous fasse penser à l'existence de lésions syphilitiques, voir observations (XIII-XX-XXIV-XLVIII).

Dans un cas de paralysie générale progressive, observation LXVII, la réaction d'Emmanuel s'est trouvée négative.

Dans les observations I à LXX, la réaction de Lange s'est trouvée positive dans des affections non spécifiques et enfin dans les observations (VII et XXX), seule la réaction d'Emmanuel a été positive, l'examen et l'anamnèse ne nous permettent pas de penser à l'existence de la syphilis.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 24 janvier 1922)

Le shock. — M. Quenu, au sujet de la récente communication de M. Turck sur « les réactions biologiques des extraits de tissus dans les maladies aiguës et chroniques » rappelle les idées acquises pendant la guerre sur le shock traumatique, syndrome résultant de l'absorption d'albumines nocives au niveau d'un foyer traumatique avec contusion et écrasement des tissus. Le shock opératoire est d'une autre nature et comporte un élément toxhémique, d'origines diverses, bactériennes, anesthésiques, hémorragiques, en faisant la part des lésions rénales et hépatiques. Il analyse et critique les travaux récents publiés à ce sujet et montre que les étrangers ont ignoré les travaux des chirurgiens français. Il fait des réserves sur les conclusions de M. Turck, notamment sur les mécanismes de l'immunisation contre le shock.

Vaccinations antityphoïdiques. — Les enquêtes se poursuivent sur l'utilité de ces vaccinations et les statistiques qu'on nous apporte semblent confirmer de plus en plus leur efficacités.

M. Achard qui déjà l'an dernier nous a fait, sur ce sujet, une intéressante communication, appuyée sur des faits très démonstratifs, depuis un an, a eu à traiter, dans son service, 4 hommes et 14 femmes atteints d'infection typhoïdique. Les hommes, moins 1, n'avaient pas vingt ans. Parmi les femmes, 3 seulement n'avaient pas atteint cet âge. Si on ajoute ces cas à ceux qui ont été présentés l'an dernier, on arrive aux chiffres de 12 hommes et de 31 femmes. La mortalité globale a été de 16,2 p. 100. Parmi les hommes un seul avait été vacciné, il a présenté une fièvre typhoïde très légère. Les femmes n'avaient pas été vaccinées et ont été atteintes, en général, assez gravement. Ces faits confirment les résultats déjà obtenus et plaident incontestablement en faveur de la vaccination antityphoïdique.

M. Dopter apporte d'autres faits analogues et insiste sur la nécessité de vacciner le personnel hospitalier.

M. Achard est d'autant plus de cet avis qu'il traite, en ce moment, une de ses infirmières qui avait échappé à la vaccination et qui présente actuellement une fièvre typhoïde à forme grave.

Formation d'un centre de vaccinations antityphoïdiques à la Salpêtrière. — Sous ce titre, M. Crouzon nous apporte une nouvelle confirmation des bienfaits de ces vaccinations.

Il a créé ce service, à la Salpêtrière, en 1911, et n'a cessé de le surveiller depuis cette date. Cinq mille personnes ont été vaccinées et soumises ensuite à un minutieux examen. Il n'y a aucun incident à signaler, après un contrôle rigoureux sur les vaccinés pendant les heures qui suivent la vaccination.

La statistique montre, en outre, que dans le groupement des malades hospitalisés où la fièvre typhoïde, avant la vaccination, atteignait, chaque année, une dizaine de sujets, on n'a eu à constater, en 1912 et en 1913, que 8 ou 9 cas, et depuis 1915, on n'a eu que 3 cas en 1918 et un seul cas en 1919, soit 4 cas en cinq années.

Un seul des vaccinés a été atteint, d'ailleurs très légèrement.

Ces résultats ont amené l'Assistance publique à créer quatre nouveaux centres de vaccinations antityphoïdiques

pour la population civile à Saint-Antoine, à Cochin, à Lariboisière et à Trousseau.

Hygiène. — M. Léon BERNARD lit un rapport sur les applications des lois d'hygiène en Algérie.

Eaux minérales. — M. POUCHET lit une série de rapports sur les eaux minérales. Les conclusions sont adoptées.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie.

Le classement des candidats est le suivant : En première ligne, M. J. Camus ; en deuxième ligne par ordre alphabétique, MM. Anthony, Hallion et B. Roussy.

Le nombre des votants étant de 85, majorité 43, au premier tour de scrutin, M. Hallion obtient 46 suffrages, M. Camus 31, M. Anthony 1 et M. Roussy 1.

En conséquence, M. Hallion est proclamé élu.

— L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour y traiter une question quelque peu passionnante au sujet d'une des prochaines élections.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 17 JANVIER 1922)

Communication interventriculaire et pouls lent permanent. — MM. BARBIER, LEBÉE et MOUQUIN, présente un enfant de quinze ans atteint de pouls lent permanent. Aucun signe de syphilis ni chez lui, ni chez les parents ou collatéraux (Bordet-Wassermann négatif), aucun autre facteur infectieux pouvant expliquer ce symptôme. Par contre ce sujet présente une lésion congénitale du cœur (communication interventriculaire) et des troubles de développement. Il y a lieu chez lui de porter le diagnostic de pouls lent permanent congénital par malformation du faisceau de His. Le plus souvent la perforation de la cloison interventriculaire est à la partie antérieure de la cloison. Ici, comme il y a en plus agénésie du faisceau de His, la perforation se trouble vraisemblablement au niveau de la partie membraneuse de la cloison, là on passe ce faisceau.

Cette double lésion a été très bien supportée jusqu'à l'âge de quatorze ans et demi, mais depuis six mois l'enfant présente de la dyspnée d'effort.

Si donc on a pu dire que la bradycardie congénitale est très bien supportée (cas de Lian, chez un homme de trente-quatre ans), l'avenir de ce malade paraît incertain à cause de l'apparition de la dyspnée d'effort, et de l'influence qui exerce la pression des globes oculaires sur la bradycardie. (La recherche du reflexe oculo-cardiaque a provoqué une syncope.)

Dermatite polymorphe douloureuse à prédominance bulleuse et à poussées subintrantes chez un nourrisson de cinq mois. — MM. G. L. HALLEZ et ZUBER. Dermatite caractérisée par l'apparition de bulles à contenu primitivement aseptique et renfermant de nombreux éosinophiles.

Secondairement, le contenu de ces bulles se trouble, s'infecte et présente des polynucléaires altérés et des pyocoques.

Coexistence de papules, d'ecthyma, de lésions de grattage dues à un prurit intense et de petites croûtes hémorragiques. Pas de fièvre, hypothrepsie. Poids : 4k350 à cinq mois et demi. L'affection évolue depuis l'âge de quatre mois; l'enfant est nourri au sein maternel, indemne de syphilis héréditaire et présente de l'éosinophilie sanguine (neuf éosinophiles pour cent leucocytes).

Discussion. — M. Jean HALLÉ. Le pronostic de ces éruptions est très variable. Il ne faut pas confondre la dermatite herpétiforme de Duhring-Brocq avec le pemphigus aigu des nouveau-nés ou pemphigus bulleux. L'ensemencement de ces bulles ne se cultive pas, même dans des cas très graves.

M. LESNÉ. De ces enfants atteints de pemphigus aigu les uns succombent, les autres guérissent. Il cite un cas où l'éruption était symptomatique d'une méningococcémie. Il s'agit donc d'infections très variées.

M. MÉRY a vu des cas à marche foudroyante.

Malformations congénitales multiples des membres. — MM. AVIRAGNET, LEREBOULLET et PEIGNAUX présentent une fillette de huit ans, porteuse de malformations multiples.

Aux membres supérieurs, double main bote palmaire radiale avec du côté gauche déviation latérale du poucc (pouce bot), luxation congénitale de la tête du radius gauche.

Aux membres inférieurs :

A droite genu valgum léger, appareil rotulien normal.

A gauche, genu recurvatum, fortement prononcé (145 degrés), associé à une forte déviation en valgum. Saillie des plateaux tibiaux.

En arrière. Pas de rotule.

Enfin double pied bot varus équin dont l'un fut opéré par ténotomie simple du tendon d'Achille en 1919, par M. Kirmisson.

Cette enfant mise debout présente une très forte lordose vertébrale avec saillie des fesses. Elle ne peut marcher.

Grâce à son genu recurvatum du côté gauche elle peut manger seule, car elle s'est habituée à porter vers sa bouche avec son pied gauche la cuiller ou le verre qu'elle tient tant bien que mal avec sa main gauche.

Brièveté congénitale du voile du palais. — MM. APERT et BIGOT présentent un enfant de huit ans et demi atteint d'une affection rare décrite par Lermoyez, en 1892, sous le nom d'insuffisance vélo-palatine. Le voile du palais chez cet enfant est très court, la luette rudimentaire. Cette malformation entraîne un nasonnement très marqué, mais aucun trouble de la déglutition.

Outre cette anomalie, l'enfant présente d'autres malformations : oxycéphalie avec saillie anormale du sinciput, strabisme et myopie très accentués, camptodactylie du petit doigt de la main gauche. Atrophie des deuxième et troisième orteils, aux deux pieds. Le reste du corps ne présente rien d'anormal. L'intelligence est très vive.

A propos des syndromes épiphysaires. — M. Mathieu PIERRE-WEIL présente deux enfants. L'un âgé de quinze ans a grandi brusquement vers l'âge de dix ans, puis depuis trois ans a cessé toute croissance. Ses épiphyses sont entièrement soudées. Il présente des signes de virilisme (barbe, voix, organes génitaux, mentalité d'adulte) d'origine épiphysaire, pas de troubles oculaires (rétrécissement du champ visuel). La radiographie a montré un élargissement de la selle turcique, polyurie, crises d'asthme, crises d'épilepsie, pas d'hérédosyphilis.

Depuis quinze mois, soigné par la radiothérapie profonde. Les crises d'épilepsie ont disparu avec le gardénal.

Le deuxième malade de quinze ans, de même taille, est beaucoup plus frustre. On ne relève chez lui qu'un arrêt de croissance, la voix grave, la mentalité d'un adulte.

M. LEREBOULLET note que le syndrome, hypothétique chez le second malade, est certain sur le premier. Le dysfonctionnement de l'épiphyse ne donne pas de gigantisme, mais précipite la croissance normale. Chez le premier malade, il semble que le processus se soit arrêté sous l'influence de la radiothérapie profonde.

Recherches sur l'exhalation de vapeur d'eau par le poumon chez le nourrisson sain et chez le nourrisson atteint de choléra infantile ou de diarrhée commune. — MM. MARFAN et DORLENCOURT se sont servis d'un appareil qui leur a permis de doser, sur une portion toujours la même de l'air expiré, la vapeur d'eau provenant de l'exhalation pulmonaire, dans un temps déterminé. Avec cet appareil, on n'obtient pas des chiffres d'une valeur absolue ; mais en opérant toujours de la même manière, on en obtient qui permettent de comparer le degré de l'exhalation pulmonaire, chez des sujets différents.

Leurs recherches ont montré que, dans le choléra infantile (diarrhée cholériforme), affection qui s'accompagne d'une deshydratation très marquée, l'exhalation de vapeur d'eau par le poumon, rapportée au kilo de poids, augmente de plus d'un tiers : dans les diarrhées communes, sans symptômes toxiques ou infectieux, cette exhalation diminue de moitié.

L'explication de ce dernier fait est assez difficile à donner. Les auteurs se demandent toutefois s'il n'y a pas, chez le jeune enfant, un mécanisme régulateur des déperditions

aqueuses, mécanisme qui intervient dans les diarrhées communes pour que la perte d'eau par les selles n'entraîne pas de déshydratation. Si un pareil mécanisme existe, on peut supposer qu'il est supprimé dans les diarrhées toxiques cholériformes.

Au cours de leurs recherches, les auteurs ont constaté que, aussi bien à l'état normal qu'à l'état pathologique, l'exhalation de vapeur d'eau par le poumon, rapportée au kilo de poids, augmente jusqu'à trois mois, où, ayant atteint son maximum, elle diminue progressivement jusque vers la fin de la première année.

Discussion. — M. LESNÉ demande si l'absence de perspiration cutanée chez les tout petits n'explique pas l'exhalation plus marquée de vapeur d'eau dans les trois premiers mois.

M. MARFAN ne le croit pas ; dans l'appareil les enfants sont mis dans un sac de caoutchouc ne laissant que la tête à l'air. Dans la diarrhée cholériforme, on observe un trouble très particulier de la respiration ; elle est à la fois accélérée et profonde. C'est l'étude de cette respiration qui nous a conduit à rechercher l'évaporation pulmonaire chez ces malades.

Névralgie périorbitaire nocturne, guérie par l'usage de la peptone. — Mme NAGEOTTE-WILBOUTCHEVITCH rapporte l'observation d'une fillette de huit ans qui, la nuit vers deux heures, était souvent prise de violente douleur péri-orbitaire avec nausées et lipothymie ou palpitations très violentes.

Ces crises ont été améliorées par une cure de carbonate de bismuth, puis d'huile de vaseline. Enfin guéries par l'usage de peptone. Il s'agit donc de crises d'origine intestinale chez un sujet à sympathique très sensible.

Discussion. — M. MÉRY rapporte un cas analogue de crises de tachycardie formidable, vomissements sanglants, liés à des phénomènes intestinaux avec un sympathique irritable.

MM. Jean HALLÉ et COMBY insistent sur les phénomènes analogues que peuvent donner la grippe : cas avec crises effroyables de tachycardie, cas avec hypothymies et syncopes.

Deux observations d'hydrargyrie chez les enfants. — M. Conrado PELFORT (de Montevidéo). Rapporteur M. COMBY.

Sur une série d'accidents méningés bénins peut-être liés à des encéphalites légères. — MM. BARBIER, ARBEIT et LEBÉE attirent l'attention sur le grand nombre de cas d'affections nerveuses (convulsives, paralytiques, névralgiques, catatoniques) observées à Hérold depuis trois mois, et dont l'étiologie reste imprécise. Dans certains cas on peut se demander s'il ne s'agit pas de cas légers d'encéphalite épidémique, car les malades ont tous guéri. Les résultats de la ponction lombaire ont été très variables : tantôt état absolument normal, tantôt variations souvent indépendantes les unes des autres de la teneur en albumine et en sucre et de la formule cellulaire. Dans un cas de catatonie avec hémiparésie transitoire et purpura, dans un cas de sciatique avec purpura rhumatoïde, on a constaté une lymphocytose abondante et passagère avec albumine normale et hyperglycorachie, ce qui est dans la physionomie de l'encéphalite. Pour les autres cas on peut se demander s'il ne s'agit pas de manifestations grippales correspondant au début de l'épidémie actuelle.

M. COMBY. Ces cas intéressants sont très dissemblables, mais nul doute que certains d'entre eux ne relèvent d'encéphalite légère, certains cas sans doute par encéphalite épidémique liés à la grippe. C'est une question à l'étude.

Zona homolatéral et croisé consécutifs à des pleurésies tuberculeuses avec épanchement. — M. Georges SCHREIBER. Le zona n'est pas considéré à l'heure actuelle comme une infection spécifique, mais le bacille de Koch paraît assez souvent en cause. Dans un mémoire publié en 1911, l'auteur a étudié les relations du zona et de la tuberculose chez l'enfant, il en rappelle les conclusions à l'occasion de deux observations personnelles :

Dans le premier cas, il s'agit d'une fillette de quatorze ans et demi, atteinte d'une pleurésie tuberculeuse gauche avec épanchement séro-fibrineux abondant à évolution traînante. Cuti-réaction positive. Lymphocytose pleurétique accentuée. Après disparition de l'épanchement qui a nécessité quatre thoracentèses, on note des adhérences très épaisses. Au cours de la convalescence apparaît un zona pectoral homolatéral qu'on aurait pu considérer comme un simple trouble trophique lié à une névrite par englobement des nerfs intercostaux dans les adhérences.

Mais le second cas semble indiquer qu'il s'agit plutôt d'une manifestation de l'infection tuberculeuse généralisée au même titre que l'épanchement pleural. Il est, en effet, caractérisé par l'apparition, chez un garçon de quinze ans, dans des conditions analogues aux précédentes d'un zona intercostal croisé ou alterne, d'un zona thoracique gauche au cours de la convalescence d'une pleurésie tuberculeuse droite avec épanchement modéré.

Il convient, d'ailleurs, de noter que le zona peut constituer un signe avant-coureur de la bacillose et qu'il peut apparaître avant la pleurésie.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1922)

ÉLOGE DU Dr LOUIS RIGOLLOT-SIMONNOT

Par M. Alphonse HUGUIER.

Parmi ceux de nos confrères qui sont tombés au cours de la guerre, il en est un, profondément estimé et aimé de tous ceux qui l'ont connu, dont la conduite, admirable de courage, de résignation, de sacrifice, mérite d'être connue, c'est Rigollot-Simonnot. Aussi devons-nous féliciter notre collègue Huguier, son ami d'enfance et son camarade d'études, d'avoir fait revivre devant la Société des chirurgiens de Paris, la belle figure de ce jeune chirurgien qui, par son savoir, son habileté et sa parfaite conscience professionnelle, était appelé à un bel avenir.

Nous sommes heureux de pouvoir donner ici quelques extraits de l'éloge simple, juste, vrai et qu'on sent dicté par le cœur.

Dr A. B.

Après avoir rappelé l'enfance de Simonnot à Bar-sur-Seine où il est né, l'amour filial qu'il avait pour sa mère qui, de son côté, adorait son fils, les promenades que Huguier et lui firent dans le cabriolet du docteur Fontaine qu'ils suivaient dans ses visites d'où leur vocation, à tous deux, pour la médecine, Huguier s'exprime ainsi :

C'est à Paris que Rigollot fit ses études de médecine. Son père et sa mère l'y suivirent, ne pouvant s'en séparer.

Rigollot fut toujours respectueux et soumis en face de l'affection un peu tyrannique de ses parents, à l'âge où justement, on ne rêve que liberté et indépendance !

Il renonça à une aubaine inespérée, à suivre le prince de Monaco, à bord de la *Princesse Alice*.

Ce fut un grand sacrifice qu'il fit à ses parents. Ce ne fut pas le seul, car c'est aussi pour eux qu'il renonça à se marier.

Rigollot fut nommé interne des hôpitaux de Paris au concours de 1902. Il sut se faire aimer de ses maîtres et de ses malades.

En salle de garde, Rigollot a laissé à ses collègues, le souvenir d'un camarade exquis, modeste, très doux, très gai, extraordinairement fin et spirituel. Jamais, il ne prononça, envers aucun d'eux, le moindre mot méchant. Il n'avait que des amis.

Hallé, chirurgien de Saint-Joseph, ayant Huguier pour assistant, lui demanda de s'adjoindre un jeune collègue, Huguier pensa aussitôt à Rigollot-Simonnot et c'est ainsi que celui-ci entra à Saint-Joseph où il fut successivement assistant de Huguier, et peu de temps après chirurgien chef.

Hallé fut pour Huguier et Rigollot un maître exigeant, mais très instruit, très bon et très droit : M. Huguier lui rend un respectueux hommage.

De Rigollot, se dégageait je ne sais quel charme attirant qui le rendait sympathique du premier coup. C'était un ami sûr. On pouvait lui confier ses peines. Il avait toujours des paroles tendres pour vous réconforter.

« Rigollot fut élu membre titulaire de notre Société en 1910. Vous le voyez certainement encore entrer dans notre ancienne salle de l'Hôtel des Sociétés savantes, correct, vêtu avec une sobre élégance, le sourire aux lèvres, les yeux

pétillant d'intelligence, serrant les mains et inclinant chaque fois le buste avec une politesse et une courtoisie d'un autre âge.

Il a fait à notre Société 26 communications sur les sujets les plus variés. Toutes dénotent son érudition, son sens clinique et son habileté opératoire.

A la fin de juillet 1914, l'avant-veille de l'ultimatum autrichien à la Serbie, alors que rien, chez nous, ne permettait de craindre la guerre, je partais en Bretagne. Avant mon départ, j'étais allé serrer la main de Rigollot. Il m'avait promis de venir me retrouver à la mer. Comme moi, il s'en réjouissait, car c'était la première fois, depuis notre enfance, que nous allions pouvoir passer ensemble quelques semaines de vacances. Je ne l'ai jamais revu !

Trois jours après la mobilisation, le médecin aide-major de 2e classe de territoriale Rigollot-Simonnot part à Rennes, en compagnie de notre collègue Coutela, pour rejoindre sa région. Il est affecté à la 9e ambulance du 10e corps d'armée.

Sitôt organisée, son ambulance est dirigée, par voie ferrée, sur Somme-Py. Elle gagne ensuite la Belgique, par étapes. Le 23 août, elle avance sur la route de Florennes lorsqu'elle reçoit l'ordre de rétrograder sur Philippeville. C'est là qu'elle s'installe dans le pensionnat des Sœurs Notre-Dame et fonctionne pour la première fois pendant toute la nuit.

Les Allemands, victorieux, arrivaient.

Le lendemain, 24 août, le médecin chef de la 9e ambulance, M. le médecin-major Perdrizet, reçoit du médecin inspecteur Follenfant l'ordre de se replier en laissant, sur place, les grands blessés avec deux infirmiers, sous la garde de l'aide-major le plus jeune en grade.

Un chirurgien, son ancien collègue d'internat, de la même ancienneté que Rigollot, mais plus jeune de cinq ans, est désigné par son âge, les considérations de famille n'entrant pas en jeu à cette époque de la guerre. Il accepte son sort avec calme, Rigollot sursaute. *Pars*, lui dit-il, *c'est à moi de rester, je suis célibataire, tu as femme et enfants*, et il refuse énergiquement de tirer au sort comme le propose son camarade. Ils tombent dans les bras l'un de l'autre, et le médecin chef ne peut qu'accepter la décision irrévocable de son subordonné. *C'est pour expier mes péchés de vieux garçon*, écrivait, plus tard, Rigollot à la Sœur de son service, elle-même prisonnière à Ham, cherchant par cette phrase d'une modestie charmante, qui le dépeint tout entier, à expliquer l'acte généreux qui devait lui coûter la vie.

M. Perdrizet, après l'avoir quitté, et encore tout ému, proposa le médecin aide-major Rigollot-Simonnot pour la Légion d'honneur. Cette récompense ne lui a jamais été accordée... J'ose espérer que la lecture du récit de sa captivité sera une consolation pour ceux qui auraient désiré voir décerner à sa mémoire l'insigne qu'on donne encore aujourd'hui, sans compter, à titre posthume, aux officiers morts de blessures de guerre.

Le 25 août, à sept heures du matin, les Allemands ayant pénétré à Philippeville font prisonniers Rigollot et ses blessés. De l'hôpital où il est consigné et où il travaille sans relâche, refaisant avec soin tous ses pansements — on ne sait ce qui peut arriver — Rigollot entend, avec angoisse pour sa patrie, passer sans interruption, pendant trois jours et trois nuits, le flot des armées ennemies.

Le 30 août, une « Croix-Rouge » boche envahit l'hôpital où de nombreux blessés allemands ont été amenés. Le premier soin de nos confrères d'Outre-Rhin est de mettre Rigollot à la porte avec défense absolue de s'éloigner de la ville. Il est recueilli et logé chez le bourgmestre.

L'ambulance allemande reste juste huit jours à Philippeville. Lorsqu'après son départ, Rigollot reprend la direction de l'hôpital, il retrouve, mais dans quel état! ses anciens blessés augmentés de ceux des leurs, laissés par les ennemis. Aucun pansement n'avait été touché. Les savants « Docktors », au lieu de soigner leurs hommes et les nôtres, avaient passé tout leur temps à table, mangeant et buvant le vin qu'ils avaient fait enlever par leurs infirmiers dans les maisons abandonnées de leurs propriétaires. Ils avaient tout emporté : pansements, médicaments, linge, vin, et même la trousse de Rigollot. C'était le dénuement absolu.

Grâce au dévouement des habitants, et, en particulier, de deux belges, MM. Pirson et Scheepers, qui s'occupaient de l'administration de l'hôpital, on put, au prix de mille difficultés, procurer ce qui leur manquait aux blessés et au « docteur français », car c'est le nom qu'on donne encore aujourd'hui, là-bas, à Rigollot-Simonnot.

Notre ancien collègue se consacre entièrement avec un dévouement inlassable, dont tout Philippeville était émerveillé, à soigner les blessés ennemis comme amis, commençant souvent sa journée par les premiers. Un certain jour, comme M. Pirson lui témoignait son étonnement sur cette façon d'agir, il lui répondit : *Un blessé, dans son lit, est un malheureux qui souffre, il a droit à mes soins ; un homme n'est allemand que lorsqu'il a son casque à pointe.*

Lorsqu'il opérait, les médecins boches de passage et ceux installés dans les villages voisins, en particulier ceux de Marienbourg, ne manquaient pas de venir assister à ses interventions. Tous admiraient la sûreté de son diagnostic et son habileté opératoire. Ils devaient en parler aux leurs, car, à plusieurs reprises, des officiers allemands vinrent se faire soigner par Rigollot au lieu de se faire transporter dans leurs propres hôpitaux.

Tous ses blessés l'adoraient et il le leur rendait. M. Pirson m'écrivait l'avoir vu les larmes aux yeux quand on lui enlevait ceux de ses blessés suffisamment rétablis pour être évacués en Allemagne.

Sa politesse, son aménité, son dévouement, son désintéressement, quand il était appelé à donner ses soins aux civils belges de la région dépourvue de médecins, lui avaient valu la sympathie et le respect de la population.

Bien des poings se serraient quand un officier allemand, sautant d'une auto de passage, l'abordait d'un air arrogant et exigeait ses papiers d'identité. On lui avait conseillé de se mettre en tenue civile pour éviter cette humiliation qui se répétait chaque jour. Jamais il ne consentit à quitter l'uniforme français.

En décembre, quand l'hôpital fut presque vidé, ses amis belges voulurent, à plusieurs reprises, le décider à passer en Hollande pour regagner la France. La chose était faisable, sans gros risques. Toujours, il refusa, la ville devant être rendue responsable de son évasion et surtout parce qu'il avait donné sa parole de ne pas fuir. Avec son âme droite, il croyait toujours au respect de la « Convention de Genève » et à la promesse des Boches qui s'étaient engagés à le remettre en liberté sitôt après l'évacuation des derniers blessés. Le 20 décembre, jour de son départ de Philippeville, il avait encore la certitude que Namur où il avait l'ordre de se rendre, était sa première étape vers la France qu'il aimait tant et où il retrouverait son vieux père dont il parlait chaque jour et dont il n'avait eu aucune nouvelle depuis la mobilisation.

Il laissa un tel souvenir à Philippeville que, lorsqu'on y apprit la mort du « Docteur français », un service funèbre fut célébré en sa mémoire. Toute la ville y assista : l'église était archicomble.

C'est le 5 janvier 1915 que commença la captivité de Rigollot-Simonnot en Allemagne. Il fut envoyé au camp de Gustrow, en Mecklembourg, au nord de Berlin.

Il faut lire dans la thèse de Léonetti (Paris 1915), l'un de ses compagnons de captivité, la description de ce camp au moment de leur arrivée. »

M. Huguier nous fait ici une description saisissante des misères de toutes sortes, des souffrances, des privations, qu'à partir de ce moment souffrit avec une admirable résignation Rigollot-Simonnot.

« Les malades, les fièvres typhoïdes et les blessés étaient mélangés, pas ou peu de médicament, aucune hygiène.

« La colère monte aux lèvres des médecins français, prisonniers, qui viennent d'arriver, d'autres se lamentent : *Au milieu de tant de misères*, dit-il à ses collègues, *notre devoir n'est plus de nous réclamer de nos droits, mais de travailler*, et c'est ce qu'il fit.

Il supplée à une inaction forcée par un dévouement absolu aux prisonniers. Il se donne tout à tous avec une souriante sérénité, qui lui conquiert tous les cœurs. Il est véritablement vénéré par ces malheureux, soumis à une discipline sévère, jusqu'à la cruauté, dans ce camp où le prisonnier est moins bien traité que du bétail et où l'on meurt de froid et de faim...

Quand Rigollot passe dans les allées du camp et pénètre sous les tentes, toutes les mains se tendent et les regards s'éclairent de joie. C'est le consolateur désigné.

Soudain, un jour, une lettre, ignoblement et presque

complètement passée « au caviar », lui apprend brutalement, crûment, sans détails, que son père tant aimé est mort.

Ce fut un effondrement. Rigollot qui avait tant de fois relevé le courage des autres, reste plusieurs jours dans un état de prostration douloureuse. Ce coup moral a ébranlé sa santé. Pendant plus d'une semaine, il doit garder le lit. Il se relève amaigri et sans forces.

Puis il se ressaisit, touché par les marques de sympathie que lui donne tout un camp.

A quelque temps de là, ses camarades et lui surpris par un remue-ménage fébrile autour d'eux, apprennent par un soldat allemand dont ils se sont assurés l'indiscrétion, que les Ambassadeurs d'Espagne, des Etats-Unis et un délégué suisse M. Ador, viendront prochainement visiter le camp de Gustrow. Rigollot, Monsaingeon et deux autres camarades décident en secret de révéler aux Ambassadeurs quelle est la véritable attitude des chefs allemands afin que la Commission de contrôle ne juge point sur les apparences qu'on voudra bien lui montrer. La démarche est grave. Il s'agit d'empêcher nos compatriotes de mourir de faim, d'interrompre les sévices et de jeter bas les masques du colonel commandant et de ses acolytes.

Le jour de la visite, nos quatre confrères parviennent à causer, sans témoins, avec les Ambassadeurs. L'entretien est court, mais suffisant pour dire ce qu'il faut. Il n'était pas achevé quand le colonel gouverneur non prévenu de l'audience, aperçoit les quatre médecins français causant librement avec la mission. Plein de colère, il court rejoindre le groupe.

Nos confrères, pendant leur entretien, avaient omis de montrer aux délégués, avec quoi étaient nourris les prisonniers. L'un d'eux se charge de réparer cet oubli. Se posant carrément devant le cortège, il demande à parler aux Ambassadeurs. Sous le regard courroucé du colonel, il crie misère et montre un morceau du pain immangeable qui lui a été distribué. Le colonel a l'audace de traiter l'homme d'imposteur et soutient que ce pain là a été maquillé. Il est tellement en rage d'avoir été découvert que des larmes de colère sortent de ses yeux exorbités et que sa voix peut à peine être entendue, tellement il est suffoqué.

La vengeance, habilement dissimulée, ne tarde pas.

Rigollot-Simonnot et Poinsot et le médecin auxiliaire Léonetti sont désignés pour Langensalza.

Ils partent le 3 avril.

Ils arrivent la nuit en gare de Langensalza. Une voiture attelée de deux pur sang les attend. Elle traverse la ville au galop des chevaux et s'arrête, 2 kilomètres plus loin, devant un camp de prisonniers.

Vite, ils sont mis au courant de la situation par les confrères français arrivés avant eux.

Une épouvantable épidémie de typhus exanthématique et de diphtérie sévit sur les 10.000 prisonniers du camp. Le typhus avait débuté le 12 janvier, vingt jours exactement après le mélange des prisonniers. *Vingt jours*, j'insiste sur ce chiffre, *juste la durée moyenne de la période d'incubation du typhus*. Le mal avait d'abord été nié par un médecin allemand qui avait payé de sa vie son ignorance. Reconnu le 15 février, il avait fait en mars de terribles progrès. A part le Dr Rheberg, auquel il faut rendre justice, les médecins allemands n'avaient jamais osé approcher des malades. Ils se contentaient de les regarder à bonne distance. Depuis le commencement de l'épidémie, ils n'osaient même plus traverser le camp. On avait dû faire appel à des médecins étrangers prisonniers. Depuis l'arrivée de ces derniers, quinze avaient déjà été atteints. Le docteur Lassalas et trois médecins russes étaient morts. Le docteur Natier était à l'agonie. Il mourut le 7 avril. Les six médecins encore debout, dont quatre Français, avaient soigné, en huit jours, plus de trois milles malades. Ils étaient surmenés. Il fallait du renfort.

Rigollot exprime son étonnement d'être envoyé, lui chirurgien pour soigner des malades. Il déclare que, pouvant être plus utilement employé ailleurs, il va protester dès le lendemain et demander à être affecté à un autre poste. « N'en fais rien, lui dit le docteur Dournay, son ancien condisciple de collège, qui était arrivé à Langensalza depuis le début de l'épidémie, n'en fais rien, avant d'avoir visité, demain matin le camp avec moi. »

Suit une description lamentable du camp de Langensalza.

« Rigollot, après avoir parcouru le camp, se tourna vers Dournay, lui prit la main et lui répéta à peu près ce qu'il avait déjà dit à Gustrow : *Devant de pareilles misères, il n'y a qu'un devoir : rester et faire ce que l'on peut.*

Nos confrères, et surtout Léonetti, qui connaissait la santé délicate de Rigollot, qui savait son effondrement depuis qu'il avait appris la mort de son père, demandèrent aux Allemands que notre ancien collègue fut affecté au service de chirurgie, afin qu'il fut moins exposé à la contagion. Le commandant du camp refusa. Alors, comme ses camarades, Rigollot se consacra tout entier aux soins des malades.

Quinze jours après son arrivée, le 20 avril, Rigollot était atteint lui-même du terrible mal. Douze jours plus tard, à la phase critique de la maladie, alors que tout faisait présager une intensité normale, il fut pris d'un hoquet continu, symptôme du plus fâcheux pronostic. Malgré les soins les plus dévoués de ses camarades, et, en particulier, de Léonetti qui ne le quitta pas d'une minute, Rigollot-Simonnot s'éteignit le 5 mai 1915, à cinq heures du matin, à l'âge de trente-huit ans !

Il fut enterré deux jours plus tard dans le cimetière du camp, au milieu des hommes qu'il avait soignés. La cérémonie fut simple et touchante. Tous les prisonniers valides avaient tenu à y assister. Les honneurs furent rendus par un piquet d'infanterie ennemie en présence des officiers allemands, raides, sanglés... et indifférents.

Deux discours furent prononcés : l'un terne et froid par l'aumônier allemand, l'autre par un confrère français, discours à double sens, plein d'ironie vengeresse, auquel les Boches ne comprirent rien.

Le lendemain du jour où Rigollot s'était senti atteint, il avait écrit, avant d'entrer à l'hôpital du camp, un testament dans lequel il demandait qu'un souvenir de lui fut laissé à chacun de ses amis.

Les premières et les dernières phrases de ce testament valent, je pense, la peine d'être lues ici.

J'accepte avec joie et sans regrets d'aucune sorte la volonté de Dieu, quelle qu'elle soit, croyant absolument et fermement en Lui, en Sa justice, en Son infinie bonté, et Le remerciant de m'avoir rappelé quand je m'éloignais de Lui et de m'avoir donné la possibilité de mourir alors que j'étais plus près de Lui et plus confiant. J'espère qu'Il me fera rejoindre mes chers parents, ma mère qui a donné sa vie pour moi, mon père, dont les souffrances morales auront été comptées.

. . . .

Je désire que mon corps soit rapporté à Bar et enterré auprès de mes chers parents.

Je dis merci à tous ceux qui ont entouré mon cher père, et je prie Dieu, quand Il le voudra, de me prendre avec Lui, dans la paix.

Malgré toutes les démarches de sa famille, le dernier désir de notre ancien collègue n'est pas encore exaucé. Ses restes reposent encore aujourd'hui là-bas, en terre allemande, dans le cimetière des prisonniers de Langensalza.

En récompense de son dévouement, Rigollot, après sa mort, fut cité à l'ordre du jour... du régiment ! ...et on lui décerna ...la médaille des épidémies ! En compensation, je m'empresse d'ajouter qu'un infirmier français, qui avait séjourné à Langensalza en 1915, pleurait en parlant tout dernièrement de son ancien major, à mon assistant, notre collègue Lanos.

Telle fut la vie de Rigollot-Simonnot. Je pense qu'elle peut être citée en exemple aux jeunes.

Un tel homme a fait honneur à la chirurgie, à notre Société, à notre patrie et à l'humanité. »

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — OUVERTURE D'UN BUREAU P.-L.-M. SUR LA PROMENADE DES ANGLAIS, A NICE. — En dehors de son grand Bureau nouvellement ouvert à la gare de Nice, la Compagnie des chemins de fer P.-L.-M. vient d'installer en ville, au n° 7 de la Promenade des Anglais, à l'angle de la rue Massenet, un bureau de renseignements avec vente de billets et location de places de luxe pour la direction de Paris. Le nouveau bureau est ouvert : le matin, de 9 h. à 12 h.; le soir, de 14 h. à 18 h.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Psychiatrie du médecin praticien, par DIDE et GUIRAUD. 1 vol.; 408 pages, 8 planches hors texte. — Paris, Masson et Cie.

N° 9. — MARDI 31 JANV. 1922. 95e ANNÉE. MARDI 31 JANV. 1922. — N° 9

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 29 janvier. — Questions données : « Signes et diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique. — Invagination intestinale. »

MM. Merklen, 13 ; Garcin et Desoubry, 14 ; Callegari, 11 1/2 ; Chauveau, 13 1/2, Bernard (Raym.), 14 1/2 ; Pareux, 14 ; Lévy (Robert), 6 ; Baruk, 13 ; Ripert, 14 1/2 ; Theillier, 12.

VACCINATION ANTITYPHOIDIQUE. — L'administration générale de l'Assistance publique a fait afficher l'avis au public suivant :

« La fièvre typhoïdeest évitable par la vaccination.

Partout où l'immunisation est pratiquée elle donne les résultats les plus décisifs.

Parmi le personnel de l'Assistance publique, qui, la première, a organisé unservice de piqûres préventives, on ne constate qu'un cas sur 100 agents.

Aux armées, la proportion qui, en 1915, avant la vaccination obligatoire atteignait 230 hommes pour 100.000, s'abaisse à 2,42 en 1918.

Et ce bienfait est durable :

A l'heure actuelle la population mâle, qui a fait la guerre et a subi les piqûres, est bien moins frappée que les femmes et les enfants (sur 751 cas, 145 hommes seulement et 476 femmes et enfants).

L'Assistance publique croit de son devoir de mettre à la disposition de la population les moyens d'éviter cette maladie redoutable.

A titre d'expérience, quatre centres de vaccination antityphoïdique gratuite sont ouverts dès à présent dans les hôpitaux Saint-Antoine, Cochin, Lariboisière et Trousseau (ce dernier plus particulièrement réservé aux enfants).

S'adresser pour renseignements aux directeurs de ces établissements.

Signé : Dr LOUIS MOURIER. »

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — Le concours d'internat de l'hôpital Saint-Joseph aura lieu dans la première quinzaine de mars. Des affiches et avis ultérieurs en feront connaître la date précise ainsi que le nombre de places mises au concours. Pour tous renseignements, écrire à M. l'Administrateur délégué, 7, rue Pierre-Larousse, Paris, 14e.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Un concours pour une place de chef de clinique de dermatologie s'ouvrira à l'Ecole de Marseille le 13 février 1922.

Le candidat élu est nommé jusqu'au 1er novembre 1922 et reçoit un traitement annuel de 2.400 francs.

Le candidat arrivé second pourra être nommé chef de clinique adjoint : ses fonctions seront gratuites.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — La médaille d'or est décernée à M. le Dr Bourillon, directeur honoraire des établissements nationaux de bienfaisance.

PALMES ACADÉMIQUES. — Sont nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Armand, médecin-major de 2e classe ; Beck (d'Annemasse), Bouchard (de Lyon), Cart (de Paris), Cep (de Salies-du-Sabat), Cochot (de la Ferté-Gaucher), Detroy (de Flers-Lille), Dupouy (d'Arzacq), Durand (du Puy), Durœux (de Paris), Duval (de Putanges), d'Eschevannes-Poncelin, dit Carlos (de Dijon), Fayet, médecin-major de 1re classe ; Mlle Fédoroff (de Paris), MM. Foley, médecin-major de 1re classe ; Fournier (de Capdenac-Gare), de Gorsse (de Bagnères-de-Luchon), Guyot (de Lormes), James (de Fauville), Kuhn (de Strasbourg), Lahaussois, médecin principal de 2e classe ; Lannaux, médecin-major de 2e classe ; Lecalvé (de Lorient), Le Fers, médecin-major de 2e classe ; Léger, médecin-major de 1re classe ; Meloche (de Saint-Nazaire), Mesmain (de Migné-Auxances), Queste (de Saint-Just-en-Chaussée), Roch (de Charmes), Schalck (de Haguenau), Schœpfer (de Marmoutier), Si Meziani el Hadj Ali (de Saint-Eugène), Tardif, médecin-major de 1re classe ; Tournant (de Compiègne), Uzac, médecin principal de 2e classe ; Wagner (de Barr).

(Au titre étranger.) *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les Drs Coiscou (de Santo-Domingo), Gulikers (de Liége), Voronzery (de Smyrne), Zelenski (de Cracovie).

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Cegan (d'Alexandrie), Coicou (de Port-au-Prince), Deminne (de Bruxelles), Garcia-

Gautier (de Santo-Domingo), Godts (d'Anvers), Goffin (d'Ostende), Jessurun (de Haarlem), de Lutys (de Castallamare di Stabia), Orfali (d'Alexandrie), Pijoan et Turell Y Isbert (de Barcelone).

SYNDICAT GÉNÉRAL DES MÉDECINS DES STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE. — La prochaine réunion aura lieu le mercredi 8 février, à 4 heures, chez M. le prof. Robin, président d'honneur, 18, rue Beaujon.

Il est rappelé aux confrères qui veulent faire partie du Syndicat qu'ils doivent en adresser la demande à M. le Dr Durand-Fardel, président, 164, rue de Courcelles. Toute correspondance intéressant le Syndicat doit être envoyée au Dr Molinéry, secrétaire général, 30, avenue Sainte-Marie, Saint-Mandé (Seine).

COURS DE PHYSIOLOGIE. — M. Charles Richet, membre de l'Institut, professeur, commencera le cours de physiologie le jeudi 2 février 1922, à 18 heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Physiologie générale, pendant le mois de février 1922. — Physiologie de la nutrition, pendant les mois de mars, avril et mai 1922.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS BAUDELOCQUE. (Prof. : M. A. COUVELAIRE.) — COURS COMPLÉMENTAIRES DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE. — Cours réservés aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants ayant terminé leur scolarité, sous la direction de M. Lévy-Solal, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux, assisté de MM. Vignes, accoucheur des hôpitaux; Marcel Pinard, médecin des hôpitaux; Cleisz, ancien chef de clinique; Morisson-Lacombe, Povilevicz, Hidden et Sellet, chefs de clinique et chefs de clinique adjoints.

Durée : deux semaines, le matin et l'après-midi.

Première série, du 13 au 25 février 1922; deuxième série, du 10 au 22 avril 1922 (vacances de Pâques); troisième série, du 11 au 23 septembre 1922; quatrième série, du 2 au 14 octobre 1922.

Droit d'inscription : 100 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet nº 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du Dr de Keating-Hart (de Marseille). Notre regretté confrère, qui vient d'être enlevé par la grippe à Paris, où il était fixé depuis quelques années, était bien connu par ses travaux de radiologie appliquée à la chirurgie.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

DÉPOT D'EFFETS ET OBJETS DANS UN HOTEL PAR UN VOYAGEUR. RESPONSABILITÉ

Les articles 1952 et 1953 du Code civil déterminent la responsabilité des hôteliers, c'est-à-dire de ceux qui font profession de loger, même quand ils ne donnent pas à manger, et assimilent *au dépôt nécessaire* l'apport par le voyageur dans leur hôtel des effets lui appartenant. L'article 1949 définit le dépôt nécessaire celui qui a été forcé par quelque accident tel qu'un incendie, une ruine, un pillage, un naufrage ou autre événement imprévu. Les hôteliers ou aubergistes sont responsables du vol ou du dommage des effets du voyageur, soit que le vol ait été commis ou que le dommage ait été causé par les domestiques et préposés de l'hôtellerie, ou par des étrangers allant ou venant dans l'hôtellerie. Mais la loi du 18 avril 1889, modifiée par celle du 8 avril 1911, a limité la responsabilité des hôteliers ou aubergistes, à 1000 fr., pour les espèces monnayées, les valeurs, les titres, les bijoux et les objets précieux de toute nature non déposés réellement entre les mains des aubergistes ou hôteliers; et l'article 1954 spécifie qu'ils ne sont pas responsables des vols faits avec force armée ou autre force majeure.

Médecins et chirurgiens, appelés en province pour une consultation, ou faisant simplement un voyage, peuvent être victimes d'un vol commis dans l'hôtel où ils résident passagèrement; il est de leur intérêt de savoir ce qu'ils ont le droit de prétendre, si cette éventualité se produit.

Les hôteliers ou aubergistes sont donc responsables; les articles 1952 et 1953 frappent de plein droit l'hôtelier ou l'aubergiste dès qu'il est démontré qu'un effet apporté par le voyageur a été endommagé ou a disparu, *sans qu'il soit nécessaire de prouver ni même d'alléguer une faute quelconque contre l'hôtelier ou l'aubergiste.* Mais les deux articles 1952 et 1953 du Code civil ne peuvent être invoqués que par celui qui loge chez eux pendant le laps de temps au cours duquel est survenu l'événement engageant cette responsabilité. Si le voyageur était temporairement absent de l'hôtel au moment où les objets qu'il y avait laissés en dépôt ont été soustraits ou détériorés, les hôteliers ou aubergistes ne peuvent être alors considérés que comme de simples dépositaires volontaires. Cette qualité leur impose l'obligation de garder et de restituer en nature la chose même qu'ils ont reçue et ils sont passibles d'une action en dommages-intérêts en cas d'inaccomplissement de leur obligation, à moins qu'ils ne justifient que l'inexécution provient d'une cause étrangère qui ne peut leur être imputée. Donc, lorsque l'hôtelier est dépositaire des objets appartenant à un voyageur absent ou parti, s'il cesse d'être soumis aux dispositions des articles 1952 et suivants, il n'en est pas moins tenu d'un dépôt volontaire; il peut être responsable, mais dans des conditions moins rigoureuses.

Ces principes ont été précisés dans un jugement du Tribunal civil de la Seine du 15 novembre 1921.

Une dame, professeur dans un collège de province, était descendue, au mois de septembre 1920, dans un hôtel de Paris, exploité par M... Elle avait averti ce dernier de son intention de s'absenter régulièrement chaque semaine pendant trois ou quatre jours pour se rendre auprès de son mari, fonctionnaire au ministère des régions libérées; et il avait été convenu entre elle et l'hôtelier qu'elle ne paierait le loyer de sa chambre que pendant la durée de son séjour réel à Paris, mais qu'elle laisserait chez lui, pendant ses absences, la malle qu'elle apportait. Ce dépôt a été accepté par M...

Rentrée de voyage le 27 septembre, elle s'aperçut, en voulant prendre du linge dans sa malle, que celle-ci était vide. Il y avait trace d'effraction mais l'auteur du vol resta inconnu. Demande en justice pour avoir paiement de 4.000 fr., valeur attribuée aux objets volés par la voyageuse, fut formée contre l'hôtelier. L'hôtelier opposa que les articles 1952 et 1953 du Code civil ne pouvaient être appliqués à son égard. C'était exact; car il ne s'agissait pas d'un dépôt nécessaire. Mais il s'agissait d'un dépôt volontaire, et il avait commis une faute personnelle en ne surveillant pas son personnel.

« Attendu, dit le jugement, que le dépôt des objets laissés par la dame X.. en son absence à la garde de M... revêt les caractères juridiques du dépôt volontaire; que la demanderesse ne peut donc pour les motifs ci-dessus déduits, se prévaloir *de la présomption* de responsabilité mise à la charge de l'hôtelier par les textes susvisés;

Mais attendu que ladite dame rapporte la preuve à laquelle elle est tenue de la faute de M...; que cette faute résulte à l'évidence du vol qui, malgré l'impossibilité d'en découvrir jusqu'à présent l'auteur, doit être tenu pour constant, et qu'une plus grande circonspection du défendeur dans le choix de son personnel eu sans doute rendu impossible... »

Le tribunal a dès lors fait droit au principe de la demande de la voyageuse et lui a attribuée une somme de 2.655 fr. 25, montant du préjudice réellement subi par elle.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

GYNÉCOLOGIE -- OBSTÉTRIQUE

Par M. le Dr M. DELESTRE.

GYNÉCOLOGIE

Annexites non infectieuses. Maladies de l'ovulation. (Paul Dalché, 1 vol. de la collection : l' « Actualité obstétricale et gynécologique.) » — A côté des accidents provoqués par l'infection, on observe, en gynécologie, des accidents relevant de phénomènes purement fluxionnaires et congestifs.

C'est tout d'abord chez les nerveuses : la congestion naturelle à la période menstruelle peut être, chez elle, exagérée ou troublée; des poussées congestives éclatent aussi entre les règles, et revêtent la symptomatologie des annexites.

Les mêmes phénomènes se rencontrent chez les arthritiques, les herpétiques, les goutteuses, chez toutes les malades sujettes aux réactions congestives.

L'ovaire, qui éprouve avec une telle fréquence le coup de ces accès hyperémiques, devient à son tour une cause d'annexité non infectieuse. Les troubles ovariens si divers, les maladies de l'ovulation retentissent sur toute la zone génitale pour amener des états fluxionnaires qui n'ont rien d'inflammatoire; l'hydrosalpinx, l'hématosalpinx, la pachy-salpingite peuvent en être la conséquence.

Quelles sont les causes occasionnelles de ces états fluxionnaires? En premier lieu il faut signaler le froid, surtout lorsque la malade est en période menstruelle (immersion des mains ou des pieds dans l'eau glacée, vêtements trop légers). Puis le traumatisme, qui frappe directement les annexes à travers la paroi abdomidale, ou indirectement par les excès de coït. La surexcitation sexuelle par abus des pratiques anormales. La fatigue, le surmenage, deviennent l'occasion de fluxions annexielles chez les prédisposées, et en particulier chez les *fausses utérines*. La névropathie seule suffit à provoquer des poussées sur l'appareil génital et en particulier sur l'ovaire : les anxieuses, les neurasthéniques, toutes les malades atteintes d'une psychonévrose qui met si souvent leur système vaso-moteur en état d'instabilité, nous présentent des variations brusques avec fluxions, qui se portent volontiers sur les organes sexuels. Mais la cause le plus souvent de nature réflexe peut siéger dans l'appareil génital lui-même : au cours des flexions utérines, des métrites, des fibromes et de nombreuses affections ovariennes, on peut voir se développer des salpingites non infectieuses qui disparaissent avec assez de facilité.

Il faut citer enfin les maladies de l'ovulation pouvant agir par excitation et hyperémie, et qui sont sous la dépendance d'une défectuosité dans la production des sécrétions internes, d'une anomalie anatomique ou d'une affection aiguë ou chronique en cours d'évolution.

Dans la symptomatologie de ces annexites non infectieuses il faut signaler l'élément douleur qui est prédominant, en raison du terrain nerveux sur lequel elles évoluent le plus souvent. Cliniquement, elles se présentent avec des différences qui tiennent le plus souvent à leur cause; certains cas sont transitoires, mais souvent aussi les phénomènes sont plus permanents. Ces annexites s'accompagnent de troubles menstruels, et particulièrement d'aménorrhée congestive : leur évolution est variable, les unes rétrocèdent assez vite, mais beaucoup sont sujettes à répétition.

Dans la symptomatologie des maladies de l'ovulation on rencontre toutes les variétés allant de la simple congestion tubo-ovarienne à la tumeur annexielle non infectieuse prenant un volume important : il faut signaler plus particulièrement la dysménorrhée ovarienne, puis l'hyperémie ovarienne, l'ovarité menstruelle, l'apoplexie ovarienne, et enfin la possibilité de ruptures de la trompe, causant ce que l'on a appelé l'hématocèle cataméniale.

Le traitement des annexites non infectieuses et des maladies de l'ovulation est très complexe puisqu'il s'étend du simple trouble névropathique à l'inondation hémorragique du péritoine. Le repos, les opiacés, la glace, l'hydrothérapie et dans quelques cas les émissions sanguines seront utilisées dans les annexites. Aux maladies de l'ovulation s'adresseront plus spécialement l'hydrothérapie, l'opothérapie et la kinésithérapie.

La douleur dans le cancer du corps utérin. (G. Daniel [de Marselle]. La *Gynécologie*, avril 1920, n° 4.) — Il est classique de nier toute valeur diagnostique au symptôme douleur dans le cancer de l'utérus, que la tumeur siège au niveau du col ou au niveau du corps, mais dans ce second cas nous devons en faire une étude attentive, car elle constitue un élément important de pronostic et d'opérabilité.

Caractères cliniques. — L'on peut diviser ces douleurs en plusieurs groupes :

1° Des douleurs légères donnant l'impression d'une pesanteur vague;

2° Des coliques utérines;

3° Des crises douloureuses paroxystiques survenant régulièrement à une heure précise de la journée ou de la nuit durant quelques heures et se renouvelant les jours suivants dans les mêmes conditions.

Pathogénie des douleurs. — 1° Les crises douloureuses paroxystiques survenant régulièrement sont dues à de l'hématométrie ou plus rarement à de la pyométrie;

2° Les douleurs continues sont dues soit à l'extension du néoplasme à la séreuse, soit à l'invasion de la base du ligament large et à la névrite par propagation le long des nerfs de l'utérus, dans ce cas les limites de l'opérabilité sont en général atteintes;

3° Un troisième type, de douleurs moins vives et plus régulières est dû à une invasion par les bourgeons néoplasiques du tissu musculaire de l'utérus avec intégrité du péritoine et des organes avoisinants. Ce dernier type de douleurs est très intéressant à distinguer des autres, car il ne constitue nullement une contre-indication à une intervention chirurgicale.

L'examen détaillé de quarante-trois observations de cancer du corps accompagnées d'examen histologique ont montré à Daniel que les tumeurs malignes du corps utérin peuvent être douloureuses par elles-mêmes, soit quand leur siège primitif est intramusculaire, soit quand, ayant un point de départ muqueux, elles ont envahi secondairement la coque musculaire de l'utérus. Ceci revient à dire que lorsque le muscle est intact, le cancer est en général indolore et inversement.

En résumé, un cancer du corps de l'utérus peut être douloureux et tout de même être opérable encore largement s'il s'agit soit d'une tumeur maligne de la muqueuse ayant commencé à envahir secondairement le muscle, soit d'une tumeur maligne primitivement intramusculaire et encore à son début.

La douleur précoce qui accompagne ces deux localisations du néoplasme du corps utérin ne constitue pas comme dans le cancer du col une contre-indication à l'intervention chirurgicale.

Myomes utérins. Dégénérescence rouge. (Prof. Tédenat et G. Tzelepoglou. La *Gynécologie*, févr. 1921, p. 65-79.) — Les auteurs font une revue d'ensemble de la question et rapportent cinq observations originales.

Au point de vue symptomatique, les myomes rouges présentent très souvent à côté des signes communs à tous les fibromes utérins quelques symptômes particuliers, tels que : douleurs violentes survenant en général sous forme de crises, vomissements, diarrhée, frissons, fièvre. On a noté des métrorragies fétides.

Tuberculose

Pré-tuberculose. — Catarrhes bronchiques.

PERLES

TAPHOSOTE

LAMBIOTTE FRÈRES

dosées à 0 gr. 25 de tanno-phosphate de créosote.

Tolérance parfaite

dose moyenne : 5 perles par jour.

Littérature et Échantillons :
PRODUITS LAMBIOTTE FRÈRES
3, Rue d'Édimbourg, Paris-8e



L'évolution est généralement lente et le pronostic post-opératoire ne paraît pas plus grave que celui des myomes ordinaires.

A l'examen macroscopique, la tumeur se montre rouge, lie de vin, en totalité ou en partie, avec dans certains cas, de petites cavités à contenu puriforme. La pièce dégage souvent une odeur de poisson fait.

Tédenat et Tzélépoglou rapportent l'examen microscopique d'un cas. La zone blanche qui entourait la masse rouge présentait un épaississement du tissu conjonctif, de l'endo-périvascularite avec dégénérescence œdémateuse du muscle et du stroma. La partie rouge montrait la nécrobiose du tissu fibromusculaire avec télangiectasie et infiltration hémorragique.

La pathogénie n'est pas encore complètement élucidée. Il semble toutefois que le facteur que l'on peut invoquer dans la plupart des cas est représenté par des troubles vasculaires (athérome), qui déterminent la dégénérescence aseptique du néoplasme. La couleur rouge est due au sang hémolysé.

Les phénomènes infectieux qui accompagnent l'évolution des myomes rouges peuvent être expliqués par la résorption des produits dégénérés.

Thérapeutique gynécologique. (Paul Guéniot. 2e édit., « Bibliothèque de thérapeutique ». J.-B. Baillière, édit.) — Cette seconde édition du livre de Guéniot sera certainement enlevée aussi rapidement que la première, car il devrait être dans les mains de tous les praticiens. On ne peut faire mieux sous un volume aussi réduit. Au courant des dernières méthodes, orné de nombreuses figures extrêmement claires, il résume d'une façon parfaite toute la thérapeutique gynécologique.

OBSTÉTRIQUE

Augmentation de l'acide urique du sang au cours des toxémies de la grossesse. (L. Williams. *Journ. amer. med. Assoc.*, Chicago, 7 mai 1921.) — Dans le sang des femmes enceintes éclamptiques ou atteintes de vomissements incoercibles ou présentant des symptômes de toxémie prééclamptique, albuminurie, cylindrurie avec hypertension artérielle, Williams a trouvé une augmentation notable du taux de l'acide urique du sang.

Chez trois éclamptiques qui moururent, l'acide urique dépassait 10 milligrammes par 100 centimètres cubes de sang (normale 1 à 3 milligrammes); chez celles qui guérirent la moyenne était de 7mmg4.

Chez les malades ayant des symptômes de toxémie prééclamptique, le taux de l'acide urique variait de 3mmg3 à 8mmg4 p. 100, d'autant plus élevé que les symptômes étaient plus accusés. La délivrance ou la guérison s'accompagnèrent toujours d'un retour graduel de l'acide urique à la normale.

L'hypertension artérielle qui ne s'associe pas, chez les femmes enceintes, à des symptômes de toxémie gravidique ne s'accompagne pas de rétention d'acide urique.

Au cas de vomissements incoercibles d'origine toxémique, Williams a noté aussi une augmentation de l'acide urique (jusqu'à 18 milligrammes p. 100 chez un malade) qui disparaît après la délivrance, tandis que, chez les femmes atteintes de vomissements névropathiques ou physiologiques, l'acide urique était en quantité normale; son dosage permettrait donc de distinguer ces dernières catégories de vomissements de la grossesse des véritables vomissements toxémiques.

Williams pense que l'augmentation de l'acide urique sanguin dans les toxémies de la grossesse est peut être liée à la résorption de l'urine fœtale; on connaît, en effet, la richesse en acides uriques de l'urine du nourrisson et la présence d'infarctus d'acide urique dans les reins du nouveau-né.

A propos du curettage dans les suites de couches. Son emploi comme moyen prophylactique de l'infection puerpérale. (Félicien Benoit. *Th. de Paris*, 1921, Vigot, édit.) — Le curettage dans les infections utérines postpartum, après avoir été fortement préconisé depuis une trentaine d'années est maintenant tombé dans une grande défaveur. On lui reproche de ne pas effectuer, avec certitude, un nettoyage complet, la curette laissant des débris qu'elle ne parvient pas à détacher; mais on l'incrimine surtout de réveiller localement l'infection en ouvrant de nouvelles portes d'entrée aux agents pathogènes.

Le docteur Benoît, sous l'inspiration du docteur Bouffe de Saint-Blaise, et suivant la technique adoptée par ce dernier à la maternité de Saint-Antoine, préconise le curettage immédiatement après la délivrance comme moyen prophylactique de l'infection, dans tous les cas où l'examen du délivre révèle une rétention de cotylédons ou de membranes.

« Son indication est la délivrance incomplète, avec rétention de débris placentaires, de membranes ou de caduque, rétentions si fréquentes dans les accouchements prématurés, dans les accouchements d'enfant mort et macéré, et surtout lorsque l'endomètre aura été malade au cours de la gestation. Il sera également le complément de la délivrance artificielle, lorsqu'on ne pourra affirmer qu'elle est complète. »

A quel moment faut-il pratiquer ce curettage prophylactique? Autant que possible, immédiatement après la délivrance, sinon dans les douze ou dix-huit premières heures au plus tard.

On reprochera à ce procédé d'avoir à curetter d'une façon trop fréquente et peut-être inutile; mais ne vaut-il pas mieux faire un curettage inutile, à une période où il n'est pas dangereux, que de risquer, en laissant des corps étrangers dans l'utérus, une infection qui peut devenir grave? Le curettage prophylactique offre, en effet, l'avantage suivant : si, malgré lui, l'infection vient à se déclarer, l'accoucheur a la certitude qu'il n'y a rien à enlever dans la cavité utérine; il n'a plus à se poser la question de savoir s'il doit curetter ou non, opération qui, dans ce cas, est toujours dangereuse. On n'a plus à venir troubler alors le repos de l'organisme qui constitue un grand facteur de guérison. Ces cas d'infection, survenus après curettage primitif, sont d'ailleurs exceptionnels et guérissent le plus souvent très rapidement.

Le seul reproche qu'on puisse faire à ce procédé, qui donne d'excellents résultats, est de nécessiter une certaine habitude du maniement de la curette dans un utérus dont la cavité est encore très agrandie et dont le fond et les cornes pourraient être facilement perforés si l'instrument était manœuvré avec brutalité.

Encéphalite épidémique et grossesse. (Marinesco et Bar. *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 12 juillet 1921.) — A plusieurs reprises, en ces derniers temps, on nous a parlé des rapports de l'encéphalite épidémique et de la grossesse. Les travaux de MM. Mercier, Jorge, Achard, etc., nous ont montré la possibilité d'une transmission placentaire de la maladie de la mère à l'enfant. La communication faite à l'Académie de médecine par M. Marinesco ajoute quelques notions très utiles de plus à cet ensemble de documents.

M. Marinesco avait observé, antérieurement aux études que nous venons de mentionner, deux cas où, malgré la venue de la maladie infectieuse, la grossesse avait suivi son cours, l'accouchement s'était fait de façon normale et les nouveau-nés n'avaient présenté aucun symptôme morbide. Les deux cas qu'il rapporte cette fois se sont terminés de toute autre façon.

Le premier concerne une femme de trente-deux ans, primipare, chez laquelle l'encéphalite s'est déclarée au cinquième mois de la grossesse. La malade se trouvait la plupart du temps dans un état de torpeur avec des améliorations transitoires; elle avait des contractures rapides et involontaires de la face et des membres, du ptosis bilatéral, de la fièvre ; lorsqu'elle sortait de sa somnolence il lui restait une sorte de délire onirique, peu de temps après le début de la maladie sont apparus des troubles sphinctériens et la malade est morte en vingt jours sans avoir expulsé le fœtus. On a trouvé chez elle à l'autopsie les lésions caractéristiques de l'encéphalite. Quant au fœtus, on a constaté chez lui des hémorragies dissséminées dans le pédoncule, les ganglions et l'écorce.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une multipare qui avait été atteinte d'encéphalite au septième mois. Elle avait du ptosis bilatéral, du strabisme divergent, des mouvements rapides et irréguliers dans les muscles des membres, de l'azotémie (2g95) et de l'hyperglycorachie. L'état grave de la malade poussa à pratiquer une césarienne abdominale. Le fœtus est mort rapidement après l'extraction. L'utérus s'est bien rétracté, il n'y a eu aucune hémorragie, mais l'état comateux de la mère s'est prolongé et elle a succombé le lendemain de l'intervention.

M. Marinesco conclut de ces faits que l'encéphalite, comme toutes les maladies infectieuses, peut tantôt se dérouler sans avoir aucune influence sur la grossesse, tantôt interrompre celle-ci. La mort et l'expulsion du fœtus ne sont pas toujours dues à la contagion de l'infection; d'autres facteurs peuvent concourir à ce résultat, tels que l'hyperthermie prolongée et les troubles du métabolisme. Quant à l'intervention possible de l'accoucheur, ses indications et ses contre-indications ne sont pas encore posées de façon nette.

A la suite de cette communication de M. Maresco, M. Bar a déclaré que l'interruption de la grossesse ne lui paraissait pas une chose souhaitable. Il se passe en pareil cas, a-t-il dit, ce qui arrive dans toutes les autres maladies infectieuses survenant chez une femme à la fin de sa grossesse. Le souhait le meilleur qui puisse être formulé est que l'accouchement ne se produise qu'après que sera terminée la phase aiguë de la maladie. L'accouchement, lorsqu'il se produit pendant cette période aiguë, est ordinairement le signal d'une aggravation d'autant plus intense que la grossesse est plus avancée.

Gestation et tuberculose. (Léon BERNARD. *Presse méd.*, 16 nov. 1921.) — Si l'on se reporte aux opinions des anciens, on trouve des opinions contradictoires. Il faut rechercher cette divergence d'opinions dans ce fait qu'il ne s'agit pas des mêmes malades. Et de même que les anciens distinguaient les scrofuleux des phtisiques, il faut aujourd'hui distinguer les femmes ayant une immunité acquise, de celles qui ont une tuberculose en évolution.

Les observations recueillies dans le service de M. L. Bernard montrent que : sur 164 femmes tuberculeuses, 31 sont devenues enceintes ou ont accouché, soit 18 p. 100; il y a eu aggravation ou réveil de la tuberculose dans 6 cas pendant la gestation, dans 13 cas après l'accouchement, dans 10 cas (sur 16) chez des femmes qui allaitaient. L'aggravation de la tuberculose a été d'autant plus précoce que les lésions sont plus récentes ; l'aggravation s'est produite dès la première gestation.

Cette susceptibilité est expliquée par les recherches de Nobécourt et Paraf ; la cutiréaction positive chez les femmes ou chez les cobayes, est suspendue pendant la gestation, non chez toutes, mais chez presque toutes. L'aggravation est donc très fréquente, mais pas absolument fatale.

Pour faire la contre-épreuve, M. L. Bernard a recherché sur ces 164 femmes, celles qui avaient des antécédents gravidiques.

Il en a trouvé 34 chez lesquelles la gestation n'a eu aucune action ou, en tout cas, une action plus marquée.

Il s'agit là de pratique hospitalière et il est vraisemblable qu'en dehors de l'hôpital, le pronostic doit être envisagé avec moins de crainte.

En résumé, le pronostic est mauvais, fréquemment mauvais, mais parfaitement mauvais.

L'insuffisance hépatique avec acidose au cours de la grossesse. (Marcel LABBÉ, Jean HUTINEL et Floride NEPVEUX. *Soc. méd. des hôpit.*, 8 avril 1921.) — Les auteurs publient l'observation très intéressante d'une malade qui, au septième mois de sa grossesse fut atteinte d'une série d'accidents graves : céphalée, dyspnée, épigastralgie et de vomissements incoercibles. La malade à son entrée à l'hôpital donne l'impression d'une urémique ; on constate de la dyspnée, de la cyanose, de l'albuminurie, de la tachycardie avec bruit de galop ; on fait une saignée d'environ 300 grammes qui amène une légère amélioration.

Cependant, la dypsnée et la tachycardie persistent : c'est une dyspnée sine materia comme dans l'urémie et dans l'acidose; d'ailleurs les réactions de Gerhardi et Legal sont fortes. Le traitement bicarbonaté (en ingestion et en injection intraveineuse) donne une amélioration réelle, mais passagère. L'état s'aggravant, on provoque l'accouchement après incision du col utérin ; la malade meurt dans la nuit.

A l'autopsie, on ne trouve aucune lésion apparente ; l'examen anatomo-pathologique montre une dégénérescence profonde du foie : les cellules hépatiques sont très altérées, les unes ont complètement disparu, les autres sont atteintes de dégénérescence graisseuse ou vacuolaire ; les noyaux sont mal colorés ; les travées hépatiques sont disloquées, souvent à peine visibles. On trouve des lésions identiques du foie du fœtus.

Aucune lésion des autres viscères. Toute cette évolution impose le diagnostic d'insuffisance hépatique.

Pour les auteurs, le lien entre les divers phénomènes est facile à savoir : auto-intoxication par un poison spécifique du foie, d'origine et de nature inconnues, ayant agi simultanément sur le foie de la mère et celui du fœtus pour y produire deux lésions identiques. Les lésions du foie au cours de la grossesse sont décelées par la recherche des indices urinaires d'insuffisance hépatique.

Les cas ne sont pas tous mortels, ceux qui s'accompagnent d'acidose sont les plus graves.

Ces recherches montrent la nécessité qu'il y a d'examiner complètement les urines des femmes qui présentent des vomissements incoercibles ou d'autres troubles graves au cours de la grossesse. L'étude des fonctions hépatiques au cours de la grossesse n'a pas moins d'importance que l'étude des fonctions rénales et la recherche de l'albuminurie.

VOIES URINAIRES

Par M. le Dr DE BERNE-LAGARDE.

URÈTRE

L'Electricité dans le traitement des urétrites aiguës et chroniques. (E. ROUCAYROL. Paris 1921, 57 pages, Vigot, édit.) — L'auteur passe en revue les différentes applications de l'électricité dans le traitement des urétrites aiguës et chroniques pour s'étendre plus longuement sur la *diathermie* qu'il a commencé à appliquer en 1913.

Il a obtenu des résultats fort intéressants dans les urétrites aiguës où la douleur disparaît immédiatement. Il en est presque de même pour les microbes et pour l'écoulement qui tarit en peu de temps. Dans les urétrites chroniques, il est arrivé à faire disparaître la goutte et les filaments dans des cas où les procédés classiques de traitement avaient échoué. L'asepsie absolue de l'urètre est atteinte plus rapidement qu'avec les autres moyens thérapeutiques et il obtient en peu de temps, sans séquelles, la guérison des abcès prostatiques et des prostatites.

Chez la femme, mêmes résultats, y compris le refroidissement des annexites.

La haute fréquence possède une action tonique sur l'état général qu'elle remonte et sur les malades hypothermiques dont la température redevient normale. Il a constaté aussi l'action fibrolysante de la diathermie dans des ankyloses du genou consécutives à du rhumatisme blennorragique et dans des cas de sciatiques où le nerf se trouvait comprimé par du tissu cicatriciel.

Cf. — Résultats éloignés des traitements des traumatismes de l'urètre. (Rapports de MM. PASTEAU et ISELIN (de Paris), KIDD (de Londres), GARDINI (de Bologne). Congrès international d'urologie, Paris 1921, *Gaz. des hôpit.*, 1921, nos 61 et 62.)

PROSTATE

Traitement radiothérapique de l'hypertrophie prostatique. (G. FLEIG. *Monde méd.*, 15 sept. 1921.) — Fleig et Tansard ont, depuis 1906, traité 70 cas d'hypertrophie prostatique par la radiothérapie et en ont suivi 13 pendant un assez long temps.

L'auteur expose son opinion personnelle sur cette question.

Il est indispensable d'irradier la glande en totalité, en res-

pectant la peau du périnée. Les irradiations seront progressivement dosées et les séances séparées de deux semaines environ. Sur certains malades, on peut agir plus fréquemment à plus petites doses.

La pollakiurie nocturne cède rapidement et le résidu vésical diminue. Par le toucher rectal, on note une rétrocession du volume de la glande, plus marqué sur les prostates dures que sur les prostates relativement molles. L'amélioration est suffisante pour pouvoir suspendre le traitement après douze ou quatorze séances. D'ailleurs, un nombre plus considérable pourrait provoquer de la radiodermite périnéale avec troubles trophiques et vasculaires.

Tous les adénomes prostatiques à leur début sont justiciables de cette thérapeutique puisque l'intervention chirurgicale ne s'impose pas encore à cette période. « Le radiologiste doit cependant choisir ses cas et n'accepter de traiter, parmi ceux qu'il ne reconnaît pas favorables, que ceux où une contre-indication formelle aura fait rejeter l'intervention chirurgicale, en sachant bien qu'il n'y aura à espérer, dans ces conditions, qu'une légère amélioration objective et surtout subjective. »

VESSIE

Emploi thérapeutique des courants de haute fréquence dans les affections vésicales d'origine organique. (D. COURTADE et COTTENOT. *Congrès de la Soc. pour l'avanc. des sciences*, Rouen 1921.) — On peut utiliser de deux manières le courant de haute fréquence pour traiter les affections organiques de la vessie.

1° On utilise un courant de faible intensité et de forte tension ; on obtient ainsi une action destructive de l'étincelle de résonance et l'on agit à distance d'une façon médiate. En dehors des lésions histologiques superficielles, il se produit une profonde désorganisation des cellules du derme. Les tumeurs fongueuses sont particulièrement fragiles tandis que les éléments différenciés, comme le tissu musculaire, résistent davantage. Des particules métalliques, arrachées à l'électrode, sont retrouvées dans l'épiderme et dans le derme. L'action de cette étincelle ne s'exerçant qu'à une faible profondeur, il n'y a pas à redouter de nécrose ultérieure grave.

2° On peut, au contraire, employer un courant de forte intensité et de faible tension qui produit l'électrocoagulation et la mort des cellules. On agit alors d'une façon immédiate, par contact direct. Les lésions destructives se produisent avec une intensité décroissante de la profondeur vers la superficie. L'escarre se fait lentement et lorsqu'elle se détache les tissus sous-jacents sont à peu près réparés. L'application trop prolongée de ce mode de courant risque de produire une lésion trop profonde.

La seconde partie du rapport envisage l'application pratique du courant de haute fréquence.

1° *Dans les tumeurs vésicales.* — Lorsqu'il s'agit d'une volumineuse tumeur bénigne, après ouverture de la vessie et ablation de la tumeur, on traite son pédicule par voie endovésicale après cicatrisation de la plaie de cystostomie.

Les auteurs décrivent ensuite longuement la technique, l'instrumentation et les résultats de l'électrocoagulation par voie endo-vésicale (Legueu, Marion) et de l'étincelage (Heitz-Boyer, Cottenot).

Ces deux procédés évitent au malade une intervention chirurgicale grave; ils ne nécessitent pas une anesthésie générale ainsi que l'hospitalisation. Si le courant est bien manié on n'a pas à redouter d'hémorragies. Les cicatrices obtenues sont remarquablement souples et non rétractiles, chose importante quand il s'agit de traiter une tumeur voisine ou implantée sur une des lèvres du méat urétéral.

Les résultats de l'emploi des courants de haute fréquence dans le traitement des papillomes de la vessie sont parfaits à tous égards. Seule la récidive est à craindre. Il est nécessaire de surveiller le malade en pratiquant, à intervalles réguliers, des vérifications cystoscopiques. Dans les néoplasmes malins, surtout dans les variétés infiltrées, les résultats sont moins favorables. Il ne peut s'agir alors que d'un traitement palliatif : les douleurs, les phénomènes de cystite se calment au point de disparaître ; les hémorragies cessent.

2° Dans les *cystites chroniques*, on obtient, en général, une amélioration. Mais c'est surtout dans le traitement des *cystites tuberculeuses* qui persistent après une néphrectomie que la diathermie, maniée avec prudence, fournit les meilleurs résultats. Pour les auteurs, l'étincelage serait préférable. Les ulcérations bacillaires ainsi traitées se cicatrisent; la cystite due à des infections secondaires disparaît. Les séances amènent une certaine réaction douloureuse; aussi est-il nécessaire de les espacer.

3° Les *ulcérations vésicales* dues à la lithiase ou à des corps étrangers guérissent, en général, à la suite d'applications minimes. Ne pas traiter ainsi l'ulcère simple de la vessie de crainte de perforer les parois de l'organe. Les ulcérations d'origine trophique et les lésions syphilitiques sont justiciables d'une thérapeutique différente.

4° Dans la *leucoplasie vésicale*, la taille hypogastrique devrait céder le pas à la haute fréquence. Cette dernière est à employer aussi dans certaines formes de *bilharziose vésicale* ou les lésions sont peu nombreuses et de petit volume, sous la condition de l'intégrité de l'appareil urinaire supérieur.

5° La haute fréquence, sous forme de thermo-pénétration, donne les meilleurs résultats dans les cas de *dilatation kystique de l'extrémité inférieure de l'uretère*. Le chirurgien agrandit l'orifice de cette tumeur intravésicale. Il n'y a pas de cicatrice rétractile et l'on pourrait d'ailleurs facilement dilater le nouvel orifice à l'aide de sondes urétérales de fort calibre.

URETÈRES

La dérivation des urines en amont de la vessie. Urétérostomie et néphrostomie bilatérales. (LEGUEU et PAPIN. *Arch. urol. de la clin. de Necker*, t. III, fasc. 1, p. 1, 45.) — La cystostomie n'est pas une dérivation absolue ; l'implantation des uretères dans l'intestin est une opération grave. Malgré les risques d'infection ascendante, il est préférable (surtout dans les néoplasmes infiltrés de la vessie) de recourir à l'urétérostomie bilatérale ou à la néphrostomie. Plus une goutte d'urine ne passe dans la vessie qui est physiologiquement annihilée. Les hématuries disparaissent ; le malade ne souffre plus et les quelques mois qui leur restent encore à vivre sont rendus, de ce fait, supportables.

Les auteurs pratiquent le méat cutané à deux ou trois travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. L'uretère n'est pas fixé à la peau mais dépasse librement de quelques centimètres la plaie cutanée. Cette portion ne tarde pas à se sphacéler; mais des adhérences se sont alors produites. Le nouveau méat n'est pas sujet à des rétrécissements causés par l'infection des sutures. Un appareil collecteur d'urines est facilement supporté à tel point que le malade de l'observation II est en parfait état et vaque à ses occupations. Un cas d'exstrophie vésicale, ainsi opéré, a parfaitement guéri.

Un nouveau procédé de greffe des uretères. L'urétéro-cholécysto-néostomie. (DARDEL (de Berne). *Arch. urol. de la clin. de Necker*, t. III, f. 1, p. 69, 85.) — Cinq essais d'abouchement de l'uretère dans la vésicule biliaire, chez le chien. L'intervention doit être faite en deux temps au cas de greffe double; pas de trace d'infection des voies urinaires ce qui peut s'expliquer par le rôle antiseptique de la bile. Le catarrhe intestinal est facilement supporté par l'animal. De nouvelles expériences sont encore nécessaires avant de pouvoir appliquer à l'homme cette intervention dans les cas d'ectopie vésicale.

BLENNORRAGIE

La Gono-réaction. Contribution à l'étude de la fixation du complément dans la blennorragie. (LACROIX. *Th. d'Alger*, 4 juillet 1921.) — La recherche de la fixation du complément dans la blennorragie est d'une importance pratique extrême. Si cette méthode était d'une fidélité constante, elle deviendrait pour le spécialiste une ressource infiniment précieuse.

L'auteur a employé le vaccin antigonococcique que livre l'Institut Pasteur de Paris dont la valeur antigénique est suffisante, pur ou dilué de moitié. Mais les résultats obtenus se sont montrés assez fréquemment négatifs dans la blennorragie aiguë avec complications. Ils ont été négatifs dans la blennorragie chronique sans complications.

Dans la blennorragie chronique avec complications an-

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

LES SPORTS D'HIVER SUR LE RÉSEAU P.-L.-M. — Indépendamment des sports d'hiver qui se pratiquent pendant toute la saison à Chamonix-Mont-Blanc, Mégève-Mont-d'Arbois, Aix-les-Bains-Mont-Revard, St-Pierre-de-Chartreuse, Briançon (Mont-Genèvre), Beuil et Petra-Cava (au nord de Nice), Thorenc (au nord de Cannes), Morez-les-Rousses, etc., il est rappelé que le XIIe Congrès international de ski, organisé sous le patronage du Club alpin français, aura lieu du 2 au 6 février, à Chamonix-Mont-Blanc.

Un concours international de ski se tiendra également les 7 et 8 février, à Mégève-Mont-d'Arbois (gare de Sallanches-Combloux).

Pour tous renseignements complémentaires, prière de demander le prospectus édité spécialement pour les sports d'hiver sur le réseau P.-L.-M. et qui est distribué gratuitement dans les gares, bureaux et agences de renseignements de la Compagnie.

ciennes ou récentes, les résultats ont été négatifs dans l'ensemble au sérum chauffé, positifs au sérum non chauffé.

La présence dans les sérums d'anticorps syphilitiques ne paraît avoir aucune influence sur la gono-réaction.

Ce procédé de recherches mérite d'être étudié longuement.

Les sels arsenicaux dans le traitement général de la blennorragie et de ses complications. (Lévy-Weissmann. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, t. XII, n° 2.) — L'auteur a utilisé le sulfarsénol dans six cas d'urétrite blennorragique compliqués d'épididymites, de prostatites aiguës ou chroniques. Les sels arsenicaux suppriment rapidement la douleur dans les épididymites et en abrègent l'évolution. Ils seraient supérieurs aux vaccins en procurant la guérison là où ces derniers ont échoué. Il convient naturellement de n'utiliser les sels arsenicaux que comme un adjuvant du traitement local qui occupe toujours la première place dans la blennorragie.

La voie intramusculaire est suffisante; elle supprime, en même temps, les inconvénients des injections intraveineuses. Il a suffi de trois à dix piqûres de 18 à 24 centigrammes pour obtenir la disparition du gonocoque.

Vaccinothérapie et lipo-vaccin antigonococciques dans les arthrites blennorragiques. (H. Haddad. *Th. de Paris*, 1921.) — L'auteur rapporte neuf observations de différentes formes de rhumatisme gonococcique guéries par le lipo-vaccin de Le Moignic et Sézary.

L'excipient huileux, lent à être absorbé, permet d'injecter une grande quantité de microbes; ces derniers sont soumis, pendant vingt-quatre heures, à une température voisine de 0. Ils ne subissent pas de lyse et ne sont nullement altérés par l'huile. Ces quelques caractéristiques les font préférer aux vaccins au sérum physiologique.

Appliqué au traitement des diverses formes du rhumatisme blennorragique, le lipogon a donné à l'auteur neuf guérisons sur neuf cas traités. La douleur disparaît rapidement, les articulations s'assouplissent et la guérison survient en deux ou trois semaines.

Il convient de débuter par un demi-centimètre cube, soit 8 milliards de gonocoques; augmenter progressivement d'un demi-centimètre cube chaque fois pour arriver à une dose totale de 6 centimètres cubes, soit 80 milliards de microbes. Les injections se font dans le tissu cellulaire sous-cutané tous les deux ou trois jours. La température ne doit pas dépasser 38°5. Il ne faut pratiquer une nouvelle injection que lorsque la température est retombée à la normale.

NÉPHRITES

Cf. — Néphrites à syndrome urémigène. (Rapports de M. Teissier (de Lyon), Foster (de New-York), Hogge (de Liége). Congrès international d'urologie, Paris 1921, *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 54.)

CHIRURGIE URINAIRE

Cf. — Anesthésie en chirurgie urinaire. (Chevassu et Rathery. Congrès français d'urologie, Strasbourg 1921, *Gaz. des hôpit.*, 22 oct. 1921, n° 83.)

MÉTHODES D'EXAMEN

La Pyélographie. (E. Papin. Paris 1921, avec figures, Maloine, édit.) — Amplification et illustration du rapport de l'auteur au Congrès international d'urologie de 1921. Nul n'était plus qualifié que lui, en France, pour mettre au point cette question; il est, en effet, le seul à apporter une statistique personnelle de 700 pyélographies faites depuis 1911, sans aucun accident. Il a modifié, peu à peu, la technique de cette exploration et l'expose dans ses moindres détails.

L'auteur utilise actuellement une solution de bromure de sodium à 30 p. 100, soluble, incolore, non toxique et donnant d'aussi belles images radiographiques que le collargol.

S'appuyant sur de nombreuses observations, il établit que la douleur pyélique, par distension, varie en raison inverse du volume du bassinet, en étudie les modalités et les irradiations.

De nombreuses reproductions radiographiques montrent la forme et les dimensions du bassinet normal, les poches d'hydronéphroses et d'urétéro-hydronéphroses de volume différent, les anomalies du rein et de l'uretère, les pyonéphroses. Papin établit d'une manière indiscutable la valeur de la pyélographie dans le diagnostic différentiel des tumeurs rénales d'avec les autres tumeurs de l'abdomen.

PYÉLOGRAPHIE

Cf. — De la pyélographie. (Rapports de MM. Papin (de Paris), Young et Waters, de John Hopkins hospital (de Baltimore). Congrès international d'urologie, Paris 1921, *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 62.)

L'urétroscopie postérieure. (G. Aysaguer. *Th. de Paris*, 1921.) — Cette thèse, faite sous l'inspiration et la direction de Papin, est un manuel d'urétroscopie postérieure.

Elle débute par une étude d'anatomie normale, descriptive et histologique, de l'urètre postérieur; l'auteur étudie les différents urétroscopes successivement utilisés. Il ne retient, pour le décrire en entier, que l'urétro-cystoscope de Mac Carthy quotidiennement en service à Necker. Après un chapitre d'urétroscopie de l'urètre postérieur normal, Aysaguer étudie les lésions de l'urétrite postérieure chronique en accordant une mention particulière aux lésions orificielles des grandes prostatiques. Nous devons signaler une excellente mise au point de la question des polypes urétraux. Ces derniers, comme le montre l'auteur, ne sont pas aussi fréquents qu'on veut bien le dire. Il en envisage successivement les symptômes urinaires puis génitaux : érections nocturnes spontanées, éjaculations involontaires ou précoces, impuissance partielle. Les altérations du veru-montanum sont minutieusement décrites ainsi que les modifications des canaux éjaculateurs dans les vésiculites. L'urétroscopie postérieure trouve encore une de ses meilleures applications dans les abcès prostatiques ouverts dans l'urètre surtout lorsque ces abcès, petits, ne s'accompagnant pas de prostatite ne sont pas cliniquement décelables par le toucher rectal.

La plupart des lésions urétrales postérieures, évoluant sur un terrain nerveux prédisposé, favorisent l'apparition de la neurasthénie urinaire, chapitre important du point de vue pratique.

Certaines formes d'hypertrophie prostatique (adénomes intra-urétraux) ne sont décelables que grâce à l'urétroscopie postérieure. Cette dernière est une excellente façon d'étudier la loge prostatique après la prostatectomie. Elle permet aussi, grâce à l'appareil de Mac Carthy, de pratiquer des interventions intra-urétrales avant ou après l'ablation de l'adénome, d'extraire des calculs prostatiques, etc.

La thèse se termine par un chapitre de thérapeutique endoscopique : une grosse partie se trouve consacrée aux applications du courant de haute fréquence. Les résultats obtenus se trouvent exposés dans des observations rassemblées à la fin de l'opuscule.

Cf. — Congrès français d'urologie, Strasbourg, oct. 1921. (C. R. in *Gaz. des hôpit.*, 22 oct. 1921, n° 83.)

Congrès international d'urologie, Paris, juillet 1921. (*Gaz. des hôpit.*, 1921, n°s 54, 61 et 62.)

NOTES DE PRATIQUE

ASTHÉNIE GRIPPALE

Pour relever la tension artérielle, XX à LX gouttes de la solution d'adrénaline au millième.

Comme médication stimulante, VIII à X gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas, ou mieux injection tous les jours de 1 ou 2 centimètres cubes de Vanadarsine injectable. Après une vingtaine d'injections, laisser reposer le malade une à deux semaines, puis renouveler le traitement s'il est nécessaire.

VENTE, en l'étude de Me BURTHE, notaire à Paris, 6, rue Royale,
le 17 février, à 14 heures 30

FONDS DE PHARMACIE

EXPLOITÉ A PARIS

44, Rue Rambuteau

Mise à prix *pouvant être baissée :* 80.000 fr.

MATÉRIEL ET MARCHANDISES EN SUS

S'adresser à Me BURTHE, notaire, et à Mes THOREL et BRUNET, avoués.

N° 10. — JEUDI 2 & SAMEDI 4 FÉV. 1922. 95e ANNÉE JEUDI 2 & SAMEDI 4 FÉV. 1922. — N° 10

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

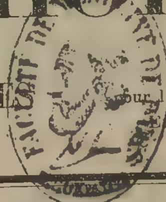
La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES



Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 31 janvier. — Questions données : « Signes et diagnostic du cancer de la tête du pancréas. — Phlegmon des gaînes synoviales des fléchisseurs des doigts. »

MM. Lévy (Maurice) et Oberthür, 13; Péron, 16 1/2; Ravina, 15 1/2; Raiga, 13 1/2; Laquière, 14; Surmont, 12; Verger, 14 1/2; Biancani-Daveggio (Elie) et Lapeyre,, 11 1/2; Biar, 10.

Séance du 1er février. — Questions données : « Hémorragies intestinales de la fièvre typhoïde. — Symptômes et diagnostic des tumeurs de la parotide. »

MM. Durand (Paul), 13; Flahaut, 12 1/2; Coccault-Duverger, 12; Christophe, 12 1/2; Lemière (Maurice), 10; Boltanski, 8; Leibovici, 14 1/2, Lambling, 15; Comet, 11; Cahen, 10 1/2; Cournand, 12; Lévy (Markus), 13.

IVe CONGRÈS ITALIEN DE RADIOLOGIE MÉDICALE. — Le IVe Congrès italien de radiologie aura lieu à Bologna dans les locaux de l'Institut orthopédique Rizzoli, sous la présidence du prof. Aristide Busi, dans les jours 9, 10, 11 du mois de mai prochain.

Au Congrès il sera annexée une exposition d'appareils radiologiques à laquelle pourront prendre part les maisons italiennes aussi bien que celles étrangères.

Pour informations, s'adresser à M. le Dr Alberto Possati, secrétaire du Congrès, villa Verde, Bologna.

BANQUET DE L'INTERNAT. — Le banquet annuel de l'internat aura lieu le samedi 6 mai 1922, au Claridge, sous la présidence du Dr Témoin (de Bourges).

(Cette date est définitive et ce communiqué annule les renseignements précédemment donnés.)

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Le triage chirurgical », par le Dr Lardennois, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL COCHIN (professeur M. F. WIDAL). — Sous la direction de M. le prof. Widal et de MM. Lemierre et Abrami, agrégés, commenceront à la clinique médicale de l'hôpital Cochin à partir du lundi 6 mars 1922, des leçons avec exercices pratiques. Ces leçons auront lieu tous les jours à 14 heures.

Deux cours, de dix leçons chacun, seront faits successivement. — Les cours seront terminés le 28 mars.

Le nombre des assistants est limité à 25.

Objet du cours. — Procédés d'exploration clinique appliqués au diagnostic des maladies.

PREMIER COURS. — 1° *Maladies du rein* (6 leçons), — *a.* Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin. *b.* Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine. Azote résiduel. *c.* Hypertension artérielle et oscillométrie. Procédés de mesure et interprétation.

2° *Procédés d'examen d'un diabétique* (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et ses dérivés. Leur importance dans l'établissement du régime.

3° *Examen du liquide céphalo-rachidien* (2 leçons). — Examen chimique : albumine, sucre, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — 1° *Maladies du foie* (2 leçons). — a. *Etude des ictères.* — I. Recherche de la *bilirubine*, de l'*urobiline* et de la *stercobiline*. Valeur de ces recherches. II. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. Ictères dissociés. III. Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'autoagglutination des hématies. b. *Etude de l'insuffisance hépatique.* Rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire.

Insuffisance protéopéxique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

2° *L'hémoclasie et sa valeur clinique* (1 leçon).

3° *Diagnostic des maladies typhoïdes* (1 leçon). — Hémocultures et séro-diagnostic.

4° *Réactions de fixation* (2 leçons). — Généralités. Sérodiagnostic de la syphilis. Maladie hydatique. Lèpre. Peste. Mycoses.

5° *Cytodiagnostic des épanchements pleuraux* (1 leçon). — Pleurotuberculose. Pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

6° *Examen du chimisme gastrique* (1 leçon).

Le droit d'inscription est fixé à 100 fr. pour chacun des deux cours.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 3) les jeudis et samedis de midi à 3 heures.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Branlard (d'Angers) et G. Ernest Papillon, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'Association des journalistes parisiens.

MONPROFIT

Une triste nouvelle nous arrive d'Angers. Monprofit n'est plus. C'est une perte pour la chirurgie française dont il a été un des plus dignes et un des plus brillants représentants. C'est une grande perte pour ses amis, et ils étaient nombreux.

Il fut un des premiers qui, au sortir de leur internat, allèrent s'installer dans leur ville natale. Il y acquit rapidement une réputation universelle par ses propres mérites, par sa grande habileté opératoire, par une certaine audace, pour l'époque, qui le poussa vers la chirurgie gastrique alors à son aurore, par ses travaux, ses nombreuses communications aux Sociétés savantes. Il fit école et plusieurs de ses procédés furent adoptés. On le voyait souvent à Paris, à l'Académie de médecine dont il devint membre correspondant, à la Société de chirurgie, aux Congrès de chirurgie dont il devint président. Très aimé dans sa bonne ville d'Angers, il en devint le maire, puis le député. Il y fut aussi le directeur de l'Ecole de médecine.

Sa clinique, admirablement installée, a été visitée par tous les chirurgiens de Paris. On y allait se perfectionner dans la technique des interventions gastro-intestinales, on y allait, aussi, attiré par son extrême bienveillance, son excellente camaraderie, sa simplicité, sa bonne humeur. C'était un charmant compagnon, plein de vie, plein d'eutrain, à la parole prompte et facile, à la voix claironnante, entraînant la conviction par la sûreté de ses méthodes, par la clarté de leur exposition.

Un peu fort, haut en couleur, avec sa chevelure aux mèches rebelles, sa barbe en pointe, l'œil vif, le sourire aux lèvres, partout où il se présentait il était accueilli avec joie.

D'une franchise à toute épreuve, quand il devint député, il parla aussi franc à la tribune du Corps législatif qu'à celle de la Société de chirurgie. Cela ne lui réussît pas toujours.

Mais sa probité, sa parfaite honorabilité, son extrême bonté, sa charité légendaire faisaient taire les mauvaises langues. Il commandait l'estime de tous et la sincère affection de tous ceux qui l'ont approché.

Nous ne saurions oublier qu'il était encore, l'an dernier, syndic de l'Association de la Presse médicale française. A ce titre, il a droit à un souvenir particulier de notre part.

Essentiellement modeste et indépendant, il ne brigua jamais les faveurs ni les honneurs. Quand la guerre éclata, il partit simple médecin-major de seconde classe et alla, sur le front, gagner ses quatre, puis ses cinq galons et la croix de chevalier de la Légion d'honneur.

Très fatigué après la guerre, il se montra plus rarement à Paris. Il avait perdu un peu de cette ardeur juvénile qui faisait notre admiration. A Strasbourg, il y a trois mois, à la cérémonie de la remise d'une médaille au grand Jules Bœckel, il prononça un discours d'une belle envolée, rempli d'une émotion patriotique qui se communiqua à l'assistance. Ne réalisait-il pas le plus beau rêve des hommes de sa génération?

Monprofit fut l'un des plus marquants de cette phalange d'anciens internes qui allèrent en province, à Amiens, à Bourges, à Chartres, au Mans, à Lille et ailleurs, importer les derniers progrès de cette merveilleuse chirurgie qui semble, comme l'a dit J.-L. Faure, avoir atteint la perfection.

A. BROCHIN.

Émile RIVIÈRE

Nous avons le regret d'apprendre la mort subite, à quatre-vingt-sept ans, de notre ancien collaborateur, Emile Rivière. Après un passage de quelques années dans le journalisme médical, Rivière s'est adonné ensuite uniquement aux études anthropologiques et préhistoriques. Il n'a pas tardé à s'y distinguer et à s'y faire un nom qui restera, car c'est lui qui, en faisant des fouilles à Menton, a découvert « l'homme de Menton ». Cette découverte mit en évidence le savant simple et modeste qu'était Rivière. Il a poursuivi ses recherches et c'est ainsi qu'il a acquis une certaine notoriété dans les questions d'anthropologie et de préhistoire, et est devenu président de l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, président fondateur de la Société préhistorique de France, vice-président de la Société historique du Xe arrondissement, chevalier de la Légion d'honneur.

Travailleur assidu, chercheur inlassable, collectionneur avisé, jusqu'à son dernier jour Rivière, malgré son grand âge et une santé précaire a continué à travailler, à chercher et à collectionner. C'est d'ailleurs le travail qui l'a soutenu et lui a permis de supporter les déceptions, les chagrins et les difficultés de la vie. Dans cette lutte pénible, il a été pieusement aidé par une fille, admirable d'affection et de dévouement. Rivière n'a pas eu les satisfactions et les récompenses auxquelles il avait droit. Il en souffrait et ses dernières années en ont été attristées.

C'était une intelligence ouverte, un cœur loyal, un esprit curieux et chercheur qu'animait une véritable passion pour le travail, pour l'histoire et la science.

Nous adressons à Mlle Rivière, l'expression de notre douloureuse sympathie.

A. BROCHIN.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Jeudi 9 février. — Jury : MM. Marfan, président; Lejars, Jeanselme et Brindeau. — M. LUNAUD (André). Essai de traitement opothérapique des eczémas du nourrisson. — M. VEYFOUR Contribution à l'étude des plaies du cou. — M. COLLOT (Noël). De l'emploi des injections sous-cutanées dans le traitement de la syphilis nerveuse. — M. CÉBRON (Joseph) Contribution à l'étude de l'achondroplasie.

Vendredi 10 février. — Jury : MM. Pouchet, président; Richet, Sebileau et Tiffeneau. — M. SAUTENOISE (Daniel). De l'anaphylaxie et du déséquilibre du système nerveux dans la folie. — M. WEITZ (René). Les lycium européens et exotiques. — M. FOUBERT (Jacques). Contribution à l'étude des fractures du maxillaire inférieur.

RENSEIGNEMENTS

LES LABORATOIRES CIBA sont heureux d'informer le Corps médical que les importantes installations nécessitées pour la fabrication intensive de leurs préparations nouvelles, *Agomensine*, *Sistomensine* et *Biotose*, sont terminées et qu'ils se trouvent actuellement en mesure de satisfaire à toutes les demandes de leur clientèle.

REVUE GÉNÉRALE

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

ÉTUDE CLINIQUE

Par le Dr PIERRE ANTONIN (de Marseille).

Commençons tout d'abord par quelques définitions :

On nomme *pression artérielle*, l'énergie avec laquelle les tuniques artérielles en vertu de leur élasticité, tendent sans cesse à revenir sur elles-mêmes et à refouler leur contenu. Ainsi définie, la pression artérielle est donc une valeur qui varie perpétuellement.

Pratiquement, on s'est contenté pendant longtemps de déterminer la valeur la plus élevée, correspondant à la systole, c'est-à-dire la *pression maxima*. A l'heure actuelle, on évalue, en outre, la pression la plus inférieure correspondant à la diastole, c'est-à-dire la *pression minima*. La tension maxima représente une période très brève du rythme cardiaque, la tension minima, au contraire, est la base permanente au-dessous de laquelle la tension ne s'abaisse jamais. On appelle *tension différentielle* la différence entre la tension maxima et la tension minima ; ce rapport répond à la force du pouls et partant à l'impulsion cardiaque.

Normalement, la pression maxima peut varier d'un individu à l'autre, la tension minima étant par rapport à elle beaucoup plus constante.

Pathologiquement, le chiffre de la tension artérielle peut être nettement augmenté ou diminué par rapport à la normale. C'est alors que sont constitués les syndromes d'hyper ou d'hypotension artérielle.

Nous étudierons spécialement l'*hypertension artérielle*.

Au cours de ces dernières années, cette question s'est bien précisée. Elle est encore à l'étude et certaines conclusions sont loin d'être définitives.

Les noms de Traube, Potain, Vaquez, Pierre Teissier sont attachés à l'étude de l'hypertension maxima. Gallavardin, Josué, Pachon, Lian, Martinet ont précisé l'intérêt de l'hypertension artérielle minima et de la pression différentielle. Les travaux plus récents de P. Teissier ont mis en relief la notion des hypertensions localisées.

Dans cette étude, nous considérerons que la pression artérielle a été prise avec le sphygmomanomètre de Pachon, et nous estimerons qu'avec cet appareil la tension normale varie entre quatorze et seize pour la maxima, et huit et dix pour la minima.

Dans un très court chapitre, nous parlerons des hypertensions transitoires, puis nous traiterons longuement la question des hypertensions permanentes, enfin nous dirons un mot des hypertensions localisées.

I. **Les hypertensions transitoires.** — Ces hypertensions peuvent être accidentelles : c'est le cas des hypertensions à la suite d'un effort, d'une marche trop prolongée, d'une course trop rapide, d'une émotion vive telle que peur, surprise, etc. d'un repas trop copieux, d'un excès alimentaire.

La constatation de l'existence de ces hypertensions transitoires a permis de baser sur ce fait, un certain nombre de méthodes utilisant les variations de la pression artérielle pour apprécier la valeur fonctionnelle du cœur : Parmi ces différentes méthodes, nous citerons simplement celle de Martinet et celle de Billard. Elles consistent, d'une manière toute générale, à procéder par comparaison en prenant la tension artérielle, le sujet étant couché, étant assis, étant debout, après un exercice, tel que pas gymnastique sur place. Si l'hypertension passagère qui existe normalement et qui atteint surtout la pression maxima, entraîne, au contraire, une élévation relativement considérable de la minima, c'est que le malade est en état de débilité cardiaque.

II. **Les hypertensions permanentes.** — 1. ETIOLOGIE. — Le professeur Vaquez et le docteur Leconte dans un article récent (1) ont parfaitement résumé cette question. Nous résumerons donc ici simplement leur opinion et nous renvoyons pour de plus amples renseignements à l'article ci-dessus cité.

Les *néphrites* anciennes et latentes, le plus souvent néphrite scarlatineuse, ou néphrite gravidique, celle-ci quelquefois précédée d'éclampsie sont fréquemment reconnues dans les antécédents des hypertendus.

Vaquez fait, en outre, remarquer que les hypertendus sont souvent *glycosuriques*, ce qui permet d'admettre la notion d'un diabète ancien. Dans un même ordre d'idées, il faut ranger la goutte, la gravelle, l'obésité et la lithiase biliaire.

L'abus de la bonne chère et l'*alcoolisme* ont une influence indubitable. La quantité de liquide ingérée n'est pas étrangère à la production de l'hypertension. C'est ainsi que les grands buveurs de bière, les grands buveurs d'eau deviennent hypertendus.

Janeway avait déjà signalé les rapports du *saturnisme* et de l'hypertension ; Vaquez et Leconte ont la même opinion.

La *syphilis* n'est pas étrangère à la production et au développement de l'hypertension artérielle, cette infection agissant à la fois sur le rein, les capsules surrénales et les artères.

Citons encore les hypertensions gynécologiques : hypertensions de la ménopause, hypertension consécutive aux ovariotomies, hypertension chez les femmes atteintes de fibromes. L'*insuffisance ovarienne* est donc bien, grâce à ces trois sortes de faits, facteur d'hypertension.

Enfin, il convient d'insister surtout sur la notion de l'*hérédité*. L'étude des antécédents héréditaires d'un hypertendu sera généralement instructive, si l'étude de ses antécédents personnels est pauvre en renseignements. C'est ainsi qu'on retrouve chez les ascendants, et les collatéraux de tels malades, l'existence d'hémorragie cérébrale, d'urémie, d'angine de poitrine, d'œdème aigu du poumon, etc.

2. TABLEAU CLINIQUE D'UN HYPERTENDU. — Lorsqu'on a pris l'habitude de prendre systématiquement, chez tous les malades, la tension artérielle, on est amené fréquemment à reconnaître fortuitement une hypertension jusque-là méconnue. Quelquefois le mode de début n'est pas aussi insidieux et ce sont des accidents plus dramatiques qui orientent le diagnostic. C'est ainsi que les malades viennent nous consulter pour des céphalées persistantes, des crises d'oppression, des douleurs angineuses ayant le caractère spasmodique. D'autres

(1) VAQUEZ et LECONTE. Le passé, le présent et l'avenir des hypertendus, *Paris méd.*, 2 juillet 1921.

fois, on se trouve en présence d'un malade ayant présenté un ictus apoplectique avec hémiparésie et embarras de la parole, ou bien avec des troubles oculaires subits tels que diplopie ou hémianopsie. Les douleurs angineuses, au lieu d'être vagues peuvent réaliser déjà le tableau de la crise angineuse caractéristique. Les signes d'insuffisance cardiaque, l'apparition des œdèmes attirent l'attention du malade et le conduisent à consulter un médecin; enfin, les hémorragies, et particulièrement les épistaxis peuvent marquer le premier signe apparent d'une hypertension latente.

A la période d'état, on observe, tout d'abord, des *symptômes fonctionnels.*

A. *Signes fonctionnels de l'hypertension artérielle.* — Parmi ceux-ci, nous citerons, tout d'abord, la *céphalée* qui se localise, en général, à la région occipitale, et qui, rebelle à tous les médicaments usuels, est d'une ténacité décevante.

Les *vertiges*, les bourdonnements d'oreille viennent fréquemment compliquer l'existence de ces hypertendus, il en est de même des *troubles oculaires.* Ceux-ci peuvent être marqués par une simple diminution de la vue, ou entraîner des hémorragies rétinienne, du glaucome, de l'hémianopsie, de l'amaurose transitoire.

Les *douleurs angineuses* sont fréquentes; elles sont quelquefois localisées à un membre, ou à la région épigastrique s'accompagnant d'une sensation de constriction.

La *dyspnée* est un des signes les plus fréquents; c'est le plus souvent une dyspnée d'effort à type d'asthme cardiaque; elle s'accompagne fréquemment de palpitations et quelquefois de véritables petites crises de tachycardie.

Les *hémorragies* constituent un symptôme classique de l'hypertension artérielle. Nous avons déjà insisté sur les épistaxis; mais il nous faut citer encore les hémoptysies peu abondantes, les hémorragies gingivales, les ménorragies. Enfin, à titre tout à fait exceptionnel, les hématémèses et les hématuries.

Tous ces signes entraînent, chez ces malades, un amaigrissement considérable compliqué d'asthénie profonde, et d'une insomnie qui, jointe aux céphalées, fatiguent énormément ces hypertendus.

B. *Signes physiques.* — La *palpation de la radiale* peut mettre déjà sur la voie du diagnostic. C'est ainsi que le doigt éprouve la sensation d'un filament constamment tendu, d'une rigidité presque absolue, non dépressible et à peine soulevé par l'ondée sanguine. Mais, à côté de ces cas bien nets, il en est d'autres où l'erreur serait manifeste si on se fiait à la palpation du pouls.

L'*examen du cœur*, en cas d'hypertension artérielle permanente et bien marquée, montre de l'hypertrophie portant surtout sur le ventricule gauche. Cette hypertrophie compense longtemps le surcroît de travail du cœur. Mais ce ventricule peut fléchir, c'est alors qu'apparaissent : l'accélération permanente du pouls, les extrasystoles quelquefois l'arythmie complète.

L'*auscultation* montre, en général, que le second bruit aortique est accentué et devient claquant, tandis que le premier bruit de la pointe s'assourdit. Il est précédé d'un bruit surajouté dont la présence crée un véritable rythme de galop. Quand la dilatation du ventricule gauche est très prononcée, il peut apparaître un souffle d'insuffisance mitrale fonctionnelle, insuffisance d'abord intermittente, puis permanente.

L'*examen de l'appareil urinaire* révèle de la polyurie et de la pollakiurie.

Il faut signaler les poussées de glycosurie, l'albuminurie permanente ou intermittente.

L'*examen du sang* peut, comme nous le verrons en étudiant les formes cliniques marquer de l'hyper ou de l'hypoviscosité sanguine suivant les cas. Le dosage de l'urée dans le sang, révèle assez souvent une azotémie assez forte. Cependant, ainsi que le fait remarquer Josué, l'hypertension artérielle peut ne pas s'accompagner d'azotémie, et celle-ci peut exister sans hypertension.

Tous ces signes physiques ou fonctionnels que nous venons d'énumérer, constituent des présomptions importantes; ils n'ont rien cependant de pathognomonique.

Il faut donc, pour porter le diagnostic d'hypertension artérielle, ne se fier qu'à la prise de la tension avec l'appareil approprié. Par ce procédé, le seul ayant quelque valeur, on pourra non seulement évaluer la pression systolique, mais encore étudier les variations de la pression diastolique. Nous verrons plus tard l'importance de ce fait.

3. Complications. — L'hypertension artérielle est susceptible de s'accompagner d'un certain nombre d'accidents épisodiques. Certaines de ces complications sont d'ordre nerveux : c'est ainsi qu'on peut observer de la céphalée, des névralgies, des vertiges, de l'aphasie, de l'amaurose transitoire; quelquefois même des crises convulsives. Pour certains auteurs même, l'encéphalopathie saturnine n'est qu'une modalité de ces accidents.

A côté de ces complications nerveuses, peuvent apparaître des crises d'œdème aigu du poumon, des crises gastriques, des coliques, des vomissements, de la constipation. Enfin, du côté de l'appareil circulatoire, il faut signaler les arythmies : extrasystoles, bradycardies, tachycardies, pouls alternant, arythmie complète, puis l'angine de poitrine et l'insuffisance cardiaque.

4. Formes cliniques. — L'étude des formes cliniques de l'hypertension artérielle est fort intéressante. C'est la question la moins traitée dans les livres classiques, c'est que c'est aussi la partie la plus difficile à esposer.

On peut tout d'abord distinguer des formes cliniques suivant le symptôme prédominant :

A. *Formes cliniques suivant le symptôme prédominant.* — a. *Forme céphalalgique.* — Ce qui prédomine ici c'est une céphalée intense et tenace. Les migraines, l'insomnie, les bourdonnements d'oreilles sont souvent fréquents; on peut même avoir quelquefois des accidents oculaires ou des hémiparésies. C'est, en général, une hypertension de sujets jeunes. Elle s'accompagne d'albuminurie et d'azotémie.

b. *Forme angineuse.* — C'est surtout la forme qui prédomine chez les syphilitiques. Elle s'accompagne souvent de lésions aortiques. Elle est très douloureuse, s'accompagnant d'angoisse et de constriction thoracique. Elle aboutit à la dilatation du ventricule gauche.

c. *Forme dyspnéique.* — C'est la forme qui est compliquée de crises de dyspnée asthmatiformes et

quelquefois d'œdème aigu du poumon. C'est une forme grave.

d. *Forme cardiaque.* — C'est l'hypertension des vieux. L'insuffisance cardiaque y prédomine, s'accompagnant de tout son cortège symptomatique : arythmie, œdème, gros foie, etc. C'est cette forme qui répond à la dénomination trop facile de syndrome cardiorénal. En fait, suivant les conclusions de Josué, ces malades sont des cardiaques.

e. *Forme gastrique.* — Ce sont des hypertendus de l'âge mur; ils se plaignent surtout de crises gastriques, s'accompagnant souvent de vomissements et de coliques. Ce sont d'éternels constipés.

B. *Formes suivant l'âge.* — a. *Hypertension des sujets jeunes.* — C'est une hypertension grave, revêtant souvent la forme dyspnéique ou céphalalgique. Les hémorragies sont très fréquentes. Au cours d'une hypertension permanente, on observe souvent des poussées d'hypertension coïncidant avec les accidents pulmonaires, hémorragiques ou cérébraux.

b. *Hypertension des personnes âgées.* — C'est une hypertension souvent insidieuse, permettant malgré de petits ennuis, et des symptômes faisant toujours redouter une fin dramatique, une survie prolongée. Cette hypertension aboutit le plus souvent à l'insuffisance cardiaque.

C. *Formes suivant l'étiologie.* — C'est croyons-nous la façon la plus intéressante, et à la fois la plus clinique d'étudier les formes de l'hypertension artérielle. Ce faisant, nous ne ferons que suivre la classification de Martinet dont l'esprit si original a apporté dans cette question de l'hypertension artérielle une empreinte toute personnelle.

Dans une première catégorie de faits, nous envisagerons l'hypertension des obèses, des diabétiques, des goutteux, en un mot l'*hypertension des pléthoriques* vieux terme médical auquel Martinet a su donner un regain d'actualité.

Dans un deuxième paragraphe nous exposerons les faits relatifs à l'hypertension des *nerveux angiospasmodique.* Nous arriverons ensuite à l'étude capitale de l'*hypertension des rénaux* et nous serons ainsi tout naturellement conduits à l'*hypertension des scléreux*, hypertension qui peut être soit compensée, soit décompensée, ce qui nous permettra d'insister sur l'hypertension des asystoliques.

a. *Hypertension des pléthoriques.* — Au point de vue clinique, ces pléthoriques hypertendus attirent tout de suite l'attention par un aspect extérieur caractéristique. Ce sont des malades atteints d'un embonpoint notable, porteurs d'un ventre toujours proéminent et prédominant par rapport aux autres segments du corps. Leur teint est en général très coloré, leur santé en apparence florissante. Ce sont de gros mangeurs, souvent de grands buveurs, digérant bien, urinant bien, souvent beaucoup. Le plus souvent ces malades qui, par ailleurs ont un caractère jovial, viennent consulter le médecin pour quelque petite misère telle qu'hémorroïdes, varices, veines cutanées très saillantes et disgracieuses, quelquefois bourdonnements d'oreilles, palpitations ou vertiges.

A un examen plus attentif, on constate que le foie est hypertrophié, tandis que le cœur plus puissant fournit une systole vigoureuse se traduisant par une hypertension maxima souvent considérable. Dans cette forme clinique, la pression différentielle est élevée ce qui indique un bon fonctionnement du myocarde. L'examen du sang montre de l'hyperglobulie et de l'hyperviscosité sanguine.

Cette hypertension artérielle doit être retenue et tout en précisant les données du diagnostic, dicter une thérapeutique efficace. C'est qu'en effet ces pléthoriques si contents d'eux-mêmes, sont candidats à l'obésité, au diabète, à la goutte; ils sont candidats à la sclérose rénale.

Car à côté de cette pléthore simple que caractérise une hypertension artérielle s'accompagnant d'hyperviscosité sanguine, peut se présenter une pléthore par hydrémie au cours de laquelle la tension artérielle maxima est également élevée, la pression différentielle restant parfaite, mais s'accompagnant d'hypoviscosité sanguine. Dès lors le pronostic n'est plus le même, et le malade est un candidat à l'insuffisance cardio-rénale. Ces faits permettent déjà de souligner la grande différence qu'établit Martinet entre ce qu'il appelle l'hypertension fonctionnelle et l'hypertension lésionnelle.

b. *L'hypertension des nerveux angiospasmodique.* — Nous nous trouvons ici dans un stade de transition. Cette hypertension a comme caractéristique de ne pas être stable, mais d'être paroxystique. Parallèlement à la courbe de l'hypertension artérielle, celle de la viscosité sanguine est très variable. Ce syndrome d'hypertension neuro-angiospasmodique se retrouve cliniquement chez des névropathes. C'est le fait aussi de l'hypertension artérielle légère mais instable, qu'on rencontre au cours des syndromes basedowiens; c'est enfin en un mot un des éléments les plus importants du tableau clinique de l'hypersympathicotonie. Nous savons que cliniquement il existe un syndrome d'hypersympathicotonie qui se traduit principalement par des modifications cardio-vasculaires. Il est constitué au tout premier chef par la tachycardie à laquelle vient se joindre accessoirement l'arythmie; en outre on observe de l'hypertension artérielle qui sans doute peut être due pour une grande part à des modifications vasomotrices périphériques, mais dans la production de laquelle peut intervenir aussi suivant François Franck l'action hypertonique cardiaque du sympathique. Cette hypertension artérielle, faible d'ordinaire est surtout une hypertension maxima, la minima restant aux confins de la normale. Elle peut d'ailleurs atteindre des chiffres plus élevés, et il est certain que dans maintes fortes hypertension d'origine rénale, le rôle du sympathique n'est pas étranger.

C'est encore dans ce chapitre que nous rangerons les hypertensions instables de certaines intoxications et plus spécialement du nicotinisme et du saturnisme. Certains auteurs et plus spécialement Castaigne ont classé ces hypertensions parmi les hypertensions transitoires. Nous ne nous rangeons pas à cette manière de voir. Sans doute l'hypertension de la colique de plomb a comme son affection causale un caractère essentiellement passager, mais outre qu'elle peut atteindre un degré important, qu'elle évolue dans un système cardiovasculaire déjà malade, qu'elle se répète souvent fréquemment; elle a surtout comme caractéristique de survenir en fait à titre d'épisode au cours d'une hypertension permanente.

c. *L'hypertension des cardiorénaux.* — C'est le type de l'hypertension artérielle lésionnelle. Nous n'expliquerons pas le mécanisme de l'action hypertensive considérable des néphrites, Nous constatons simplement le fait : que la néphrite soit aiguë ou

chronique, elle s'accompagne presque toujours d'hypertension. Elle est minime ou nulle dans la néphrite albumineuse simple, elle est modérée dans les formes chlorurémiques, elle est constante et parfois considérable dans les formes azotémiques. Quelle que soit l'étiologie de cette néphrite : goutte, saturnisme, scarlatine, etc., l'hypertension sera un de ses attributs symptomatiques les plus constants.

Nous n'insisterons pas davantage sur la description de cette forme clinique, car c'est elle que nous avons en somme étudiée en traçant le tableau général d'un hypertendu.

d. *L'hypertension des scléreux.* — Celle-ci est l'aboutissant des trois premières : pléthore, angiospasme, infection qu'ils déterminent ou non une altération rénale, aboutissent tôt ou tard à la sclérose rénale, à l'artériosclérose.

Cette vérité est si évidente que bien souvent et bien longtemps on a confondu l'hypertension artérielle et l'artériosclérose. Dans l'évolution de cette hypertension des scléreux, il faut distinguer deux stades : la phase de compensation et celle de décompensation.

Dans la première phase on est en présence d'une hypertension élevée, permanente, presque irréductible s'accompagnant d'hypoviscosité sanguine. Tous les signes de sclérose périphérique, d'aortite chronique et de néphrite interstitielle que nous avons déjà décrits peuvent être observés.

Cette hypertension maxima permanente a comme caractéristique, et Castaigne a le mérite d'avoir insisté sur ce point, d'avoir un rôle utile. C'est grâce à elle en effet, que les malades atteints de néphrite chronique urémigène ont une diurèse normale. Aussi sous l'influence d'une chute brusque de la tension maxima, la diurèse peut-elle fléchir brusquement, tandis que l'état du malade s'aggrave très rapidement. Donc l'hypertension artérielle (tant qu'elle se borne à une hypertension maxima) traduit un moyen de défense de l'organisme contre les lésions chroniques des reins.

Il n'en est plus de même de l'hypertension diastolique qui est toujours elle un indice de gravité. Quand, la tension systolique restant la même, la pression diastolique monte, cela indique nettement que l'hypertrophie du cœur est devenue insuffisante à produire la pression indispensable pour faire circuler le sang et filtrer l'urine dans les reins sclérosés.

Et ceci nous conduit à notre deuxième stade : la phase de décompensation, c'est-à-dire en somme l'hypertension des asystoliques : la mesure de la pression artérielle au cours de l'asystolie donne des chiffres tantôt inférieurs, tantôt supérieurs, souvent même égaux à la normale. On peut avoir à faire à un brightique hypertendu habituel chez lequel on constate un jour un abaissement subit de la pression artérielle. Il s'agit d'une défaillance cardiaque qui se traduit aussi par la diminution de volume des urines, de la dyspnée, parfois quelques râles de congestion pulmonaire, ou encore une légère sensibilité de la région hépatique.

Par contre on peut être en présence d'un mitral, hypotendu habituel, qui présente comme crise d'asystolie, une hypertension manifeste accompagnant de grands œdèmes et une stase veineuse marquée.

En somme comme le dit fort bien Josué, on ne peut pas au cours de la crise d'asystolie en période d'oligurie faire état de l'hypertension artérielle, car on ne saurait connaître à cette période, le chiffre réel et habituel de la pression artérielle.

III. **Les hypertensions localisées.** — Le professeur J. Teissier a été amené à prendre la tension artérielle, non seulement à la radiale ou à l'humérale, mais aussi au niveau d'une série d'autres artères. Cette pratique serait surtout intéressante au point de vue du pronostic. C'est ainsi qu'on est amené à constater « des hypertensions partielles capables de provoquer l'apparition de syndromes nouveaux et d'entraîner ainsi des accidents d'une haute gravité : hémorragie cérébrale, œdème aigu du poumon, angor pectoris, angor abdominalis, toutes complications qu'un examen minutieux avec enregistrement comparatif des tensions respectives, mesurées au niveau des divers territoires vasculaires permettrait de prévoir.

IV. **Pronostic général des hypertensions.** — Nous avons en somme traité le fond de la question en étudiant les formes cliniques. C'est ainsi que nous avons vu déjà que l'hypertension des jeunes sujets est plus dangereuse que celle des personnes âgées. Nous savons aussi que certains symptômes pouvait aiguiller le pronostic. C'est ainsi que la forme ou prédomine la céphalée évolue vers les accidents généraux, tandis que l'hypertension rénale entraîne l'urémie; la forme angineuse a une évolution en général lente, mais qui peut être interrompue par une crise foudroyante; enfin l'état du cœur est toujours à surveiller.

Si la constatation d'une hypertension considérable est d'un plus fâcheux augure qu'une hypertension modérée, il n'en reste pas moins vrai que c'est surtout l'évolution de la tension qui est intéressante. C'est pourquoi, la courbe de la pression systolique mérite d'être dressée au cours des maladies hypertensives. L'hypertension peut diminuer sans signes d'insuffisance cardiaque et le pronostic s'améliore, l'hypertension peut s'augmenter dans des conditions telles qu'elle fait redouter des complications; enfin si l'hypertension baisse en même temps que le cœur faiblit, c'est un très mauvais pronostic.

L'étude de l'hypertension minima est également digne d'intérêt. Les hypertensions minima très élevées — Lian y a récemment insisté — sont d'un très mauvais pronostic. Au cours d'une néphrite chronique, l'élévation de Mn permet de présager l'imminence de complications cardiaques et de même, lorsque chez un cardiaque, Mn, s'élève sans signes d'hyposystolie, c'est qu'il ne s'agit pas seulement d'un cardiaque, mais aussi d'un rénal.

Enfin l'étude simultanée des deux tensions permet d'arriver à un certain nombre de conclusions :

Une tension maxima élevée et une tension minima faible indiquent une insuffisance aortique.

Les deux tensions élevées, mais la minima moins que la maxima constituent un signe qui se retrouve surtout chez les pléthoriques.

Quand la tension maxima et la tension minima sont augmentées parallèlement, il s'agit d'artérioscléreux ou de néphritiques avec insuffisance cardiaque.

Enfin quand la tension minima est plus élevée que la maxima, la défaillance cardiaque est imminente.

De tout cela il ressort, que l'étude de l'hypertension artérielle est un chapitre qui, à juste titre, préoccupe les pathologistes actuels. On doit à l'heure actuelle prendre systématiquement la tension des malades comme on prend leur température.

LETTRE D'AMÉRIQUE

Envisagés dans leur ensemble, *les résultats du traitement des fractures du col du fémur* ne sont point particulièrement brillants. Il y a seulement quinze ou vingt ans, il était de tradition constante — et cela en Europe aussi bien qu'en Amérique — d'écrire dans tous les Manuels et Traités de chirurgie que, sauf exceptions, les résultats étaient, ou médiocres, ou franchement mauvais, et d'ajouter qu'il ne pouvait guère en être autrement. Cette attitude de pessimisme et de résignation est loin d'avoir disparu aujourd'hui; elle se retrouve intacte chez les praticiens qui n'ont l'occasion de traiter ces fractures que de temps en temps, avec des moyens souvent limités, et pour qui elle est une protection commode en cas d'échec; mais elle persiste aussi chez bon nombre de chirurgiens d'expérience plus étendue. Témoin les deux citations suivantes extraites d'ouvrages récents et importants sur les fractures : « Le but idéal du traitement d'une fracture, à savoir le rétablissement de la forme du membre et de la fonction ne doit être que rarement cherché... La première indication est de sauver la vie, la seconde, d'obtenir une consolidation, la troisième, de corriger ou diminuer le déplacement. » Et encore : « Dans tous les cas, la fonction est à tout jamais compromise et, quels que soient le caractère et la situation de la fracture et le degré de consolidation, le raccourcissement du membre et la boiterie sont inévitables. »

Et, comme les statistiques de la Commission anglaise de fractures n'accusent que 23 p. 100 de résultats qui puissent être classés comme bons, il semblerait que les faits vinssent donner un appui substantiel à ces décourageantes théories. Comme, d'ailleurs, il faut bien aussi trouver des excuses pour une situation si peu à l'honneur de la chirurgie, on va les invoquer dans l'âge du malade, la vascularisation défectueuse du fragment supérieur, l'impossibilité d'avoir recours à l'anesthésie générale pour la réduction, les dangers d'une immobilisation suffisamment prolongée, les risques de pneumonie hypostatique. On ne semble guère songer à incriminer l'insuffisance du traitement d'ordinaire appliqué. Pourtant c'est là qu'il convient de chercher la vraie raison, s'il faut en croire ceux qui ont le plus d'expérience dans le traitement de ces cas.

Royal Whitman (1), qui, depuis de longues années, n'a cessé d'appliquer et de prôner l'immobilisation en abduction complète et peut montrer des statistiques remarquables, déclare que ce ne sont là que prétextes qui ne servent qu'à couvrir l'incapacité, l'incompétence et la négligence. Si les résultats sont mauvais dans les fractures du col du fémur, c'est uniquement parce que l'on a prétendu faire de celles-ci une classe à part, où les principes universellement reconnus comme fondamentaux et essentiels dans le traitement de toutes les autres fractures des membres ne seraient soi-disant pas de mise. Une fracture du col du fémur, correctement réduite, et immobilisée pendant un temps suffisant, se répare tout aussi bien que n'importe quelle autre cassure. Il est vrai que, même avec un traitement correct, la pseudarthrose se voit dans les fractures du col, mais pas avec une fréquence beaucoup plus grande que dans les autres os; l'âge du malade ne joue pas le rôle capital qu'on veut lui attribuer, car les brisures des autres parties du squelette se raccommodent généralement, sans difficulté, chez les sujets d'âge avancé.

A en juger par les communications de Whitman (1), de Ruth (2), de Ridlon (3) à la section d'orthopédie de l'*American medical Association*, à la dernière réunion, à Boston, et par la discussion qui s'ensuivit, l'accord est aujourd'hui à peu près fait parmi les orthopédistes sur ce principe fondamental, que le défaut de consolidation ou la consolidation vicieuse dans les fractures du col du fémur sont dus, dans la très grande majorité des cas, à l'insuffisance du traitement. Henderson (4), de la Fondation Mayo, déclare que, sur 120 cas de non-union observés par lui, *aucun* n'avait reçu un traitement correct au moment de l'accident. Albee (5) fait une déclaration analogue.

La fracture du col du fémur peut donc, et doit donc, par la généralisation de l'emploi de certaines méthodes de traitement, perdre le pronostic grave quand à la fonction, sinon *quoad vitam*, qu'elle a eu jusqu'à aujourd'hui. Et c'est bien là le point capital. Sur le choix de la méthode et sur des points secondaires, il peut y avoir, il y a et il y aura probablement toujours, des divergences et, de la discussion devant l'A. M. A., il est facile de déduire que les préférences personnelles jouent ici un grand rôle; mais ce qui importe au point de vue pratique pour le blessé et pour le médecin, c'est de savoir qu'une fracture du col du fémur ne signifie pas nécessairement, ni même le plus souvent, boiterie et incapacité fonctionnelle, ou pis encore. Ce qui importe au médecin non spécialisé, c'est qu'il se défasse de l'idée qu'un bon résultat est une affaire de chance et, qu'au lieu de compter *à son actif* tout ce qu'il obtient *en plus* d'une impotence fonctionnelle, il doit, au contraire, mettre *à son passif*, tout ce qu'il obtient *en moins* d'un résultat fonctionnel acceptable.

Deux méthodes seulement ont fait leurs preuves; l'immobilisation en abduction, à laquelle est très étroitement associé en Amérique le nom de Whitman, quoique plusieurs l'aient évidemment employée sporadiquement avant lui, et l'extension continue avec traction latérale, dite méthode de Maxwell-Ruth.

La technique de Whitman est bien connue des deux côtés de l'Atlantique, grâce aux très nombreux articles qu'il a publiés depuis 1908. En quelques mots, c'est la réduction, sous anesthésie générale, par traction, rotation interne et abduction *complète*, suivie d'immobilisation dans un long spica plâtré qui fixe la cuisse en abduction et le genou en extension. Whitman ne croit pas qu'il y ait danger d'hyperabduction, ainsi que le craint Campbell (6), pourtant partisan très convaincu de la méthode. Campbell croit que le cal a quelquefois été rompu quand il s'est agi de ramener la cuisse en adduction après enlèvement de l'appareil plâtré. Withman pense, au contraire, que l'écueil le plus dangereux et celui qui est le moins souvent évité, c'est l'insuffisance de l'abduction. Une fois immobilisé dans son plâtre, le malade est très fréquemment changé de position; la tête du lit est rehaussée au moyen de blocs en bois, ce qui assure une position plus confortable que la position déclive nécessitée par la méthode de traction. Le plâtre est maintenu pendant huit à douze semaines, puis le malade est encore maintenu au lit pendant un certain temps, pendant lequel il reçoit des massages et rééduque ses muscles; il ne lui est pas permis de faire porter

le poids du corps, même partiellement, sur le côté fracturé qu'après six mois, quelquefois plus. Sur la nécessité de l'immobilisation prolongée, *tous* sont d'accord, la durée minima du séjour au lit étant celle de quatre mois dont parle Ridlon. Nous voici loin du conseil naguère classique de faire sortir les sujets âgés, du lit, en deux ou trois semaines et de leur donner une paire de béquilles. Et, dans les séries citées, il y a des gens de quatre-vingt-dix ans.

L'application de la méthode de Ruth ne demande, ainsi que le font remarquer ses partisans, ni instrumentation spéciale, ni dextérité particulière, ni anesthésie générale. De fortes bandes de diachylon, deux poulies et une courte gouttière concave de carton que l'on applique sur la face interne de la cuisse, de manière à éviter la compression des vaisseaux fémoraux sont tout ce dont il est besoin. Le pied du lit du côté blessé est surélevé de 30 centimètres, celui du côté opposé de 20 centimètres, la tête du lit du côté blessé de 10 centimètres. La traction latérale est enlevée au bout de quatre semaines, après lesquelles il y a généralement consolidation, selon Ruth. La traction longitudinale est continuée encore pendant quatre autres semaines, puis le malade se sert de béquilles et ne fait porter le poids du corps sur le membre fracturé qu'après huit ou dix mois après l'accident.

Les deux méthodes donnent de bons résultats. OCHSNER, PACKARD (7), tout en rendant pleine justice à la valeur de la technique de Whitman, se déclarent tellement satisfaits des résultats obtenus avec celle de Ruth qu'ils n'ont point l'occasion d'employer l'autre. Cependant, c'est l'abduction qui réunit la majorité des suffrages. Elle a donné à CAMPBELL sur plus de 100 cas, 94 p. 100 de succès, ce qui est éloquent en comparaison du chiffre de 23 p. 100 cité plus haut. ALBEE, RIDLON, THOMSON, RYERSON, STERN (7) expriment aussi leur préférence pour l'abduction. Toutefois, l'appareil plâtré n'est pas admis sans conteste comme le meilleur moyen de contention. Ruth exagère évidemment pour les besoins de sa cause particulière quand il affirme qu'il n'y a qu'un chirurgien sur 1.000 qui sache correctement appliquer l'appareil plâtré. Mais il y a plus de vérité dans son affirmation que chez les sujets obèses, avec des fesses de « Hottentot », la réduction obtenue avec le malade en anesthésie générale sur un pelvi-support, n'existe plus qu'en imagination au-dessous du plâtre quand celui-ci a été en place quelques jours. MASLAND (8) est du même avis et a imaginé une attelle métallique spéciale pour ces cas. BRADFORD (7) a aussi une gouttière en abduction qu'il préfère au plâtre. Ridlon, qui est nettement éclectique, semble assez bien résumer la situation en disant qu'une gouttière de Thomas, bien appliquée, donne une immobilisation un peu meilleure que le plâtre, mais qu'il y a plus de chirurgiens qui savent appliquer un plâtre correctement; que le plâtre donne plus de sécurité et nécessite une surveillance moins incessante pour le traitement ultérieur et permet de mobiliser plus vite les sujets âgés.

Il semblerait donc que le choix entre les deux méthodes soit presqu'une affaire de préférence personnelle. La méthode de Ruth se recommande au praticien isolé. Peut-on aller plus loin et tâcher de trouver des indications particulières à l'une ou à l'autre? Ochsner dit que s'il avait une fracture du col du fémur à un âge jeune, il voudrait être traité par la méthode de Whitman; quinze ou vingt ans plus tard, il choisirait celle de Ruth, à un âge avancé, il se contenterait de quatre mois d'immobilisation au lit, ce qui, suivant Ridlon, donne des résultats acceptables, sans autre traitement, dans 50 p. 100 des cas (vérité qui, d'ailleurs, ainsi que le fait remarquer Thomson, n'est pas bonne à proclamer trop haut).

Un dernier point mérite d'être signalé, à savoir, la conduite à tenir en cas d'engrènement. La plupart conseillent de respecter un engrènement qui ne s'accompagne pas de raccourcissement trop marqué. COTTON (7) même s'efforce, après réduction, de créer un engrènement artificiel.

Withman, radical ici comme partout ailleurs, soutient que l'on a toujours donné au mot engrènement dans les fractures du col du fémur une signification particulière et toute de convention. Apparemment, l'on admet qu'il y a une sorte de télescopage d'un fragment dans l'autre; mais, selon lui, il ne s'agit là que d'une interprétation traditionnelle de signes physiques qui n'est que rarement confirmée par la radiographie ou le traitement. Donc, il n'y fait aucune attention.

L'adoption et l'application générales de ces méthodes réduiront considérablement les indications pour interventions sanglantes pour non consolidation, dans les fractures du col du fémur, clouage, vissage, enchevillement au moyen d'os autogène ou hétérogène, telles qu'elles ont été décrites par DAVISON (9), ou les opérations de reconstruction pour consolidations vicieuses décrites par Armitage WHITMAN (10). Mais, c'est à juste titre que ce dernier remarque que, si l'on est en droit d'espérer une amélioration globale progressive, le jour est encore loin où les chirurgiens n'auront plus à exercer leur ingéniosité pour découvrir des moyens opératoires pour corriger de mauvais résultats dans les fractures du col du fémur.

FAXTON E. GARDNER
(de New-York).

(1) *Journ. amer. med. Assoc.*, 3 déc. 1921, p. 1808.
(2) *Ibid.*, p. 1811.
(3) *Ibid.*, p. 1815.
(4) *Surg. gyn. obst.*, fév. 1920.
(5) (6) (7) *Journ. amer. med. Assoc.*, 3 déc. 1921, p. 1817-1819.
(8) *Ann. Surg.*, avril 1920, p. 503.
(9) *Journ. amer. med. Assoc.*, 17 sept. 1921, p. 916.
(10) *Ibid.*, p. 913.
Voir aussi : JONES. *Calif. State med. Journ.*, 1920, p. 92 ; CAMPBELL. *South. med. Journ.*, 1920, p. 585 ; WHITMAN. *Arch. Surg.*, 1920, I. 469.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 JANVIER 1922)

L'acuité auditive et l'aptitude au service militaire. — M. MARAGE a suivi depuis la paix les réformés pour surdité. Ils sont tous arrivés à se tirer d'affaire et à gagner même de gros salaires. M. Marage constate que ces hommes auraient pu dans l'armée rendre des services comme tailleurs, cordonniers, menuisiers, forgerons, ajusteurs, cuisiniers, puisqu'ils peuvent exercer ces professions depuis leur réforme. Ceux qui exercent des professions libérales auraient pu être gardés comme dactylographes ou secrétaires.

L'auteur est donc d'avis que la surdité ne devrait plus être un cas de réforme.

Dualité possible de la fièvre aphteuse (hypothèse de travail). — M. Schein.

Sur l'immunité antiaphteuse. — MM. H. Vallée et H. Carré.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 31 janvier 1922)

La silice, la chaux et la magnésie dans le tissu cancéreux. — M. Albert Robin a recherché si la silice, la chaux et la magnésie, que des travaux antérieurs l'ont conduit à considérer comme des éléments de la défense organique spontanée contre le cancer, pourraient être fixés à titre médicamenteux sur le tissu cancéreux.

Les recherches ont porté sur trois malades (cancer du côlon, de l'œsophage et du foie). Tous ont été traités pendant des temps variant de deux à quatre mois, par la magnésie, le glycéro-phosphate de chaux, les silicates de soude, de potasse et de magnésie et ont succombé.

L'analyse du tissu cancéreux a révélé que, par comparaison avec deux cas de cancers non traités, la silice augmentait de 58 p. 100, la chaux de 34 p. 100 et la magnésie de 6 p. 100.

On ne sait pas par quel procédé la chaux et la magnésie contribuent à la défense organique contre le cancer. Mais l'auteur ayant démontré que dans le cancer du foie à marche lente, la magnésie s'accumulait dans les régions non encore atteintes, cela lui permet de soulever l'hypothèse que c'est à leur charge en magnésie que ces régions doivent d'avoir résisté à l'envahissement cancéreux.

Quant à la silice, on sait qu'elle est le principe essentiel du sol minéral du tissu conjonctif, dont l'hypergenèse constitue un des éléments de la défense organique contre le cancer. Or, sa fixation en excès s'accompagne d'une formation de tissu conjonctif nouveau dont la présence a été constatée histologiquement. On peut donc admettre une corrélation entre son augmentation et l'hypergenèse conjonctive, ce qui justifie l'emploi de cet agent médicamenteux dans le but de fournir le matériel nécessaire à l'un des actes de la défense spontanée de l'organisme contre le processus cancéreux.

Les réformes de l'enseignement secondaire. — M. Wallich, à propos du rapport de M. Linossier, insiste particulièrement sur les réformes à apporter, selon lui, dans l'enseignement secondaire des jeunes filles. Jusqu'ici, on ne s'est guère occupé que des garçons. Mais il y a aussi des jeunes filles qui visent le baccalauréat, la licence même. Cette catégorie d'élèves de l'enseignement secondaire mérite tout autant l'attention des hygiénistes que les élèves du genre masculin. Elle la mérite d'autant plus qu'elle soulève une question de la plus haute gravité, celle de la dépopulation de la France. Il semble résulter des réflexions de M. Wallich à cet égard que le surmenage intellectuel infligé à ces jeunes filles pourrait, dans une certaine mesure, diminuer leur aptitude au mariage et à la maternité. Des réformes s'imposent, de l'avis même du haut personnel de l'enseignement. Il faut alléger les programmes, il faut faire une plus grande place aux exercices physiques, aux récréations en plein air. Il y va de l'intérêt de l'avenir de la race.

M. Méry est également d'avis qu'il faut réduire les heures de travail intellectuel, donner plus de place à l'éducation morale et physique, développer ce qu'il appelle l'observation personnelle, c'est-à-dire développer chez les élèves le sens de l'observation, insister davantage sur les visites médicales, augmenter les heures de repos, ne les mettre, autant que possible, qu'entre les mains d'un seul maître, professeur général, à la fois instructeur et éducateur.

M. Méry voudrait aussi qu'on eût recours plus souvent à l'éducation sensorielle.

M. Maurice de Fleury fait observer qu'il paraît difficile, étant donnée déjà la surcharge des programmes, d'y ajouter l'éducation sensorielle. D'ailleurs, celle-ci se trouve beaucoup plus indiquée dans l'enseignement primaire que dans l'enseignement secondaire.

Les complications pulmonaires de la grippe. — Très intéressante intervention, sur ce sujet d'actualité, de MM. Letulle et Bezançon.

M. Letulle ne s'occupe que de l'étude des lésions anatomo-pathologiques de la grippe actuelle. Il rappelle ce qui s'est passé dans l'épidémie de 1918-1919 où, après une période de grippes légères, survinrent des cas de pneumonies et de broncho-pneumonies graves dont beaucoup même furent mortels.

M. Letulle s'applique à bien établir les distinctions qui séparent ces lésions de broncho-pneumonies congestives, hémorragiques de la grippe de la pneumonie fibrineuse classique. Dans la grippe, il s'agit toujours de bronchites congestives intenses. Le sang arrive à flots dans les alvéoles; on trouve de nombreux leucocytes sur la paroi interne des vaisseaux. La congestion gagne tous les tissus, la plèvre elle-même. L'œdème devient général, gagne la trachée, les bronches, les vésicules pulmonaires, puis c'est la cyanose et la mort en très peu de jours. L'évolution est très rapide, elle se fait en quatre ou cinq jours au plus. C'est là ce qu'on a appelé la pneumonie disséquante grippale, c'est-à-dire pneumonie influencée par le germe épidémique grippal.

En résumé, MM. Letulle et Bezançon opposent les lésions pulmonaires observées dans la grippe de 1918 à celles de la pneumonie vraie, il s'agissait, en réalité, de broncho-pneumonie avec congestion intense, hémorragie, formation d'abcès péribronchiques et pulmonaires.

M. F. Bezançon, en collaboration avec MM. Moreau et Cochez, rapporte la physionomie de la petite épidémie actuelle de grippe qui rappelle par plus d'un point, la gravité et la diffusion en moins, la grippe de 1918.

Les phénomènes hémorragiques, la cyanose ont été beaucoup moins accentués, au point de vue pulmonaire il s'est agi d'un assemblage de bronchite et de manifestations pleuro-pulmonaires.

L'évolution autant que les caractères cliniques montrèrent que, dans aucun cas, il n'y eut de véritable pneumonie; il s'agit ici de bronchite et de cortico-pleurite rappelant la congestion pleuro-pulmonaire et la fluxion de poitrine des anciens auteurs.

M. Menetrier, tout en se trouvant d'accord avec MM. Letulle et Bezançon sur la plupart des points qu'ils ont traités, fait cependant observer que dans l'épidémie actuelle, comme dans celle de 1918-1919, il a constaté des cas de pneumonies franchement fibrineuses. Il reconnaît, toutefois, que les formes congestives et hémorragiques, sur lesquelles ont insisté MM. Letulle et Bezançon, ont été les plus fréquentes.

M. Hayem appelle l'attention sur l'importance de l'examen du sang dans les cas dont il vient d'être question.

Au cours de son exposé, M. Bezançon a parfaitement caractérisé les allures de l'épidémie actuelle qui viennent absolument confirmer nos observations personnelles. Trois phases : 1° de simples angines avec de la température pendant deux ou trois jours et de la courbature; 2° angines se compliquant de bronchite simple d'une durée de cinq à six jours; 3° enfin, formes de broncho-pneumonies congestives, ou même hémorragiques, beaucoup plus graves, avec températures de 40 degrés et plus.

Il résulte de ces observations que les praticiens doivent se tenir en éveil et s'attendre à voir maintenant, comme dans l'épidémie de 1918-1919, des cas de grippes beaucoup plus graves.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 20 janvier 1922)

Action diurétique du chlorure de calcium dans les néphrites avec œdème. — MM. L. Blum, Aubel et Heusknecht considèrent que le chlorure de calcium manifeste des propriétés diurétiques supérieures à celles que produisent les diurétiques du groupe de la xanthine.

C'est le traitement de choix des œdèmes brightiques.

Dangers de l'administration prolongée du chlorure de calcium dans les hydropisies cardiaques. — MM. L. Blum et Schwab (de Strasbourg) pensent que le NaCl chez les cardiaques peut déterminer une intoxication profonde qui se traduit par un aspect terreux, une asthénie intense et une

anorexie complète quand il est administré au-delà d'une période de cinq à six jours.

Anévrisme de la carotide externe. — MM. Marcel PINARD et E. MENDELSOHN présentent un homme de quarante-six ans atteint d'anévrisme de la carotide depuis près de deux ans. Le traitement arsenical intensif a déjà donné d'excellents résultats. Si le diagnostic a été précoce et le traitement énergique et prolongé, la chirurgie n'a pas à intervenir.

Polynévrite à la suite d'une dysenterie à bacille de Shiga. — MM. Am. COYON et J. DEBRAY présentent une malade qui, à la suite d'une dysenterie à bacilles de Shiga, présenta des phénomènes de névrite périphérique actuellement en régression.

Hydrocéphalie et obésité. — MM. L. BABONNEIX et L. DENOYELLE complètent l'observation du malade déjà présenté par eux en apportant des documents cliniques et radiologiques tendant à établir l'existence, chez lui, d'une hydrocéphalie de moyenne intensité, et, aussi, d'un syndrome diabétique constitué surtout par de la polyurie (2 litres et demi à 3 litres par jour) et par de la glycosurie (18 grammes de glucose par litre). Ils rappellent, à ce sujet, les quelques cas analogues relevés dans la littérature, et concluent que, dans l'hydrocéphalie, l'obésité semble produite, par une lésion intéressant, non l'hypophyse, mais l'infundibulum (tuber cinireus) ou l'épiphyse, sans qu'il soit actuellement possible de préciser davantage.

Secousses myocloniques au cours de la spirochétose ictérigène. — MM. Maurice VILLARET, Henri BÉNARD et Paul BLUM relatent un cas de spirochétose ictérigène identifié par l'inoculation au cobaye et la réaction d'agglutination, dont l'évolution s'est accompagnée de secousses myocloniques.

Ces secousses myocloniques ont apparu au moment de la rechute, intéressant les muscles des membres supérieur et inférieur, elles ont duré deux jours, sans coïncider avec un état général particulièrement grave.

Les auteurs rapprochent ces myoclonies des algies et autres manifestations nerveuses bien connues de la spirochétose ictérigène.

Paludisme chronique compliqué d'Addisonnisme, d'atrophie papillaire unilatérale et de polynévrite périphérique. — MM. A. CHAUFFARD, J. HUBER et R. CLÉMENT présentent un malade atteint de paludisme depuis 1917, deux mois après son retour des Dardanelles, porteur d'une grosse rate et chez qui ont évolué un syndrome addisonnien avec asthénie, hypotension, mélanodermie et pigmentation des muqueuses; une cécité de l'œil droit par atrophie papillaire et une polynévrite des membres supérieur et inférieur gauches se traduisant actuellement par l'atrophie des muscles de l'épaule et du bras gauche. L'exploration radiologique par la méthode de Carelli a montré chez lui l'atrophie de la surrénale gauche, la seule qui ait été examinée.

Les auteurs attirent l'attention sur le début cliniquement tardif de ce paludisme apparu, malgré la quininisation préventive, sous l'influence du traitement quinique et arsenical, ils ont vu rétrocéder les signes addisonniens, y compris l'atténuation de la peau et des muqueuses.

Ils signalent enfin l'importance de l'atrophie papillaire dont la nature paludéenne encore que non signalée jusqu'ici, se fonde dans ce cas sur la coexistence avec d'autres accidents nerveux d'ordre polynévritique. Ces derniers troubles se sont peu modifiés sous l'influence du traitement; l'atrophie papillaire n'a subi aucune amélioration, elle constitue donc, par son incurabilité, une très grave complication.

L'emploi du sérum de convalescent dans le traitement de la scarlatine. — MM. MIRONESCO et SAGER. Les injections de sérum de convalescent par voie intramusculaire ne donnent aucune réaction; elles provoquent généralement dans les vingt-quatre heures une chute de température de 1-2 degrés et une amélioration de l'état général. Elles n'empêchent pas les complications rénales.

Pneumonies et broncho-pneumonies des vieillards traitées par la sérothérapie antipneumococcique. — MM. WEILL-HALLÉ, ARIS et WEISSMANN-NETTER rapportent les observations cliniques de huit vieillards atteints d'affections pulmonaires à pneumocoques et traités par la sérothérapie pneumococcique.

Six ont guéri, et les auteurs signalent la tolérance remarquable des vieillards à la sérothérapie et la rareté des accidents sériques.

M. SACQUÉPÉE insiste sur les heureux résultats de la sérothérapie. Il emploie habituellement les sérums II et I dans les rapports de 3 à 1.

(SÉANCE DU 27 JANVIER 1922)

Traitement des pneumopathies aiguës à pneumocoques par la sérothérapie. — MM. COURCOUX et DEGLAIRE ont traité trente et un malades atteints de pneumopathies aiguës à pneumocoques par le sérum n° 2 de l'Institut Pasteur. Ils ont obtenu vingt-cinq guérisons en employant la voie intramusculaire associée à la voie intratrachéale.

La voie intraveineuse est dangereuse surtout chez le vieillard. Les échecs appartiennent à des malades traités trop tardivement ou atteint de complications broncho-pulmonaires d'origine grippale.

Asthme syphilitique. — MM. SÉZARY et ALIBERT rapportent l'observation d'un malade atteint d'asthme typique. Le Wassermann positif a permis de penser à l'origine syphilitique que le traitement a guéri. La guérison se maintient depuis trois mois alors que tous les traitements, y compris la résection des cartilages costaux d'un côté avait échoué.

Un cas de mégaduodénum. (*Présentation de pièce.*) — M. VARIOT présente le duodénum d'un nourrisson atteint de mégaduodénum resté inaperçu à la radiologie et se manifestant par des crises intermittentes de vomissements. Etant donné l'allure des crises, l'auteur pense que le spasme jouait un rôle dans la pathogénie des vomissements.

Existe-t-il un « paludisme chronique » chez les paludéens définitivement rapatriés en France? — M. J. RIEUX (du Val-de-Grâce). Chez les paludéens rapatriés en France et qui échappent de ce fait presque absolument à toute impaludation nouvelle, les manifestations aiguës du paludisme (accès fébriles, hypertrophie de la rate, anémie, monocytose sanguine et surtout présence d'hématozoaires dans le sang) s'éteignent vers la fin du cycle annuel qui suit la dernière impaludation. L'auteur pense qu'on peut alors parler de guérison du paludisme.

Revus dans les années suivantes, ces anciens paludéens rapatriés, ou bien sont guéris cliniquement et hématologiquement, ou bien montrent quelques séquelles de leur paludisme ancien, sous forme en particulier d'anémie et de splénomégalie d'ailleurs légères, ou bien, enfin, sont atteints d'affections diverses, chroniques, où dominent les troubles gastro-intestinaux relevant souvent de l'amibiase.

Est-on autorisé, malgré la disparition définitive de l'hématozoaire chez le paludéen rapatrié, à admettre chez lui la persistance d'un « paludisme chronique » au sens exact du mot, c'est-à-dire d'une maladie lentement évolutive et dont l'évolution relève incontestablement de la malaria et de son agent pathogène? Peut-on, au contraire, comme le pense l'auteur, accepter que le paludisme ne dure chez le rapatrié que le temps du parasitisme de l'hématie (environ un an) et qu'il s'éteint avec celui-ci, ne laissant parfois après lui que des séquelles ou des complications de l'infection première?

M. CHAUFFARD pense qu'il existe un paludisme chronique. Celui-ci s'observe quand, chez ces paludéens, les accès ont une allure chronique et lorsqu'il existe des lésions organiques.

M. LEMOINE considère que le paludisme chronique est plus fréquent qu'on ne le pense et que le pays d'origine du paludisme joue sans doute un rôle important.

M. PAISSEAU. Il peut exister du paludisme chronique avec accès au cours desquels on ne décèle pas l'hématozoaire dans le sang.

M. MONIER-VINARD pense que si un grand nombre de palu-

déens guérissent, d'autres restent atteints de paludisme larvé ou chronique.

— Comité secret.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1921)

Brûlures de l'œil par fer à friser. — M. VILLARD.

Sur une forme clinique du cancer du cholédoque. — MM. FORGUE, ROUX et MILHAUD rapportent une observation de cancer de la portion rétroduodenale du cholédoque chez un homme de trente-sept ans, présentant le tableau clinique de l'obstruction lithiasique (crises douloureuses intermittentes avec ictère intermittent, franc d'emblée, correspondant à l'apparition des crises). Deux signes seulement manquaient au tableau de lithiase, la température au cours des crises et la rétraction de la vésicule. Les auteurs insistent sur la valeur de ces deux symptômes, en particulier de celui de Courvoisier et Terrier. Ils pensent que ces intermittences d'obstruction cholédociennes sont sous la dépendance de poussées inflammatoires tuméfiant les parois du conduit biliaire ou des ganglions lymphatiques qui compriment les voies biliaires.

Section par balle du tronc radio-circonflexe. Suture. Résultat six ans après. — M. ETIENNE. Il s'agit d'un blessé opéré le 1er septembre 1915 pour une section (par balle) du tronc commun du radial et du circonflexe, et du musculo cutané à son origine (côté gauche). La blessure date de quinze jours. Suture bout à bout. Réapparition des mouvements de flexions de l'avant-bras, du poignet et des doigts, fin 1916, puis des mouvements d'élévation latérale du bras et depuis un an de ceux d'extension; le malade peut relever légèrement le poignet. L'atrophie a diminué considérablement pour les muscles de l'épaule et du bras et reste marquée pour l'avant-bras et le bras.

Hémorragie bulbaire primitive. — M. GUEIT rapporte l'observation d'une malade de cinquante ans chez laquelle il a suivie d'heure en heure les phénomènes d'extension d'une paralysie nettement bulbaire à l'origine.

Ayant débuté par le voile du palais, la paralysie s'est propagée rapidement aux quatre membres pour frapper en dernier lieu les muscles respiratoires.

La malade a conservé jusqu'au dernier moment toute sa lucidité d'esprit.

Ce tableau clinique réalise un syndrome de paralysie à début bulbaire.

Il faut penser en l'absence de nécropsie qu'il s'est agi dans ce cas d'une hémorragie bulbaire primitive.

Enquête américaine du Comité pour la répression de l'abus des toxiques. — (M. TERRY, de New-York, rapporteur). Réponse de M. BLOUQUIER DE CLARET, au nom de la sous-commission de la Société (résumé) :

En France, les étudiants en médecine sont instruits tant à la Faculté de médecine, par les cours de thérapeutique, de médecine légale et de pathologie interne, que dans les divers services hospitaliers, de l'emploi de l'opium, et de ses dérivés, des dangers que l'accoutumance aux toxiques présente et du traitement approprié à la toxicomanie.

Le plus souvent, les morphinomanes sont traités dans les services de médecine générale, mais il vaut mieux qu'ils soient soignés dans les services de neurologie, ou dans les maisons de santé privées, car le personnel y est plus habitué à appliquer et à surveiller la cure de désintoxication.

Très rarement, les morphinomanes relèvent de l'asile d'aliénés ou, pour être admis, il faut qu'ils aient commis un acte les rendant dangereux pour eux-mêmes, l'ordre public ou la sécurité des personnes.

La loi de juin 1916, complétée par le décret du 14 septembre 1916, édicte une série de peines se rapportant, tant aux individus qui se livrent au trafic des toxiques, qu'à ceux qui les emploient et règlemente la façon de formuler les ordonnances dans lesquelles les doses de toxiques doivent être écrites en toutes lettres, doses qui ne peuvent être formulées que pour une durée de sept jours au maximum.

(SÉANCE DU 6 JANVIER 1922)

Tétanos localisé au membre blessé. — M. VINON, à propos de la communication de M. Estor, publie l'observation d'un jeune blessé de seize ans qui, amputé de bras pour blessure accidentelle, a fait un tétanos strictement localisé au membre blessé. Type cervico-brachial, monoplégique supérieur, avec atteinte du diaphragme. Le blessé avait reçu trois injections de sérum antitétanique, à titre préventif, quinze heures, deux jours et six jours après l'accident. Le tétanos est apparu au sixième jour. Le traitement a consisté en acide phénique et chloral à haute dose : sérum antitétanique en injection dans le trajet des nerfs du plexus brachial. La guérison a demandé deux mois, et il persiste une contracture des muscles du moignon.

Ostéomyélite chronique d'emblée. — MM. ESTOR, DELORD et PUECH. Chez un enfant présentant une ostéomyélite à début aigu du tibia droit, on s'aperçoit cinq mois après et sans que rien ait appelé l'attention à ce niveau des lésions étendues du col fémoral gauche ayant déterminé l'ankylose de la hanche et confirmée par la radiographie. L'évolution torpide de ce processus d'ostéomyélite peut être attribué à des injections de vaccin qui ont été pratiquées au début de la maladie; inefficaces contre la lésion tibiale déjà constituée, elle a pu permettre l'évolution torpide de lésions fémorales apparues un peu plus tard.

Tétanos après astragalectomie pour tumeur blanche du coup de pied fistulisée. — MM. ESTOR, DELORD et PUECH.

Suture du nerf radial (résultat éloigné). (*Présentation de malade.*) — M. Noël LAPEYRE.

NOTES DE PRATIQUE

GOUTTE CHRONIQUE

Indépendamment du régime et des soins d'hygiène, prendre matin et soir, un cachet de 0g25 de Théosalvose lithinée. Cesser 10 jours par mois, durant lesquels la Théosalvose sera remplacée par la résine de gaïac en cachets de 0g50 (3 fois par jour après les repas).

Quatre fois par an, cure laxative à domicile : une cuillerée à café de sulfate de soude à prendre à jeun, pendant trois semaines à un mois.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX, médecins des hôpitaux. *Tome II :* **Appareil resipratoire** (premier volume), par Emile SERGENT, D'HEUCQUEVILLE, BELLIN, FLURIN, COURCOUX, ARMAND-DELILLE. In-8, 1922, 55 figures. Prix : 20 fr. — Paris, Maloine et fils.

Abrégé d'ophtalmologie, par le Dr A. MONBRUN, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de laboratoire à la Faculté de Paris (clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu). Préface de M. le professeur F. DE LAPERSONNE, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de médecine. Elégant in-16 cartonné avec 3 planches hors texte et 39 figures. Prix : 7 francs. — Paris, L. Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne.

Alimentation. Hygiène des enfants et notions pratiques sur les maladies les plus communes, par le Dr Jules COMBY, médecin des Enfants-Malades. 4e édit. revue et augmentée. 1 vol. in-16, 450 pages et 30 figures. Prix : 10 fr. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 3 février. — Questions données : « Causes, signes et diagnostic du mal de Pott sous-occipital. — Symptômes et diagnostic des oblitérations du membre inférieur. »

MM. Machavoine, 12 1/2; Louet, 12; Rachet, 14; Foulon, 9 1/2; Girard, 12; Mlle Guyot, 9; MM. Denoy, 11; Meyer-May, 13; Pollet, 15; Breton (Marc), 13 1/2; George, 12.

Séance du 4 février. — Questions données : « Signes et diagnostic de la péricardite avec épanchement. — Phlegmon périnéphrétique. »

MM. Kourilsky, 12; de Peretti della Rocca, 11; Dollfus, 12 1/2; Seguy, 13 1/2; Aubry, 14 1/2; Mollaret, 11 1/2; Gallois, 13; Tassin, 13 1/2, Bidermann, 14; Azerad, 12 1/2; Dubois (Paul), 11.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un concours pour six places d'interne en médecine titulaire et la désignation d'internes provisoires des asiles publics d'aliénés de la Seine et de l'infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police s'ouvrira, à Paris, le lundi 27 mars 1922.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (service du département), 2e bureau, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, du 27 février au 11 mars 1922.

Les candidats seront convoqués par lettre. Néanmoins, l'administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendraient pas.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS. — Réunions neurologiques internationales annuelles. — La Société de neurologie de Paris, dans le but de faciliter les échanges de vues sur les questions neurologiques d'actualité, a institué chaque année une Réunion neurologique, à laquelle participent, outre ses membres nationaux et étrangers, des personnalités scientifiques, directement invitées par la Société.

Ces Réunions neurologiques ont lieu à Paris. Elles comportent deux jours de travaux avec deux séances par jour.

Une seule question, présentant un intérêt à la fois scientifique et pratique, est mise en discussion, à la suite d'un exposé fait par les rapporteurs désignés à l'avance par la Société.

Le programme de la discussion est adressé à ceux qui annoncent leur participation à la réunion.

Les communications portent uniquement sur la question posée. La durée de chaque communication ne peut dépasser dix minutes. Il est accordé pour chaque communication au plus quatre pages d'impression, et une page pour chaque discussion.

Ne sont publiés dans les comptes rendus de la réunion que les communications ou discussions dont le texte est remis au cours des séances.

Des projections cliniques ou anatomiques, ainsi que des présentations de malades peuvent être faites, après entente préalable.

Prière d'adresser les réponses aux invitations et les titres des communications au Secrétaire général : Dr Henry Meige, 35, rue de Grenelle, Paris-7e.

— La IIIe Réunion neurologique internationale annuelle se tiendra à Paris les vendredi 2 et samedi 3 juin 1922, dans l'amphithéâtre de l'Ecole des infirmières, à la Salpêtrière.

Les séances auront lieu le matin de 9 à 12 h., l'après-midi de 15 h. à 18 h.

La question suivante est mise à l'étude : *Les syndromes hypophysaires*. Rapporteurs : 1° pour l'*anatomie et la physiologie pathologiques* : MM. G. Roussy et Jean Camus (de Paris).

2° Pour la *clinique* et la *thérapeutique* : M. Froment (de Lyon).

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. le Dr J.-E.-L. Parmentier, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Henri Montlaur (de Paris), Lévy (de Belfort) et Le Vionnois (de Cherbourg).

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui sera une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 20 février 1922, au Cercle militaire, à 21 heures.

LEÇONS SUR LA TUBERCULOSE INFANTILE ET SA PROPHYLAXIE, sous la direction de MM. les prof. Léon Bernard et Aug Broca et de M. Méry, agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, avec la collaboration de MM. P. Armand-Delille, médecin de l'hôpital Debrousse; Robert Debré, agrégé, médecin des hôpitaux; J. Genevrier, ancien interne des hôpitaux; L. Girard, chef de laboratoire à l'hôpital des Enfants-Malades.

Ces leçons commenceront le mercredi 15 février, au laboratoire d'hygiène de la Faculté, à 17 heures et continueront lee vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Ce cours est ouvert aux docteurs en médecine et étudiants français et étrangers immatriculés à la Faculté de médecine.

Un droit de laboratoire de 100 fr. sera perçu.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Prière de s'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, guichet n° 3, les jeudis et sumedis, de midi à 3 heures.

COURS PRATIQUE SUR LES MALADIES DE LA NUTRITION. — MM. Marcel Labbé, professeur; Henri Labbé, agrégé; Stévenin et Nepveux, chefs de laboratoire, commenceront le mercredi 1er mars 1922, à 3 heures, au laboratoire de pathologie générale, un cours pratique sur les procédés d'examen (clinique et laboratoire) dans les maladies de la nutrition et les affections du tube digestif.

Le cours aura lieu tous les jours à 3 heures et sera terminé en un mois. — Les élèves seront exercés individuellement aux diverses méthodes d'examen.

Le montant du droit à verser est de 150 fr.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants pourvus de 16 inscriptions, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance du versement dû.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés dès à présent jusqu'au 1er mars au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

ENSEIGNEMENT PRATIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — HÔPITAL LAENNEC. — Le Dr Henri Bourgeois, chef de service commencera le mercredi 15 février, à 11 heures, une série de quinze leçons sur les maladies de l'oso-pharynx, du larynx, de la trachée et de l'œsophage avec la collaboration de MM. Ameuille, médecin des hôpitaux, Baldenweck et Le Mée, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux; Maingot, chef du laboratoire de radiologie de l'hôpitel Laënnec; André Bloch; Maurice Vernet; Tarneaud; Poyet; Debidour, assistants du service.

Les leçons auront lieu les lundis, mercredis, vendredis à 11 heures.

Le cours sera complété par des démonstrations de laryngoscopie directe, de trachéo-bronchoscopie et d'œsophagoscopie et par des présentations de malades, qui auront lieu les lundis, mercredis, vendredis à 9 h. 1/2 avant les cours théoriques.

Les élèves seront exercés aux examens cliniques. Les mardis, jeudis, samedis ils pourront assister aux consultations et aux interventions pratiquées dans le service. Un certain nombre d'entre eux pourront être admis à continuer à y travailler ultérieurement.

S'inscrire à l'hôpital Laënnec auprès de M. André Bloch, assistant du service oto-rhino-laryngologiste. Droit d'inscription : 150 fr. (75 fr. pour les auditeurs des cours précédents).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE LIBRE. — M. BABONNEIX, médecin des hôpitaux, commencera un cours libre sur les *Encéphalopathies infantiles*, à l'amphithéâtre de la clinique de l'hôpital des Enfants-Malades, le 7 mars prochain, et le continuera les mardis et vendredis, à 15 heures.

Ce cours, comportant dix leçons, sera illustré par des projections et accompagné de présentations de malades.

LIVRES NOUVEAUX

Le traitement des fractures et luxations en clientèle (1), par Fernand MASMONTEIL, interne des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine. (*Comment guérir?* Bibliothèque des praticiens.)

On n'a pas oublié le succès remporté par la première édition du livre de M. Masmonteil. Après tous les tâtonnements du début de la guerre, la chirurgie des fractures a fait des progrès tels, surtout au point de vue des appareillages que nous avons assisté à une véritable révolution dans l'art de les guérir.

Aussi le praticien qui ne veut pas revenir à l'appareil plâtré omnibus « cache misère » comme l'appelle si bien M. Masmonteil, se trouve-t-il obligé à de multiples recherches lorsqu'il veut étudier les appareils si divers qui connurent une véritable fortune pendant la guerre sous l'impulsion de Delbet, d'Alquier, de Thomas, Musi, Cassette, Leriche, Antoine et Masmonteil, et j'en passe.

Le livre de Masmonteil, qui est un véritable traité clinique et thérapeutique des fractures, est arrivé à point pour lui servir de guide.

La deuxième édition que nous offre aujourd'hui M. Masmonteil a été profondément remaniée.

Plusieurs chapitres ont été ajoutés sur les traumatismes de la main et des doigts, sur les fractures ouvertes, sur les fractures et luxations pathologiques, sur l'intervention opératoire dans les fractures.

Au point de vue clinique, des schémas ont été faits pour guider le praticien dans l'examen assez délicat de certaines régions : poignet, épaule, cou de pied, hanche.

Quelques appareils ont été ajoutés, celui de Grégoire pour les fractures de l'humérus, de Destot, de Masmonteil pour la clavicule, de Judet pour la hanche, le dispositif de Demarest, pour les fractures hautes de cuisse, M. Masmonteil étudie aussi longuement le procédé de réduction qu'il a étudié avec son maître Baudet et qui repose sur un principe nouveau.

Ce volume représente un travail considérable, il évitera, comme nous l'écrivons plus haut, bien des recherches aux praticiens et aux étudiants, il leur évitera aussi bien des déboires en clientèle. Ecrit dans le style clair et concis qui caractérise M. Masmonteil, édité avec un véritable luxe de figures et de schémas par MM. Maloine, ce livre restera certainement classique. On n'en saurait dire autant de beaucoup d'ouvrages modernes. F. L. S.

Contribution à l'étude de certaines réactions motrices de la cage thoracique en rapport avec le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire chronique (2), par le docteur C. M. DESVERNINE (de la Havane).

L'auteur a imaginé un appareil enregistreur spécial, le *stéthographe*, qui permet d'inscrire le graphique des mouvements thoraciques. Ses recherches ont porté sur les tuberculeux pulmonaires confirmés, ainsi que sur des sujets simplement suspects ou prétuberculeux.

Cet ouvrage rend compte des résultats obtenus, et cela sous une forme qui parle aux yeux, puisqu'il reproduit un très grand nombre des graphiques ainsi obtenus.

Voilà donc un moyen nouveau d'apprécier, de façon tout à fait précoce, l'état de la capacité fonctionnelle de la ceinture costo-sternale supérieure, c'est-à-dire un facteur dont l'influence est capitale sur la défense antituberculeuse de l'appareil respiratoire.

Tous les phtisiologues et tous les médecins praticiens voudront consulter l'ouvrage du docteur Desvernine. L. G.

(1) 2e éd. avec 157 fig. Paris 1922, A. Maloine et fils.
(2) Un vol. in-8° raisin. — Prix : 5 fr. — Paris, 1921, « L'Expansion scientifique française », 23, rue du Cherche-Midi.


LABORATOIRE
UPR
PRODUITS USINES du RHÔNE


LABORATOIRE
UPR
PRODUITS USINES du RHÔNE


LABORATOIRE
UPR
PRODUITS USINES du RHÔNE


LABORATOIRE
UPR
PRODUITS USINES du RHÔNE

PRINCIPES FONDAMENTAUX

CONCERNANT

LE MÉTABOLISME BASAL

Par M. GRAHAM LUSK,
Professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine de *Cornell University* (New-York).
Traduit et annoté par J.-M. LE GOFF (de Paris),

L'Association Médicale Américaine, qui comprend la plus grande partie des médecins des Etats-Unis, a tenu en juin 1921 sa 72e session à Boston, Massachusetts. Cette ville est une des plus anciennes et des plus intéressantes de la Confédération. Parmi les multiples centres d'études de cette cité intellectuelle figurent le célèbre Laboratoire de la Nutrition, « Nutrition Laboratory », dirigé par M. F. Benedict, et la plus ancienne des Universités Américaines, « Harvard University ».

On sait qu'aux Etats-Unis la plupart des Universités sont des institutions privées dans la direction desquelles l'Etat n'intervient pas. Le Recteur qui porte le nom de Président est choisi d'après son mérite et ses qualités morales (1). Il en résulte chez les professeurs une grande émulation, puisque leur savoir seul leur assure de l'avancement et dans les programmes une diversité de matières qui contraste avec l'uniformité des nôtres rédigés pour la France entière par le ministère de l'Instruction Publique, ministère qui n'existe pas à Washington.

Parmi les communications qui ont été faites à ce Congrès, il en est une qui mérite de fixer l'attention tant par le sujet traité qui ne figure pas encore dans nos classiques que par la notoriété de l'auteur : c'est devant les trois sections réunies de Pratique de la médecine, Pharmacologie et Thérapeutique, Pathologie et Physiologie que M. Graham Lusk développa sa thèse.

On sait que M. Graham Lusk s'est consacré à l'étude du métabolisme en se servant d'un merveilleux appareil, la chambre calorimétrique, « Respiratory Calorimeter » au fonctionnement duquel il a bien voulu m'initier et dont je reproduis deux figures 1 et 2 tirées de son livre *The Science of Nutrition.* Devant ce même auditoire, M. F. Benedict (2) a exposé les avantages de sa méthode simplifiée dont le principe repose sur le dosage de l'oxygène consommé par le sujet muni d'un masque facial dans lequel arrive l'oxygène *pur.* Il convient de rappeler que dès 1789, Lavoisier et Séguin avaient employé le masque facial dans leurs recherches sur la respiration (3).

D'abord une définition. On désigne sous le nom de métabolisme la somme des transformations qui s'opèrent dans l'organisme sous l'influence des cellules vivantes pendant un temps donné : on l'exprime en calories. Le métabolisme basal, métabolisme de base, métabolisme de fond est celui d'un animal *à jeun et au repos*, mais non endormi ; il est représenté par la quantité de chaleur nécessaire à l'entretien des mouvements de la respiration, des mouvements cardiaques et circulatoires, des sécrétions glandulaires, etc... De nombreux mémoires sont publiés constamment sur le métabolisme basal dans les journaux étrangers, surtout dans les journaux américains, et sont l'objet d'une analyse incomplète souvent erronée, dans nos périodiques médicaux, tel grand journal le traduisait ces jours derniers métabolisme respiratoire au repos! Aujourd'hui il importe de savoir que l'étude du métabolisme basal conduit à une nouvelle méthode de diagnostic plus exact de nombreuses maladies : affections thyroïdiennes, anémie pernicieuse, cancer, diabète, etc.

(J.-M. LE G.)

(1) Lire sur ce sujet : Charles ELIOT, University Administration, Houghton Mifflin C° Boston, New-York.

(2) F. BENEDICT : The measurement and standards of Basal Metabolism, *Journ. of the Am. Med. Ass.*, July 23, 1921. — A Clinical apparatus for measuring Basal Metabolism, *The Boston med. and surg. Journ.*, oct. 14, 1920.

(3) GRIMAUX : *Lavoisier*, pages 119 et 129, F. Alcan, Paris, 1896.

Dès 1839, Sarrus et Rameaux (1) établirent que, puisque la perte de chaleur chez les animaux est proportionnelle à la surface corporelle, la chaleur produite doit être en conséquence proportionnelle la même surface.

Dix ans plus tard, Regnault et Reiset (2), dans la

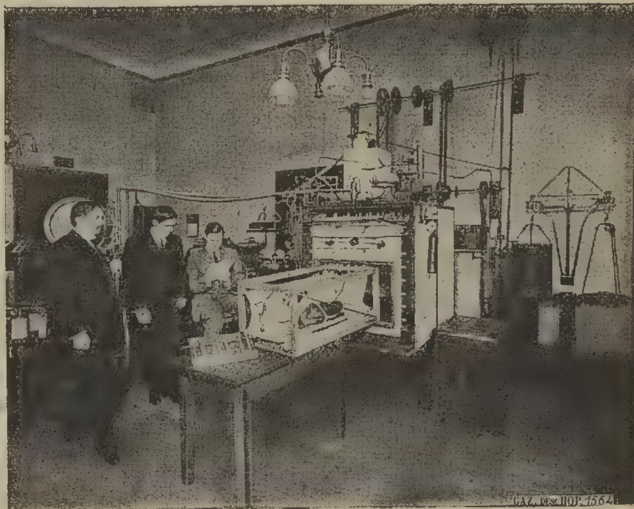


FIG. 1. — *Petit calorimètre respiratoire construit par H. B. Williams pour le laboratoire de la Faculté de Médecine de Cornell University à New-York.* — Un chien, portant un bandage qui maintient en place un thermomètre rectal, repose dans une corbeille suspendue à un cadre que l'on peut faire glisser à l'intérieur du calorimètre. Ceci étant fait, on scelle l'entrée. L'animal respire dans la chambre calorimétrique, l'eau et CO^2 qu'il élimine sont entraînés par un courant d'air dans des tubes absorbants. De l'oxygène frais remplace automatiquement celui utilisé par l'animal. La chaleur produite par le chien est absorbée par un système de tuyaux à eau situés à l'intérieur du calorimètre. Au premier plan, à gauche, Mr. G. Lusk.

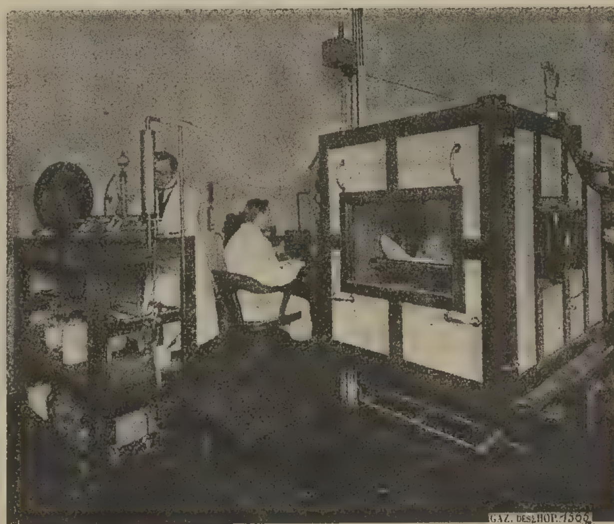


FIG. 2. — *Vue du calorimètre respiratoire de l'Institut de Pathologie Russell Sage employé à l'hôpital Bellevue à New-York.* — Un malade est allongé dans la chambre calorimétrique dans laquelle il peut faire quelques mouvements.
A gauche, en avant, la table à tubes absorbants pour H^2O et CO^2. — Au fond, la table de contrôle électrique de la chaleur dégagée. — A droite, un aide remplit le spiromètre avec un tube d'oxygène.

onzième conclusion de leur long travail, écrivaient : « La consommation d'oxygène, faite dans des temps égaux, par des poids égaux d'animaux appartenant

(1) SARRUS et RAMEAUX : *Bull. de l'Acad. roy. de méd. de Paris*, 1839, 3; 1094.

(2) REGNAULT et REISET : *Ann. de chimie et de physique*, 1849, 3e série, 26, 299.

à la même classe, varie beaucoup avec leur grosseur absolue. Ainsi elle est dix fois plus grande chez les petits oiseaux, tels les moineaux et les verdiers, que chez les poules. Comme ces diverses espèces possèdent la même température et que les plus petites présentant comparativement une surface beaucoup plus grande à l'air ambiant éprouvent un refroidissement plus considérable, il faut que les sources de chaleur agissent plus énergiquement et que la respiration soit plus abondante. »

Trois années plus tard, Bidder et Schmidt (3) arrivèrent à cette conclusion qui est entièrement conforme à nos connaissances actuelles.

« La grandeur de la respiration comme les autres éléments du métabolisme doit être regardée comme une fonction à une *variable*, les aliments ingérés et à une *constante*, un métabolisme spécial et typique (Respirationsgrösse) qui varie avec l'âge, le sexe. Ce facteur caractérise la race, la taille, l'âge, le sexe de chaque animal. Il est aussi constant et aussi caractéristique que la structure anatomique et les dispositifs mécaniques qui en dérivent. Il est, en somme, mesuré par la quantité de chaleur consommée dans l'organisme, ou ce qui revient au même par la quantité de chaleur qui doit remplacer celle perdue par radiation ou conductibilité extérieure dans une unité de temps donnée. Il peut donc servir à déterminer celle-ci, ou dans le cas où la quantité de chaleur perdue est connue à en déduire le degré de métabolisme.

Ce métabolisme typique est celui d'un animal à l'état de jeûne. Il doit être à peu près le même chez les animaux ayant le même volume, la même surface et la même température : plus la surface corporelle est grande, le volume et la température restant constants, plus élevé est le métabolisme ; de même, plus la température du corps est élevée, le volume et la surface restant constants, plus le métabolisme est grand : comme cela ressort des lois de la chaleur.

Mais on ne peut penser appliquer à ce phénomène une stricte formule mathématique sans avoir fait au préalable de multiples déterminations expérimentales exactes concernant un très grand nombre d'animaux de forme, de taille et de température variées. »

Rubner (4) fut le premier à traiter ce problème au moyen de calculs exacts et il arriva à cette conclusion que des chiens dont le poids varie de 3 à 30 kilogrammes produisent le même nombre de calories par mètre carré de surface corporelle, quoique la quantité de chaleur produite par kilogramme corporel soit de 88 calories chez les plus petits chiens et seulement 36 chez les plus grands. Il fit cette remarque : Les grands et les petits chiens ne métabolisent pas différentes quantités d'aliments parce que leurs cellules sont différemment organisées, mais par suite de l'excitation de l'activité cellulaire produite par l'action du froid sur l'épiderme.

Peu de temps après la publication de Rubner, Richet (5), en 1885, montra qu'un chat, un lapin et une oie de poids identiques produisent approximativement la même quantité de chaleur. Il déclara qu'à l'avenir on devait rapporter les données calorimétriques à la surface et non au poids du corps. Cette règle est maintenant largement suivie aux Etats-Unis.

Plus tard, Rubner arriva à une meilleure compréhension de la cause de la Loi de l'Aire superficielle. Il trouva que deux cobayes de différentes tailles produisent la même quantité de chaleur par mètre carré de surface corporelle, même quand ils vivent dans une atmosphère à la température de 30 degrés, excluant ainsi toute influence thermique. De ce fait, il conclut que le niveau du métabolisme de base ne pouvait pas être causé par l'influence du refroidissement sur le corps et depuis personne ne l'a pensé non plus. Cependant, Rubner (5 *bis*) déclarait qu'il croyait que ce phénomène était le résultat de l'accommodation à l'action du froid, auquel les animaux avaient été exposés dans les temps passés.

Mes recherches personnelles ont montré qu'une solution froide de sucre introduite dans l'estomac d'un chien peut provoquer une chaleur supplémentaire durant plusieurs heures. Le corps peut donc encore répondre à une soustraction de chaleur par une production calorique compensatrice.

Rubner calculait la surface corporelle des animaux au moyen de la formule de Meeh (6) publiée en 1879, d'après laquelle cette surface est une fonction de la racine cubique du carré du volume, puisque les animaux sont formés des mêmes constituants, le poids peut être substitué au volume. Le résultat ainsi obtenu est multiplié par un facteur constant k qui exprime la relation entre le poids en kilogrammes et la surface en mètres carrés pour une espèce donnée.

Pour l'homme, la surface corporelle est $12,3 \sqrt[3]{P^2}$ P désignant le poids du corps.

On doit remarquer ici que Dreyer, Ray et Walker (7) trouvèrent que la surface corporelle, le volume du sang, la section transversale de la trachée artère, de l'aorte sont tous proportionnels à la racine cubique du carré du poids. Plus tard, Dreyer conclut que la capacité pulmonaire était une simple fonction de la surface du corps. Moulton (8) trouva que la surface corporelle était fonction de la racine cubique du carré de l'azote total du corps du bœuf et par conséquent de sa masse protoplasmique. Ce qui confirme les conclusions de Carl Voit que la masse des cellules et leur pouvoir oxydant déterminent la grandeur du métabolisme.

Cependant, on doit se rappeler que chez les sujets très obèses la production de chaleur se montre proportionnelle à la surface corporelle et non à la masse protoplasmique.

Utilisant la formule de Meeh, Mc Crudden et moi-même (9) trouvèrent, en 1912, que le métabolisme de base chez un nain était 775 calories par mètre carré de surface et chez deux chiens 759 et 784 calories respectivement, résultats qui concordent à 3 p. 100 près. Ces résultats sont comparables à ceux obtenus par Benedict chez quatre hommes dont la moyenne était 789 calories. Howland a trouvé qu'un enfant de cinq mois produisait 1.100 calories par mètre carré de surface corporelle en vingt-quatre heures.

(3) BIDDER und SCHMIDT : Die Verdauungssäfte und der Stoffwechsel, *Mitau and Leipzig*, 1852, p. 348.
(4) RUBNER, M. : *Ztschr. f. Biol.*, 1883, 19, 549.
(5) RICHET : Calorimétrie, *Arch. de physiol.*, 30 sept. 1885, p. 227 ; — *La Chaleur animale*, 1889.
(5 *bis*) RUBNER : Die Gesetze des Energieverbrauchs bei der Ernährung, *Leipzig and Vienna*, 1902, p. 174.
(6) MEEH : *Ztschr. f. Biol.*, 1879, 15, 425.
(7) DREYER RAY and WALKER : *Proc. Roy. Soc.*, 1912-1913, séries B, 86, 39, 56.
(8) MOULTON, C. R. : *Journ. Biol. Chem.*, 1916, 24, 299 (march).
(9) MC CRUDDEN and LUSK : *Journ. Biol. Chem.*, 1913, 13, 450.

Ceci confirme les observations antérieures faites en 1899 par Magnus-Levy et Falk (10).

Dès 1895, Sondén et Tigerstedt (11) notèrent que la production de chaleur chez les jeunes gens était relativement plus élevée par unité de surface que chez les adultes.

Cette question importante si longtemps négligée par les savants, a été résolue par les recherches de Murlin et de Du Bois ainsi que par les études importantes et étendues de Benedict et Talbot. On trouva de la sorte que la ration alimentaire, généralement admise, était insuffisante pour l'entretien des enfants des régions occupées de Belgique et du nord de la France.

Le calorimètre respiratoire de l'Institut de Pathologie Russell Sage fut installé à l'hôpital de Bellevue pendant l'hiver 1912-1913 et placé sous l'active direction de Du Bois (12); il devenait dès lors indispensable de chercher des constantes fondamentales exactes, afin de pouvoir comparer la chaleur produite dans l'hyperthyroïdisme, par exemple, et celle que le malade aurait pu produire s'il avait été parfaitement bien.

Comme on manquait complètement de données exactes, Gephart et Du Bois mesurèrent la chaleur produite dans un très grand nombre de cas normaux, et dans un travail préliminaire établirent que le métabolisme de base chez des individus de taille ordinaire était de 34 calories 7 par heure et par mètre carré de surface corporelle calculée suivant la formule de Meeh.

On avait avancé que la masse protoplasmique était le seul critérium de l'intensité du métabolisme, mais il paraissait impossible de pouvoir déterminer la masse protoplasmique dans l'hyperthyroïdisme, bien que l'on ait eu, à cette époque, dans la formule de Meeh, le meilleur procédé d'évaluation de la surface corporelle. Cependant, d'après Du Bois, la chaleur produite était proportionnelle à la formule de Meeh, quoique celle-ci ne fournisse pas la surface exacte du corps.

A la fin, E.-F. Du Bois mesura lui-même effectivement la surface corporelle de plusieurs individus et avec son cousin Delafield Du Bois (13) tira une formule nouvelle (13 *bis*) des données numériques obtenues. Il put calculer de la sorte la surface corporelle exacte avec une erreur moyenne de ± 1,50 p. 100 : le maximum d'erreur allant à ± 5 p. 100. La formule de Meeh présentait une moyenne d'inexactitudes de 16 p. 100 avec un maximum allant à 36 p. 100 comme c'est le cas chez les obèses.

A partir de ce moment la surface corporelle a été déterminée par la formule « Hauteur-Poids » de Du Bois et d'après celle-ci le métabolisme de base chez l'homme est de 40 calories par mètre carré et par heure, chez la femme il est de 7 p. 100 en moins. Du Bois annonçait une approximation de ± 10 p. 100, mais d'autres ont affirmé récemment que la nouvelle méthode présentait encore un plus grand degré d'exactitude. Sa formule de détermination de la surface corporelle montre que chez les femmes très obèses, comme celle décrite par Means comme une véritable « barrique de suif », la chaleur produite dans le métabolisme de base est proportionnelle à la surface corporelle, ce qui est conforme à la loi de Rubner.

Benedict et Harris publièrent, après Du Bois, un ouvrage intitulé : *Biometric Study of the Basal Metabolism in Man* et donnèrent des tables variées pour le calcul du métabolisme de base. Utilisant ces tables et la formule de Du Bois pour les adultes peu âgés, on arrive au même résultat par les deux méthodes. La moyenne du métabolisme de base chez trois vieillards calculée par la méthode de Benedict était bien inférieure à celle obtenue chez six vieillards par Aub et Du Bois (14), ce qui tend à jeter le doute sur le calcul du véritable métabolisme de fond chez les vieillards. Quoiqu'il en soit, on peut ajouter que le métabolisme basal de Zuntz se maintient à un niveau constant de quarante et un à soixante-trois ans.

Dreyer (15) s'éleva contre l'introduction de la hauteur debout comme facteur dans le calcul de la surface corporelle pour le motif que cette grandeur n'est pas une mesure physiologique, et il préféra la hauteur assise comme plus normale. Il proposa une formule basée sur l'âge et le poids seulement qui, d'après lui, indiquerait que le métabolisme de base n'est pas une simple fonction de la surface du corps.

Toutefois, Dreyer estime que la différence entre l'observation et le calcul pour les séries (hommes) de Benedict est de 5,27 p. 100, d'après sa propre formule, 5,33 p. 100 d'après celle de Benedict (15 *bis*) et 5,65 p. 100 d'après celle de Du Bois. Ces différences qui atteignent seulement au plus 0,38 p. 100 ne semblent pas assez considérables pour montrer qu'une formule a une supériorité quelconque sur les autres.

Appliquant la formule de Dreyer au *calcul* du métabolisme chez six vieillards observés par Du Bois et Aub, on trouva une différence moyenne de + 2,20 p. 100 avec le métabolisme *mesuré*, alors que la formule de Benedict donnait une différence de + 19,7 p. 100. Ceci toutefois n'est qu'un détail. Les faits principaux sont établis. L'interprétation et les théories restent en discussion.

Dans une publication récente, Benedict (16) a écrit : « *Comme conclusion* à la critique de la Loi de la surface corporelle présentée par Harris et Benedict, nous croyons que les déterminations exactes de la surface du corps rendues possibles par du Bois peuvent être légitimement employées d'une manière qui jusqu'ici n'avait jamais été pratique dans les recherches sur le métabolisme, pourvu qu'elles soient considérées comme des mesures phy-

(10) Magnus-Levy : *Arch. f. Physiol.*, supplement, 1899, p. 388.

(11) Sondén, K., and Tigerstedt, R. : *Skand. Arch. f. Physiol.*, 1895, 6, 1.

(12) Gephart, F. C., and Du Bois, E. F. : The determination of the Basal metabolism of Normal Men and the effect of Food, *Arch. Int. Med.*, 1915, 15, 868 (may).

(13) Du Bois, Delafield and Du Bois, E. F. : The Measurement of the Surface Area of Man, *Arch. Int. Med.*, 1915, 15, 868 (may).

(13 *bis*) La formule de Du Bois est $S = 71.84 \times P^{0.425} \times H^{0.725}$; S : surface en m. q. ; P : poids en kilogr. ; H : la hauteur en centimètres. — (J.-M. LE G.)

(14) Aub, J. C., and Du Bois, E. F. : The Basal Metabolism of Old Men, *Arch. Int. Med.*, 1917, 19, 823 (may).

(15) Dreyer, G. : *Lancet*, 1920, 2, 289 (aug. 7).

(15 *bis*) La formule de Benedict pour le calcul du métabolisme basal est :

Pour les hommes : $B = 66,4730 + 13,7516 \times P + 5,0033 \times H - 6,7550 \times A$.

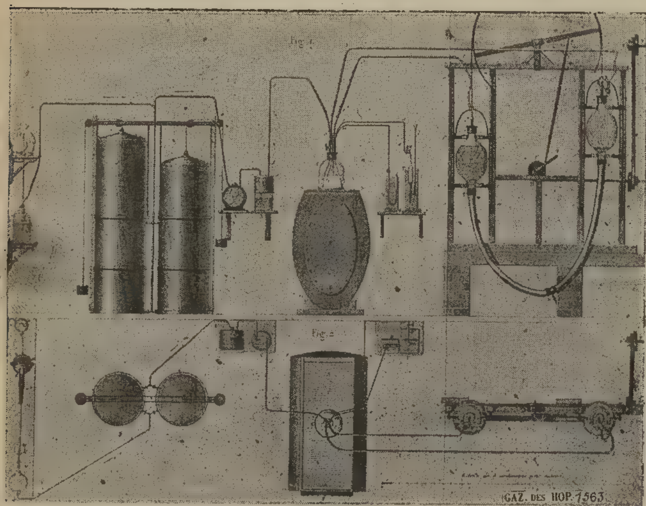
Pour les femmes : $B = 655,0955 + 9,5634 \times P + 1,8496 \times H - 4,6756 \times A$.

B : calories produites en vingt-quatre heures,
P : poids en kilogrammes.
H : hauteur en centimètres.
A : âge en années. — (J.-M. LE G.)

(16) Benedict and Talbot : Metabolism and Growth from Birth to Puberty, Publ. 302, *Carnegie Institution of Washington*, 1921, p. 159.

siques et sans une conception erronée de l'existence de relation causale entre la surface corporelle et l'élimination calorique. »

Je crois que cette manière de voir est quelque peu exagérée. Je crois que l'on peut compter sur les données établies par Du Bois pour la détermination du métabolisme basal et je crois aussi que, quoique l'on puisse élever un doute sur la relation de cause à effet entre la surface du corps et l'élimination de



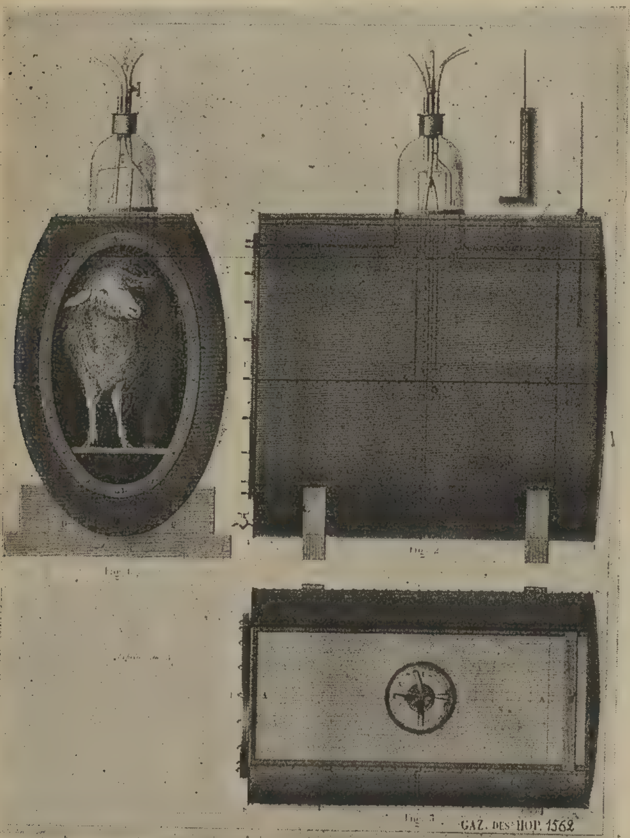


Fig. 3 et 4. — *Calorimètre de Reiset.* — AB, chambre calorimétrique. — CC', condenseurs de CO^2. — GG', gazomètres à oxygène. — E, compteur à oxygène. — N, flacon laveur. — SSUU, caisse à eau entourant la chambre calorimétrique. — DE, thermomètre à mercure. — M, manomètre à mercure.

la chaleur, ce doute ne doit pas infirmer le procédé arithmétique employé pour le calcul. En faisant cette proposition, je rappelle les paroles de Carl Voit prononcées sur un autre sujet :

« Je soutiens ceci comme un fait incontestable, il est par lui-même si important que je me demande s'il est désirable d'ajouter un mot d'explication. Les résultats d'une expérience bien conduite et bien interprétée ne peuvent jamais être annulés, tandis qu'une théorie peut changer avec les progrès de la science. »

L'établissement d'un métabolisme de base que l'on peut *calculer* a permis à ceux qui travaillent au Calorimètre Russell Sage d'interpréter ses variations dans un grand nombre de maladies et a donné une méthode de diagnostic clinique plus exacte de plusieurs états pathologiques, méthode désormais admise sans conteste dans le monde entier.

Afin de stimuler les recherches analogues dans ce pays, qui fut le berceau du calorimètre, je me permets de rappeler ici la dernière phrase du travail de Regnault et Reiset dont M. Lusk a fait mention au début de sa communication :

« Quant à la respiration de l'homme, notre intention était de nous en occuper d'une manière toute spéciale. Nous nous proposions de l'étudier non seulement sur l'homme sain, soumis à divers régimes d'alimentation, à l'état de repos ou à l'état de travail, mais encore sur des sujets affectés de diverses maladies, et nous espérions pouvoir nous associer, pour cette importante étude, l'un des habiles médecins des grands hôpitaux de Paris. Malheureusement, le nouvel appareil qui devait servir pour ces recherches, à cause des conditions spéciales auxquelles il devait satisfaire, exigeait des sommes beaucoup plus considérables que celles dont nous pouvions disposer, et nous fûmes obligés de renoncer à notre projet (1). »

Seul Reiset (2), qui était ingénieur agronome, put étendre ses recherches sur la respiration des animaux de sa ferme. Lorsque je mis ce projet à exécution, dit-il, je n'avais plus le secours direct de l'éminent collaborateur qui avait présidé à nos premiers travaux ; mais ses conseils et sa bonne amitié ne m'ont pas fait défaut, et M. Regnault a bien voulu faire exécuter, à Paris, les appareils qui m'étaient nécessaires pour opérer dans ma ferme sur des animaux d'un grand volume. La disposition de ces appareils est indiquée dans les deux figures 3 et 4 qui sont les reproductions de celles du mémoire de Reiset.

Le projet de Regnault et Reiset, qui date de 1849, n'a jamais été mis à exécution en France. On a construit de nombreux hôpitaux à Paris et élevé de beaux monuments qui abritent les laboratoires de Physiologie, mais nulle part on a pensé y installer une Chambre calorimétrique, pas même un lit calorimétrique pouvant recevoir un homme. Il en est résulté une grande lacune dans notre enseignement officiel qui a été privé de la sorte d'un des plus puissants moyens d'étude du métabolisme des maladies de la nutrition et même des conditions d'aération de nos édifices (théâtres, écoles, hôpitaux), voire même notre Chambre des Députés !

J.-M. LE G.

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

RADIUM ET OPÉRATION VOIE VAGINALE OU VOIE ABDOMINALE? TECHNIQUE DE L'HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE (3)

Par Victor PAUCHET et André BUQUET.

Curiethérapie. — Dans les cas où nous avons employé le radium, nous avons presque toujours obtenu un résultat satisfaisant ; les cas inopérables

(1) V. Regnault et J. Reiset : *Ann. de chimie et de physique*, 1849, t. XXVI, 3e série, p. 519.

(2) J. Reiset : Recherches chimiques sur la respiration des animaux d'une ferme, *Ann. de chimie et de physique*, oct. 1863, t. LXIX, 3e série, p. 129.

(3) Voir l'article consacré à cette étude : Victor Pauchet, *Pratique chirurgicale illustrée*, fasc. 2 et 3, Paris 1920, Doin, où sont résumées les indications de la radiumthérapie et où sont publiées des planches nombreuses sur la technique de l'hystérectomie abdominale (fasc. 2) et vaginale (fasc. 3).

ont été le plus souvent prolongés et améliorés, et les cas opérables se sont trouvés dans des conditions de curabilité plus grande, par suite des modifications subies par les tissus néoplasiques irradiés. Les cas les plus favorables nous ont paru être les cancers végétants du col. Quand le bourgeonnement est très prononcé et volumineux, il est bon de cureter immédiatement avant d'appliquer le radium. On a objecté que ce curettage préalable pouvait provoquer des greffes à distance; nous pensons que cette objection est plus théorique que réelle. En tout cas, on ne doit faire ce curettage que s'il y a un bourgeonnement marqué; le radium sera introduit, soit sous forme d'aiguilles plongées dans les tissus malades, soit sous forme de tubes placés dans le col, sans grattage préalable.

Six semaines après l'application, il faut considérer les conditions locales et générales comme optima (Rubens Duval). Sans doute, le tissu cicatriciel rend l'hystérectomie plus délicate, l'opérateur en est quitte pour déployer plus de soin encore, mais l'état général est meilleur, les signes d'infection locale disparaissent, la plaie est souvent cicatrisée ou réduite. Nous appliquons donc le radium dans presque *tous les cas* et nous opérons *six semaines* après, soit par la voie haute, soit par la voie basse.

Quelles sont les indications de la voie basse ? — Femmes obèses, âgées, scléreuses, chez lesquelles on craint la fâcheuse influence du plan incliné sur le myocarde. Nous avons recours à la technique de Schauta ou de Bernard Cunéo; quelquefois aux deux à la fois ; nous commençons par la technique de Cunéo et si nous n'avons pas assez d'espace, nous débridons le périnée à gauche (1).

Dans la majorité des cas, nous préférons l'hystérectomie abdominale, telle que nous l'avons vue appliquer par J.-L. Faure. Quelques petites modifications ont été apportées récemment par les chirurgiens japonais : Takayama, Okabayaski (2), etc. Nous les indiquerons au cours de cet article.

Le néoplasme du col utérin est, comme tout cancer, primitivement local; assez rapidement, il s'étend par les lymphatiques aux tissus environnants. Pour espérer la cure, il faut enlever tous les tissus malades et suspects, il faut extirper l'utérus et les annexes, une portion du cylindre vaginal sain et assez de tissu cellulaire para-utérin et paravaginal, pour supprimer les lymphatiques susceptibles de véhiculer des cellules cancéreuses. L'hystérectomie vaginale est plus bénigne, mais elle ne vit que des contre-indications de l'opération sus-pubienne.

Même avec une très large incision périnéo-vaginale, l'extirpation large des tissus péricervicaux risque d'être incomplète et de léser les organes voisins (rectum, vessie, uretères): cette voie néglige, forcément, les ganglions iliaques.

D'ailleurs, les récidives surviennent plus souvent après l'hystérectomie vaginale qu'après l'abdominale. Donc, en principe, il vaut mieux employer la voie haute, chaque fois que la malade offre des conditions qui permettent d'escompter une guérison opératoire à peu près certaine : état général conservé, peu d'embonpoint, cœur en bon état.

(1) La technique est décrite dans le fascicule 3 de la *Pratique chirurgicale illustrée*, par Victor Pauchet, Paris, Doin.

(2) H. Okabayaski, M. D. Kyoto. Radical abdominal hysterectomy for cancer of the cervise utère. *Surg. gyn. and obst.*, oct. 1921, n° 4.

Préparation de la malade. — Comme avant toute opération abdominale, il est bon que l'examen du sang ait été fait; si la malade est azotémique, on la soumettra au régime pendant quelques jours ou quelques semaines (pendant l'action de la radiumthérapie). L'intestin sera vidé par un purgatif ou une série de lavements, *non pas la veille de l'opération, mais trois ou quatre jours auparavant*, sinon on diminue la résistance du sujet. La diète préopératoire sera relative, c'est-à-dire qu'on autorisera la malade à boire du liquide sucré, à manger du raisin, des fruits juteux, à discrétion, pour la nourrir et l'hydrater sans l'intoxiquer.

L'alimentation normale avant l'opération est une erreur et une pratique aussi erronée que le jeûne absolu. C'est entre les deux que se trouve la vérité, c'est-à-dire dans le régime fruitarien ou les liquides sucrés.

Le vagin est désinfecté par un tamponnement à l'huile goménolée. D'ailleurs, le suintement est réduit, les ulcérations sont quasi cicatrisées par l'application de radium qui a été faite six semaines auparavant. Au moment de l'opération, le *tamponnement goménolé* de la veille est retiré et le vagin lavé *à l'éther*. Le badigeonnage à la teinture d'iode est une pratique plutôt bonne ; il désinfecte la cavité vaginale, malheureusement il produit une desquamation souvent pénible; toutefois, il est possible de l'appliquer, du moment qu'on ne redoute pas cet inconvénient.

Position de la malade. — La position inclinée est nécessaire ; mais il ne faut pas l'exagérer pendant toute l'opération. Inciser la paroi abdominale dans la position horizontale ; incliner la malade complètement au moment de la dissection du pelvis; la replacer dans la position horizontale ou dans une position moins inclinée aussitôt que l'on pourra, car la position inclinée éprouve le myocarde.

Anesthésie. — Une heure avant l'opération, le sujet a subi une injection de scopomorphine; l'anesthésie spinale (1) est la meilleure.

Incision abdominale. — Nous avons fait souvent usage de l'incision transversale qui laisse une paroi abdominale solide, mais procure moins de jour que l'incision verticale et prolonge l'opération de dix minutes. En pratique, nous préférons l'incision verticale.

Exploration du bassin. — *Recherche de l'opérabilité.* — Malade inclinée. Plaie maintenue béante par la valve sus-pubienne de Doyen. Chez les sujets gras, on est gêné par les anses intestinales; il faut, ou bien les éviscérer et les entourer de compresses salées chaudes (shockant et laid), ou bien ce qui est mieux, les refouler vers le diaphragme, avec une vaste compresse abdominale imbibée de sérum physiologique chaud.

L'opérateur examine l'utérus, les organes voisins, le tissu cellulaire pelvien, leurs modifications, les rapports de la région indurée, l'état des ganglions.

L'envahissement de la vessie est démontré par ce fait que le cul-de-sac vésico-utérin se déprime, se fronce au moment où l'opérateur tire sur le fond de l'utérus; si à la palpation, les ganglions, le long des vaisseaux iliaques sont gros, fixés, le cas est inopérable. Le paramètre sera exploré et la mobilité de

(1) Pauchet, Sourdat et Labat. *Anesthésie régionale*, Paris, 1920, Doin.

l'utérus sera déterminée. Dans les cas avancés, l'uretère passe à travers la masse infiltrante du cancer; il est parfois distendu. Il est possible qu'on soit forcé de réséquer le segment terminal de l'uretère et un peu de la vessie.

La pyométrite, la salpingite bilatérale, suppurée ou non, existe parfois. Ces complications infectieuses rendent l'opération plus délicate et plus risquée; l'opérateur fera bien, s'il a des craintes sur la contamination du péritoine pelvien, avant de refermer l'abdomen après la péritonisation, de laver la cavité pelvienne à l'éther et de laisser du sérum polyvalent, de Leclainche et Vallée ou de Weinberg.

L'application du radium transforme les tissus para-utérins et paravaginaux en tissus cicatriciels, ce qui rend l'opération plus difficile, mais non impossible. Le tissu cicatriciel est surtout formé aux dépens du tissu cancéreux; les tissus normaux sont peu modifiés par le radium.

Cette exploration étant faite, quels sont les cas opérables et les cas inopérables? La chose est impossible à traduire théoriquement. C'est une affaire d'habitude et d'expérience de l'opérateur. L'opérabilité dépend des malades et des cas, mais aussi de l'opérateur, de son expérience et de sa... combativité.

Premier temps de l'exérèse. — Excision cunéiforme du ligament large, suivant la pratique de J.-L. Faure. Un clamp est appliqué au ras de l'utérus; un autre clamp à la partie externe du ligament large, près du bassin; les annexes et les tissus compris entre les deux clamps sont excisés, des deux côtés. Les ligaments ronds et les vaisseaux, utéro-ovariens sont liés du côté de la paroi pelvienne; les deux clamps qui restent de chaque côté de l'utérus, servent de tracteurs.

Ligatures artérielles. — L'opérateur lie l'*hypogastrique* ou l'*artère utérine*. La technique est la même puisque l'utérine doit être découverte et liée au ras de l'hypogastrique, à une distance maxima de 2 centimètres de la bifurcation iliaque, pour être certain de lier au-dessus des collatérales. La ligature de l'hypogastrique donne une hémostase relative commode, qui ne dispense pas cependant de la ligature des utérines et des artères vaginales, si l'on veut obtenir l'hémostase absolue, mais la ligature de l'hypogastrique présente de tels avantages pour la bonne marche de l'acte opératoire que nous la recommandons d'une façon systématique, comme premier temps. Ainsi que le dit Proust: « Elle réduit la perte de sang au minimum, abrège la durée de l'acte opératoire et facilite l'évidement du paramètre(1) ». A droite, la traction, après section, sur le ligament infundibulo-pelvien, permet de mettre à nu l'artère iliaque externe, le long de laquelle on remonte à l'aide de la sonde cannelée, jusqu'à la bifurcation iliaque; l'uretère est le plus souvent rencontré en cours de chemin, accolé au feuillet postérieur du ligament large; l'artère iliaque interne est alors reconnue facilement et liée près de l'origine, après ouverture de sa gaine et dénudation soignée du vaisseau.

A gauche, il sera souvent nécessaire de procéder d'abord au décollement du mésocôlon pelvien, toujours lorsqu'il est court ou moyennement long; le feuillet profond du fascia rétrocolique, ou seulement le péritoine pariétal, si l'on a pu se passer du décollement, est ensuite incisé le long de l'artère iliaque externe; on remonte comme à droite vers la bifurcation qui est atteinte avant que l'on rencontre l'uretère, pour redescendre vers l'hypogastrique qui est liée avec les mêmes précautions que du côté droit.

Recherche et libération de l'uretère. — L'uretère a déjà été vu au moment de la ligature des hypogastriques et rejeté en dedans; il est accolé au feuillet postérieur du ligament large. A 4 centimètres en arrière du col qu'il va croiser, l'opérateur continue de le libérer à la sonde et à la séparer du tissu cellulaire dans lequel il baigne et qui lui constitue une gaine conjonctive, un véritable canal.

Séparation du rectum. — L'utérus est tiré en avant; le rectum est tiré en arrière et en haut. Ainsi, le péritoine s'élève et le Douglas s'efface. Incision transversale du péritoine du Douglas, avec des ciseaux et derrière le col. Cette section joint les deux incisions latérales. Le rectum est libéré d'avec la paroi vaginale, tantôt avec les ciseaux, tantôt avec un tampon monté sur la pince. Le rectum est ainsi détaché de la partie supérieure du vagin, aussi loin que l'opérateur le juge nécessaire; saignement nul, même si le rectum, le vagin et l'utérus sont adhérents.

Exérèse des tissus pelviens malades et suspects. — L'opérateur s'assurera que le rectum est bien séparé sur le côté gauche, où il serait susceptible d'adhérer aux ligaments utéro-sacrés. Section et hémostase des deux ligaments utéro-sacrés, près du sacrum. Le rectum est attiré, puis récliné avec un long écarteur spécial, comme celui de Polosson ou de Takayama. L'utérus est tiré en avant, avec une tenaille, pour tendre la partie inférieure du ligament large, c'est-à-dire la lame de tissu étendue entre le pelvis et le col utérin. Les uretères seront réclinés par un écarteur; avec de longs ciseaux courbes ou une pince montée, le tissu cellulaire péri-utérin et péri-vaginal est coupé ou refoulé vers l'utérus. Les vaisseaux vésicaux antérieurs et vaginaux, se trouvent ainsi découverts. L'évidement cellulaire, se poursuivra patiemment vers le plancher pelvien jusqu'à ce que l'opérateur découvre deux grosses veines et une petite artère; ce sont les vaisseaux vésicaux inférieurs. En les libérant, le paramètre est complètement disséqué. Un clamp courbe est placé près de la paroi pelvienne, sur les tissus para-utérins, jusqu'à la base des ligaments larges et un autre au ras de l'utérus. Les tissus sont tranchés entre les deux clamps, près de la pince externe; le tissu para-utérin est ainsi enlevé aisément, complètement et sans perte de sang, jusqu'au péritoine où les muscles du plancher pelvien peuvent être vus et le rectum dénudé.

Décollement de la vessie. — Le péritoine est sectionné transversalement, exactement dans l'angle vésico-utérin, au point de réflexion du péritoine vésico-utérin. Cette incision transversale rejoint les deux incisions latérales. Le décollement vésical est mené à la compresse montée jusqu'au tiers supérieur du vagin. S'il y a des adhérences irritatives, inflammatoires, ou néoplasiques, remplacer le tampon par des ciseaux et travailler avec précaution pour éviter de léser la vessie. Il se fait quelquefois un suintement veineux; s'il est trop abondant, mieux vaut abandonner momentanément le décollement vésical pour y revenir plus tard et passer au temps

(1) Proust et Maurer. Ligature de l'artère hypogastrique dans l'hystérectomie abdominale élargie pour cancer, *Journ. de chir.*, t. XI, n° 2, août 1913, p. 141.

suivant. Dans l'intervalle, application d'une compresse salée chaude.

Libération de l'uretère. — L'uretère se creuse dans le tissu cellulaire du ligament large, un lit, véritable canal cellulaire, dans lequel il chemine et fonctionne. Même quand cette gaine est envahie par le néoplasme ou étranglé par le tissu cicatriciel, il est rare qu'il ne puisse être libéré intégralement. Ce canal péri-urétéral existe jusqu'au point de pénétration du conduit dans la vessie. L'extrémité de l'artère utérine, du côté utérin, est saisie avec une pince de J.-L. Faure. Le tissu cellulaire péri-urétéral est fendu aux ciseaux, au niveau du point d'entrée du canal. Puis des ciseaux courbes sont insinués dans la gaine, entre la paroi supérieure de cette dernière et l'uretère. La gaine est patiemment et prudemment ouverte au-dessus de l'uretère qui se trouve ainsi découvert. Chaque lèvre de la gaine est répérée par une pince de Kocher; la fente de la gaine est poursuivie jusqu'à la vessie et l'uretère ainsi dénudé complètement. Quelques vaisseaux se dirigent de la vessie au col, donnent parfois un peu de sang et sont pincés et liés s'ils gênent l'opérateur. Dans le tissu para-utérin, parfois induré par le cancer ou le tissu cicatriciel, la lumière péri-urétérale se voit sous forme de gouttière creusée dans l'épaisseur du tissu pathologique; les tissus de nouvelle formation, très souvent, respectent l'uretère.

Achèvement du décollement vésical. — Il faut revenir à la libération de la vessie; l'opérateur reprend les ciseaux ou un tampon monté. Cette libération doit dépasser par en bas la tumeur de 2 centimètres au moins. Une large valve déprime la vessie et la refoule en avant.

Section de la partie inférieure du ligament large. — Cette portion du paramètre qui siège de chaque côté du col utérin et des culs-de-sac vaginaux est dépourvue de péritoine. Les tissus qu'elle contient unissent les faces postéro-latérales de la vessie aux parois latérales du vagin et du col. Ils contiennent un plexus veineux. La section de ces tissus est plutôt délicate à cause du suintement sanguin et des risques d'ouvrir la vessie, si elle est adhérente au segment vagino-cervical. L'opérateur commencera la libération vagino-vésicale le plus loin possible en dehors, où l'adhérence est moins intime et où il y a plus de chance de profiter encore d'un plan de clivage.

Ce décollement mettra, peu à peu, en évidence, une lame cellulo-vasculaire, antéro-postérieure, vagino-vésicale; elle sera sectionnée entre deux pinces, et l'hémostase sera faite. Cette libération basse et exsangue de l'espace vésico-vaginal, donne du jour et permet de traiter plus aisément le bord inférieur du ligament large, sa portion transversale, celle qui descend jusqu'aux releveurs de l'anus et s'étend de l'utérus aux parois pelviennes.

Division des tissus latéraux para-vaginaux. — L'utérus et le paramètre cicatriciel ou infiltré de cancer sont libérés d'avec la paroi pelvienne et les viscères voisins; il ne reste plus qu'à sectionner la partie latéro-vaginale du ligament large. Cette section peut nécessiter deux ou trois ligatures. L'utérus ne tient plus alors que par le vagin. L'évidement du bassin est complet entre le segment utéro-vaginal et les parois pelviennes; il ne reste plus de tissus.

Division du vagin. — Si une compresse avait été placée dans le vagin avant d'opérer, un aide la retire et en replace une autre à l'entrée de la vulve qu'elle oblitère le mieux possible. L'opérateur place deux clamps coudés sur le vagin le plus bas possible, du côté de la vulve et coupe au thermocautère entre les deux clamps. Puis, le clamp vaginal coudé inférieur est retiré, le vagin ouvert, ses bords soutenus par deux tenailles et essuyés à l'éther, puis iodés. Le vagin est suturé au catgut, à moins qu'il n'y ait des risques d'infection; dans ce cas, on le laisse ouvert et on draine.

Dernières ligatures et exérèse ganglionnaire. — Si quelques pinces restent au fond du bassin, au contact du plancher pelvien, il faut les enlever après ligature. Théoriquement, il serait souhaitable d'enlever d'un bloc avec l'utérus et le paramètre, tous les ganglions des territoires lymphatiques qui correspondent à l'utérus, au vagin et aux annexes; mais en pratique, on n'enlève que quelques ganglions avec l'utérus. L'extirpation des ganglions perceptibles sera faite en un temps spécial et seulement les ganglions hypertrophiés. Ils seront enlevés avec le tissu cellulaire qui les entoure, un à un, à l'aide un instrument mousse. Pratiquement, on ne trouve jamais de cancer dans les ganglions d'aspect normal.

Suture du péritoine pelvien. — L'opérateur péritonise le fond du bassin avec le bord libre de la brèche péritonéale ou en suturant le colon pelvien à la vessie. Il fait pour le mieux, en tenant compte de l'état de la plaie.

S'il y a des risques d'infection, l'extrémité supérieure du vagin n'est fermée qu'en partie pour permettre un drainage sous-péritonéal; un drain entouré de gaze est alors placé de chaque côté du bassin et dans la cavité du vagin. Il ne faut surtout pas que le drain ait contact avec l'uretère. La cavité péritonéale sera ainsi drainée dans le vagin.

Fermeture de l'abdomen. — L'abdomen sera fermé en un plan au bronze avec quelques agrafes de Michel intercalées sur la peau ou en trois plans.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 25 JANVIER 1922)

M. Sebileau, en prenant place au fauteuil présidentiel, rend un pieux hommage à ceux de ses camarades disparus et qui auraient dû occuper ce fauteuil avant lui, à Guinard, à Albarran, à Demoulin; il assure de nouveau ses collègues, de sa reconnaissance.

Absence de vagin. — M. Baumgartner apporte au débat actuel une intéressante observation. Il s'agit d'une jeune fille de vingt et un an qui présentait une imperforation de l'hymen et une absence de vagin. Il creusa une cavité dans le périnée, fit la laparotomie et chercha à abaisser une anse intestinale grêle, à la rencontre de la cavité creusée dans le périnée. Cet abaissement fut très malaisé à cause de la difficulté d'abaisser le mésentère. Il ne put y arriver. Au cours de cette opération, il avait pu constater que les annexes étaient normales et qu'il n'existait qu'un très petit moignon utérin. Le péritoine fut suturé pour recouvrir l'anse intestinale et il plaça un drain entre deux mèches. Suites normales. La dilatation consécutive était très douloureuse. On pouvait à peine passer un numéro 25; six mois après, même état, la cavité restait toujours inextensible. Dans une seconde laparotomie, M. Baumgartner enleva les annexes droites et l'appendice auxquelles adhérait l'anse intestinale descendue. Celle-ci, ainsi libérée, put alors être mise en bonne place, après section du mésen-

tère. On reprit la dilatation et on peut bientôt passer une bougie Hégar n° 30. Cette fois, le résultat fut satisfaisant.

La jeune fille se maria, les rapports sexuels furent normaux et elle se déclara satisfaite.

Troubles intestinaux. — M. DE MARTEL fait un rapport sur une observation de M. Dumas, relative à un homme qui avait de la constipation, des douleurs abdominales, de l'entérocolite, qui maigrissait, dont la température monta à 38 degrés et dont l'état général s'aggravait. Après un examen radiologique qui montra un transit défectueux, M. Dumas fit une opération en deux temps : 1er temps, iléosygmoïdostomie ; 2e temps, colectomie totale. Guérison parfaite.

M. de Martel approuve d'autant plus la conduite de M. Dumas, qu'ainsi que l'a montré Pauchet, dans des cas de constipation rebelle par stase cæcale, entraînant des troubles d'auto-intoxication, l'iléosygmoïdostomie, suivie ultérieurement de la colectomie totale, est l'opération de choix ; la colectomie n'est pas aussi grave qu'on l'a dit.

Phlegmon de la main traité par une injection de sang hémolysé provenant du malade lui-même. — M. Louis BAZY fait un rapport sur une observation de M. Descarpentier : Femme de quarante-sept ans, s'étant piquée à la main et ayant eu un phlegmon diffus qui a gagné l'avant-bras, état grave, insuccès de tous les traitements mis en usage, injection du sang hémolysé de la malade, guérison.

Enfouissement de l'appendice. — M. SAVARIAUD reste partisan de l'enfouissement. Dans le cas d'une femme de cinquante ans qu'il a opérée à froid, après une appendicite grave, il trouve de nombreuses adhérences ; l'opération avait été longue et difficile. Il n'enfouit pas, il place un tube à la base de l'appendice. Après plusieurs jours, ayant prescrit un lavement, celui-ci ressortit par le drain. Il y avait une fistule. M. Savariaud continuera donc à enfouir les moignons appendiculaires.

M. BARTHÉLEMY décrit un procédé spécial d'écrasement du moignon appendiculaire qui dispense d'enfouir. Il cite les auteurs d'un travail sur ce sujet.

M. SOULIGOUX fait l'enfouissement après l'écrasement. A ce propos, il fait observer que c'est lui même qui, il y a une trentaine d'années, inventa l'écrasement dans les cas d'opération sur l'estomac ou l'intestin.

Il ne se sert plus du thermo-cautère. Il touche le moignon appendiculaire avec une solution de formol à 40 p. 100.

M. TUFFIER est resté fidèle à l'écrasement, à la thermo-cautérisation et à l'enfouissement. Il croit, qu'avec beaucoup de soin, on peut éviter les pointes perforantes, bien qu'il y ait des cas où l'intestin est très mince. Dans ces cas, le procédé de suture proposé par M. de Martel est nettement indiqué.

M. QUÉNU a toujours conseillé la stérilisation du moignon de l'appendice et l'enfouissement. Il n'a jamais eu d'accidents du côté du moignon appendiculaire. Il a eu seulement des abcès du côté de la paroi abdominale, abcès qu'il a toujours attribués à une stérilisation insuffisante des catguts.

Avec le procédé de M. de Martel que devient le moignon appendiculaire ? Il pourra contracter des adhérences avec l'épiploon, déterminer des brides qui deviendront peut-être plus tard des causes d'obstruction intestinale. C'est là, suivant M. Quénu, une mauvaise pratique.

M. Anselme SCHWARTZ ne croit pas que, comme l'a dit M. de Martel, l'enfouissement soit inutile. Il a soin de le pratiquer avec une aiguille de couturière et s'applique absolument à ne pas faire de pointe perforante.

D'ailleurs, le non enfouissement ne supprime pas le danger de suppuration du moignon, et ces accidents consécutifs possibles peuvent survenir très longtemps, des années, après l'opération. M. Schwartz fera toujours l'enfouissement.

M. WALTHER avait commencé, selon le conseil de M. Jalaguier, par enfouir toujours les moignons appendiculaires. Puis, entraîné par Roux et Ricard, il cessa d'enfouir. Il n'a pas eu d'accidents. Mais comme il lui est arrivé d'être obligé de réopérer des malades, opérés une première fois par d'autres chirurgiens et qu'il a constaté des complications résultant fort probablement du non enfouissement, M. Walther est revenu à son ancienne méthode et il enfouit de nouveau tous les moignons appendiculaires.

— Grâce à l'autorité et à l'énergie du nouveau président, on a pu entendre quelques présentations, les conversations particulières n'ayant pas eu lieu et chacun, sur l'invitation pressante de M. Sebileau, étant resté à sa place.

M. VEAU a montré des enfants qu'il a opérés de becs-de-lièvre par un nouveau et ingénieux procédé.

M. Louis BAZY a présenté une malade atteinte d'une arthrite bacillaire suppurée du genou qu'il a guérie par le sérum antibacillaire de Bazy.

M. DUJARRIER a perfectionné son procédé de vissage dans un cas de fracture du col du fémur.

M. SAVARIAUD présente un jeune garçon chez lequel il a guéri un anus cæcal en huit jours.

Enfin, M. PROUST a montré un malade atteint d'un épithélioma de la langue qu'il traite depuis plus d'un an par des applications de radium. La guérison se maintient.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 JANVIER 1922)

Action antitryptique du sérum sanguin et choc anaphylactique. — MM. L. LAUNOY et A. FALQUE. Chez des cobayes sensibilisés au sérum antidiphtérique, le pouvoir antitryptique de sérum sanguin n'est pas sensiblement modifié par l'injection déchaînante, néanmoins il y a parfois une modification notable de ce pouvoir dans le sens d'une augmentation. Ces résultats sont en désaccord avec ceux de Jobling et de ses collaborateurs, pour lesquels l'injection déchaînante détermine chez des animaux sensibilisés une diminution de pouvoir antiferment, en rapport avec une prétendue neutralisation de l'antigène par l'antiferment normal du sang.

Production d'arrêts cardiaques momentanés avec le chlorure d'ammonium: leur analogie avec l'inhibition d'origine pneumogastrique. — M. H. BUSQUET. Sur le cœur isolé de lapin une solution nutritive avec ammonium, succédant à cette même solution sans ammonium provoque un arrêt cardiaque momentané, présentant tous les caractères de l'inhibition par le nerf vague. Toutefois cet arrêt se produit encore après paralysie de l'appareil cardio-modérateur intrinsèque; il doit donc être attribué à une action directe de l'ammonium sur le myocarde. La présence de potassium dans la première solution empêche l'ammonium contenu dans la deuxième de produire l'arrêt cardiaque et inversement. Ces faits, comparés à ceux que l'auteur a déjà publié pour le potassium montre que A_2H^4 et K se comportent d'une manière identique au point de vue de ces actions d'arrêt. La notion de cette identité peut constituer un élément intéressant de discussion de la théorie qui attribue l'inhibition d'origine pneumo-gastrique à une libération de potassium.

M. L. LAPICQUE. L'existence de centres cardiaques inhibiteurs est des plus douteuses.

Action de fortes concentrations salines sur le ferment lactique. — MM. CARDOT et LAUGIER, ont étudié l'action de concentrations salines élevées sur le ferment lactique en faisant varier la dose de sel et le temps d'action. Leurs résultats montrent la résistance relativement assez grande du microbe quand l'action se produit à la glacière; en outre, les modifications d'activité réalisées par ce procédé ne sont pas durables; les cultures filles montrant bientôt une activité normale.

Le mécanisme de l'action paralysante de l'arnica. — M. RICHAUD avait déjà montré que, contrairement à l'opinion jusqu'ici classique, l'*arnica*, par son action pharmacodynamique, se rattache, non au groupe des tétanisants, mais au contraire au groupe des paralysants. Il a étudié le *mécanisme de cette action paralysante* et ses expériences lui ont montré :

1° Que l'arnica amène la paralysie, même dans un membre postérieur qui a été entièrement ligaturé, à l'exception du sciatique;

2° Qu'à la période d'état de la paralysie, le muscle et le nerf moteur sont encore directement excitables, alors que les excitations réflexes, de quelque nature qu'elles soient, y compris l'excitation par l'acide acétique à laquelle les gre-


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES



Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 6 février. — Questions données : « Symptômes et complications des oreillons. — Signes, diagnostic et traitement de la tumeur blanche du coude. »

MM. Decourt et Huguenin, 10; Lafourcade-Cortina, 14; Engelhard, 13 1/2; Favory, 15; Veil (Prosper), 11 1/2; Luton, 14; Thomas, 13; Duchon, 15; Benda, 10.

Séance du 7 février. — Questions données : « Examen clinique d'un tabétique. — Fractures du maxillaire inférieur. »

MM. Loubeyre et Lonjumeau, 12 1/2; Lebon, 16; Olivier, 11 1/2; Largeau, 13; Doiteau, 11; Dossot, 14 1/2; Chabrut, 12; Ducuing, 12 1/2; Lemonnier, 14 1/2.

Séance du 8 février. — Questions données : « Causes, signes et diagnostic de l'épilepsie Bravais-jacksonnienne. — Rupture traumatique de l'urètre chez l'homme. »

MM. Cayla, 13 1/2; Bouttier, 14; Pérard, 16; Roland, 12; Béclère, 10; Terris et Le Clerc, 14; Chabrun, 13 1/2; Le Rasle, 14.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — M. Vallois, agrégé près la Faculté de Toulouse, est nommé professeur d'anatomie à ladite Faculté.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, le lundi 20 mars 1922 tant pour l'admission aux emplois de médecins des asiles publics d'aliénés que pour l'aptitude aux fonctions de médecins d'asiles privés.

Le nombre des postes de médecins des asiles publics mis au concours est fixé à huit.

Les candidats qui désirent participer au concours doivent adresser au ministre de l'Hygiène une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leurs états de services, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, des pièces établissant qu'ils ont accompli un stage de deux années au moins, soit comme internes dans un asile public ou privé consacré au traitement des aliénés, soit comme chefs de cliniques ou internes des hôpitaux nommés au concours; ils devront produire en outre un état de leurs services et titres militaires, avec pièces justificatives.

Les candidatures seront inscrites au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (4e bureau de la direction de la Mutualité et de l'Assistance, 7, rue Cambacérès), jusqu'au mercredi 22 février 1922 inclus.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

— M. le Dr Bizard a été nommé médecin de la santé et affecté en cette qualité au port de Saint-Nazaire.

LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE. — M. P. Lereboullet, agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le mercredi 1er mars 1922, à 10 h. du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), avec l'aide de M. Pierre-Louis Marie, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire, et de M. Brizard, interne des hôpitaux, un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie; clinique de l'angine diphtérique et du croup; sérothérapie; tubage et trachéotomie; prophylaxie). Le cours sera complet en quinze jours et prendra fin le 15 mars.

Tous les matins : visite; examen des malades. Avant et après la visite : Leçon théorique et travaux pratiques.

Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de seize inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 5), les lundis, mercredis et vendredis, de midi à 3 heures.

Les élèves seront classés par séries de quinze et pour une période de deux semaines. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL COCHIN. — Sous la direction de M. le prof. Widal et de MM. Lemierre et Abrami, agrégés, commenceront à la Clinique médicale de l'hôpital Cochin, à partir du lundi 6 mars 1922, des leçons avec exercices pratiques. Ces leçons auront lieu tous les jours, à 14 h.

Deux cours, de dix leçons chacun, seront faits successivement.

Les cours seront terminés le 28 mars.

Le nombre des assistants est limité à 25.

Le droit d'inscription est fixé à 100 fr. pour chacun des deux cours.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 h.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. Pierre SEBILEAU, directeur des travaux scientifiques.) — *Conférences de bactériologie clinique avec travaux pratiques.* — Le cours de bactériologie clinique (avec travaux pratiques), en dix-sept leçons, par M. le Dr Georges Faroy, chef de laboratoire, commencera le mercredi 1er mars, à 2 heures, et continuera les lundi, mercredi et vendredi, à la même heure.

Ce cours est gratuit pour les internes et externes des hôpitaux. Le nombre des élèves admis comme auditeurs n'est pas limité. Vingt élèves seront seuls admis aux manipulations.

Droit d'inscription : 150 francs.

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE (fondation de la Ville de Paris, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres). — *Enseignement magistral.* — M. le prof. Auguste BROCA fera examiner les malades à la consultation les mardis, jeudis, samedis, à 10 heures.

Le vendredi, à 9 h. 1/2, consultation sur les tuberculoses osseuses, et leçon avec projections radiographiques.

Les leçons magistrales, avec l'assistance de M. Ombrédanne, agrégé, ont lieu vendredi (M. Broca) et le mardi (M. Ombrédanne), à 10 h. 1/2.

Il sera fait, en juillet, un cours de pathologie chirurgicale infantile en 20 leçons (droit d'inscription, 150 fr.)

LIVRES NOUVEAUX

Formulaire Astier 1922. Thérapeutique et pharmacologie (1).

Comme noblesse, succès oblige. Les éditions précédentes du *Formulaire Astier* avaient trouvé, auprès de l'élite à laquelle elles s'adressaient, un si favorable accueil, que force a été aux éditeurs d'en préparer une nouvelle, et de la mettre, dans la plus large mesure, au courant des dernières acquisitions de la science. C'est dire que, sans négliger la partie pharmacologique, qui garde toujours toute son importance, beaucoup plus de développement a été consacré aux sujets à l'ordre du jour à savoir :

1° Les *méthodes biologiques* : bactériothérapie, vaccinothérapie, sérothérapie, hémothérapie, sans oublier la protéinothérapie, cette découverte de l'Ecole française, qui va sans doute, dans un avenir très prochain, révolutionner les notions traditionnelles en médecine.

2° Les *médications physiques*, avec les rayons X, l'électricité, le radium, la cryothérapie, la créno et l'hydrothérapie, etc.

3° Les *traitements psychiques* : cure de repos, d'isolement, de rééducation.

D'autre part, les questions d'hygiène et de régime qui ont pris une grande importance, sont traitées avec toute l'ampleur désirable. D'ailleurs, pour la rédaction de chacune de ces parties, les spécialistes faisant autorité ont été consultés. En outre, un chapitre spécial a été réservé à la *législation médicale* qui est l'occasion, pour le praticien, de bien des difficultés, de bien des ennuis. Ainsi, le *Formulaire Astier* sera utile à tous. Le médecin y trouvera, en un instant, grâce à une table alphabétique qui ne compte pas moins de trente pages, le renseignement désiré. Quant à l'étudiant, il en appréciera le caractère didactique et la disposition typographique qui ont permis de présenter dans l'ordre naturel et de faire tenir, dans un petit in-18 d'un millier de pages, toutes les notions thérapeutiques dont il aura besoin au cours de sa carrière.

L. G.

(1) Deuxième édition revue et mise à jour. In-18 raisin de 1.200 p., relié peau souple. — Prix : 25 fr. — Paris, Vigot frères.

Traité d'embryologie des vertébrés (1), par A. BRACHET. Professeur à l'Université de Bruxelles. Correspondant de l'Institut.

En France et en français l'embryologie n'a pas été mise à la portée du public depuis une date déjà éloignée. Des grands traités d'Anatomie ou de Physiologie renferment bien soit une introduction embryologique générale, soit des introductions embryologiques pour des chapitres importants, mais l'embryologie n'y est envisagée que comme un moyen, comme une base indispensable aux développements histologiques ou anatomiques, elle n'y est donc exposée que de façon sommaire et souvent unilatérale.

Il a semblé au professeur Brachet que l'Ontogenèse des vertébrés étant à l'heure actuelle une science avancée, où nombre de faits et d'idées peuvent être considérés comme définitivement acquis, la publication de cet important traité comblerait une lacune et serait utile à ceux qu'intéresse la question de Morphogenèse.

La partie générale est consacrée aux premières phases de l'évolution ontogénétique des vertébrés et à l'établissement des grandes lois fondamentales dont elles sont la conséquence.

Dans la partie spéciale, les chapitres qui ont un intérêt proprement embryologique sont exposés avec ampleur.

De très nombreuses figures illustrent ce livre. A la fin de chaque chapitre l'auteur a placé un index bibliographique des ouvrages les plus spécialement utilisés et les plus récents. Le lecteur y trouvera un exposé historique des questions traitées.

L. G.

(1) Un vol. de 602 p. avec 567 fig. — Prix net : 60 fr. — Paris, Masson et Cie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Jeudi 16 février. — Jury : MM. J.-L. Faure, président; Duval, Roussy et Villaret. — M. MUFFAT (René). Du traitement des métrites par les sels de terres rares. — M. DARIAU (E.). Le spasme vasculaire, cause du sphacèle dans la gangrène sénile.

Jury : MM. Jeanselme, président; Nobécourt, Lereboullet et Philibert. — M. DUMONT (Jean). Théorie nerveuse du psoriasis. — M. FOREAU (Félix). Contribution à l'étude du diagnostic de la syphilis. — M. BRIEND (Gustave). Traitement de l'eczéma du nourrisson par l'adrénaline.

Jury : MM. Achard, président; Bezançon, Carnot et Rathery. — M. LANGE (Gabriel). Recherches sur la ventilation pulmonaire chez l'homme. — M. CLÉMENT (François). Etude sur quelques cas de tabes. — M. FONTAINE (René). Mesure de la tension de l'acide carbonique dans l'air alvéolaire (pronostic dans le diabète).

RENSEIGNEMENTS

Les Laboratoires EMILE LOGEAIS, 37, av. Marceau, à Paris, mettent les **GLOBULES TÆNIAFUGES de SECRETAN** à la disposition de MM. les Docteurs pour leurs essais cliniques.

REVUE GÉNÉRALE

LA KÉRATOSE BLENNORRAGIQUE

Par Pierre BLAMOUTIER,
Interne des hôpitaux de Paris.

Définition. — La kératose blennorragique est une lésion très rare de la peau, caractérisée par une hypertrophie considérable des couches cornées de l'épiderme avec dermite papillaire superficielle, localisée de préférence aux membres inférieurs et survenant chez des sujets, ordinairement en état de gonococcémie, atteints d'arthrites blennorragiques, d'évolution subaiguë et non ankylosante.

Historique. — L'histoire de la kératose blennorragique a passé par deux phases :

Dans une première période qui va de 1890 à 1906, cette affection fut considérée comme un trouble d'ordre trophonévrotique. Le premier cas étudié fut celui diagnostiqué par Jacquet en 1890, publié par Vidal en 1893 et étiqueté « Eruption généralisée et symétrique de croûtes cornées avec chute des ongles d'origine blennorragique ». En 1895, Jeanselme puis Jacquet et Ghika attirèrent de nouveau l'attention, à propos de deux autres malades, sur l'importance des troubles trophiques. En 1897, Chauffard publie un quatrième cas et montre par la biopsie l'existence histologique d'une dermo-papillite hyperkératinisante. Launois et Malherbe, en France, Baermann, en Allemagne, insistèrent ensuite sur cette curieuse affection.

La deuxième période commence avec les belles recherches de Chauffard. Dès 1906, avec Froin, il montre que la lésion est favorisée par une hygiène défectueuse, provoquant de la macération épidermique; avec Fiessinger, en 1909, il reproduit expérimentalement les lésions cornées sur les sujets qui en étaient porteurs, mais il ne réussit pas à mettre en évidence le gonocoque in situ. Depuis, l'attention étant attirée sur cette complication, d'autres auteurs en rapportèrent des cas variés, tant au point de vue clinique, qu'étiologique et pathogénique. Ce sont surtout Robin, Fiessinger, Rivet, Gougerot, en collaboration avec Clara et Meaux Saint-Marc, Lévy Franckel, en France. Graham Little, Lang, Dike, Dawson et Brown, en Angleterre. Simpson et Barker Beeson en Amérique, Arning et Delius, Lange, en Allemagne.

Etiologie. — On peut rencontrer la kératose blennorragique à n'importe quelle période de la gonococcie; elle est beaucoup plus fréquente au début de l'affection, mais on peut la voir chez des sujets porteurs d'une uréthrite chronique avec goutte matinale. Une notion capitale ressort de l'ensemble des observations publiées : c'est la part déterminante qui revient aux macérations épidermiques. La kératose apparaît après l'application de pansements ouatés, de chaussettes de caoutchouc (Chauffard); aussi se localise-t-elle de préférence aux pieds, surtout chez les individus qui présentent des transpirations profuses. Mais la kératose change de lieu d'élection quand la macération se produit ailleurs : elle atteint les mains chez les sujets ayant une profession qui les oblige soit à prendre des bains de mains fréquemment répétés (Robin et Fiessinger, Gougerot et Clara) soit à subir des traumatismes favorisant la formation de durillons (jardiniers, cultivateurs). Elle peut se localiser au gland chez les blennorragiens porteurs de balanite chronique (Jeanselme et Blamoutier), aux organes génitaux et à la face interne des cuisses chez les individus atteints d'incontinence sphinctérienne, dont l'urine souille ces régions qui seront alors un point d'appel pour la kératose (Fiessinger et Durand). On l'a rencontré enfin à la face (Armstrong).

Fréquence. — C'est une complication très rare de la blennorragie. Gotlib, en 1912, a groupé dans sa thèse 26 cas épars dans la littérature médicale. Trémolières, en 1918, en comptait une quarantaine; Dawson et Brown en 1919, 52 cas. Nous avons repris cette étude statistique et avons dénombré 60 cas authentiques de kératose blennorragique. Sur 4.300 blennorragiques, Arning, en 1911, en a trouvé 6 cas. Dawson et Brown, pendant la guerre, dans un centre de vénérologie anglais, l'ont rencontré dix fois sur 40.000 malades examinés. Les cas observés de 1914 à 1921 comprennent la moitié de la statistique totale; cette fréquence relative de la kératose s'explique aisément par l'extraordinaire augmentation de la blennorragie depuis le début de la guerre.

Sexe, age. — Elle n'a été rencontré, peut-on dire, que chez l'homme, entre vingt et cinquante ans; aussi bien chez les blancs que chez les individus de couleur. Robert, dans sa thèse, rapporte bien le cas d'une femme de vingt-six ans et d'une petite fille de quatre ans : mais, dans ces deux cas, les lésions étaient à peine ébauchées et ne rappelaient que de loin la forme typique et classique.

Pathogénie. — Deux théories ont été soutenues pour expliquer le développement de cette singulière éruption cornée :

La *théorie trophonévrotique* a été proposée par les premiers observateurs (Vidal, Jacquet, Jeanselme), qui avaient été frappés de la présence de symptômes révélant une altération médullaire (zones d'hyperesthésie cutanée, exagération des réflexes, ongles cassants et striés). La moelle qui subit l'action des toxines gonococciques serait pour eux l'intermédiaire entre la blennorragie et la dystrophie tégumentaire. Cette hypothèse pathogénique s'appuyait aussi sur la disposition fréquemment symétrique des lésions et sa ressemblance avec des dermatoses, comme la kératodermie symétrique des extrémités, dont la cause est rattachée par certains à des troubles nerveux. Cette théorie peut s'appliquer à quelques faits, mais la plupart des observateurs ne mentionne pas ces indices d'altération nerveuse; d'ailleurs la rareté des ponctions lombaires faites en pareil cas ne permet pas d'avoir une idée précise sur les variations possibles de composition du liquide céphalo-rachidien. Dawson et Brown, qui ont étudié systématiquement ce milieu chez leurs malades, n'en ont pas constaté de modifications. Seul, Levy Franckel a trouvé chez un sujet atteint de kératose étendue des membres inférieurs et du gland de la lymphocytose rachidienne.

La *théorie infectieuse* est maintenant universellement admise. Les blennorragiens kératosiques sont en état de gonococcémie; l'abondance, la variété des lésions d'ordre septicémique qu'ils présentent, plaident tout à fait en faveur de cette pathogénie : ce sont des individus cachectiques, atteints de manifestations articulaires gonococciques multiples et

graves, pouvant présenter des néphrites, des ophtalmies internes, des lésions aortiques. Chauffard, en 1897, a été le premier à montrer que les cornes cutanées étaient d'autant plus abondantes que la virulence blennorragique était plus intense. Avec Fiessinger, il réussit la reproduction expérimentale des lésions et fournit ainsi la preuve de leur nature infectieuse : après avoir enlevé une production cornée du pied, il gratta avec le tranchant d'un bistouri le derme sous-jacent et déposa le suc rosé ainsi obtenu sur divers points du membre supérieur abrasés, qu'il recouvrit d'un verre de montre maintenu par du diachylon. Cinq jours après la lésion prenait un aspect croûteux et reproduisait en quinze jours les nodules de kératose spontanés. Cette inoculation ne fut positive que sur le porteur de la lésion et après excitation cutanée; sur un homme sain ou un simple blennorragique et sur le porteur de kératose sans abrasion de l'épiderme, il ne provoqua aucune lésion.

Le gonocoque n'a été trouvé que trois fois, (Wadsack, Roak, Jeanselme et Blamoutier), dans le pus; on n'a jamais réussi à le mettre en évidence dans les coupes histologiques qui ont été faites. Ce microbe avait vraisemblablement disparu, des lésions prélevées, par phagocytose rapide et précoce.

Pour Gougerot et Clara, la kératose blennorragique est une lésion toxi-infectieuse locale : c'est une sorte de pyodermite sèche hyperkératosique produite par les rares gonocoques présents dans la lésion et surtout par les toxines sécrétées, suscitant cette réaction dermo-épidermique si caractéristique.

En résumé, les conditions pathogéniques si variées de la kératose blennorragique montrent la part importante que l'infection gonococcique prend à la dermatose, sans diminuer toutefois le rôle des facteurs nerveux, qui est de localiser et de fixer les lésions cutanées.

Anatomie pathologique. — En 1893, Sabouraud examina les productions cornées du malade de Vidal et remarqua qu'elles étaient formées de couches épidermiques cornées stratifiées. Mais c'est Chauffard qui fit la première étude complète de ces lésions.

Une coupe d'un petit cône corné donne l'aspect d'un papillome à surface lisse formé par l'intrication de papilles dermiques et de prolongements malpighiens. L'épiderme est constitué superficiellement de couches lamellaires stratifiées parakératosiques recouvrant l'épithélium malpighien vileux et allongé entre les papilles dermiques. Le noyau des cellules, qui constituent celui-ci, est en grande activité karyokynétique; de nombreux polynucléaires et matzellen le dissocient et l'infiltrent. Le stratum granulosum disparaît sur toute l'étendue de la lésion. Le derme ne présente pas de lésions très spéciales : les vaisseaux sont seulement un peu dilatés, les papilles sinueuses, renflées et allongées.

En somme les lésions se résument en une dermite papillaire superficielle résolutive, accompagnée d'hyperactivité formatrice et kératinisante de l'épithélium malpighien.

Etude clinique. — 1. État général. — Dans les cas typiques, la kératose blennorragique se présente de la façon suivante : les individus qui en sont atteints sont porteurs d'un écoulement uréthral aigu qui, précocement, s'est compliqué d'arthropathies graves et multiples. Le malade, confiné au lit, très amaigri, est atteint d'une anémie extrême; c'est un véritable cachectique, hypo-azoturique, présentant souvent des lésions rénales et cardio-aortiques, de la diarrhée, une fièvre élevée à grandes oscillations, tous symptômes qui dénoncent un état septicémique. Les arthrites dont ils souffrent ont des caractères particuliers : elles sont séropurulentes avec de profondes amyotrophies, longues à guérir, rebelles au traitement révulsif, mais elles n'ankylosent pas les surfaces osseuses comme il est souvent de règle en fait d'arthrites blennorragiques. Une talalgie tenace, due à une hyperostose du calcanéum les accompagne souvent; elle ne rétrocède pas et reste une fois la kératose guérie un stigmate de la gonococcémie.

2. Les éléments kératosiques. — Sur un tel terrain, l'éruption kératosique va se manifester en certains points des téguments; elle s'y limitera ou se généralisera en se répartissant de façon plus ou moins symétrique. Elle se localisera de préférence sur les plantes des pieds, les orteils, autour des matrices unguéales, sur les chevilles, le tiers inférieur des jambes, mais elle peut envahir les cuisses, les organes génitaux, gagner les mains, atteindre, bien que rarement, la face et le tronc. Elle se présentera sous deux grandes formes :

1. Un élément arrondi, le cône corné.
2. Une formation diffuse, la semelle plantaire ou palmaire, quelquefois la balanite kératosique.

1° *Cônes cornés.* — Leur siège de prédilection est le bord des pieds, surtout la face interne et dorsale du gros orteil. Ils peuvent gagner en hauteur, mais restent toujours plus développés à ce niveau. Cette éruption débute par les éléments les plus inférieurs et peut s'étendre assez rapidement, mais, en général, les éléments d'une même région ont un même âge, si bien que l'éruption se fait par poussées successives.

Au début, les éléments sont représentés par des petites papules rouges lenticulaires qui deviennent vite acuminées et se transforment en vésicules sèches à couvercle épais, très adhérent. Le toucher fait sentir à leur surface, la saillie d'un petit cône corné; le doigt perçoit souvent mieux leur relief que l'œil ne le voit. Quand l'éruption est caractéristique, elle est formée de petits éléments isolés cuivrés, dont le centre dessine un cône transparent. Autour de chaque élément, on distingue un premier anneau blanchâtre entouré d'un halo rosé s'estompant à sa périphérie : l'ensemble représente une véritable cocarde dont le centre corné, jaunâtre, est entouré de deux corolles : l'interne, desquamative; l'excentrique, congestive. En certains points, ces éléments convergent en nappes plus ou moins étendues (du diamètre de pièces de 50 centimes à 2 francs), stratifiées en forme de rupia, comme une écaille d'huître, hérissées de petits cônes cornés, gros comme des grains de chènevis : ce sont des élévations irrégulières dont les éléments juxtaposés donnent au doigt la sensation produite par le toucher d'une carte en relief d'un massif montagneux, couronné de plusieurs pics, telles des cimes arrondies ou acuminées d'un jaune plus ou moins cuivré, prenant un aspect vernissé.

Si l'on gratte la substance cornée et que l'on arrache un de ces cônes, on trouve le plus souvent une élevure acuminée, revêtue d'un épiderme exulcéré, d'aspect gélatiniforme s'affaissant et se flétrissant en quelques minutes.

Bientôt, une croûte se reforme et celle-ci devient rapidement un nouvel élément kératosique.

Ces lésions envahissent souvent les ongles, qui sont déformés, épaissis, striés, brunâtres, opaques; la matrice surtout, ce qui entraîne leur chute en mettant à nu le derme sous-unguéal saignant et papillomateux (Jacquet).

2° *Semelles plantaires.* — Aux plantes des pieds, les placards cornés sont symétriques; on retrouve bien parfois des éléments isolés, mais progressivement une production cornée diffuse se développe.

Au bout de quinze à vingt jours, la face plantaire est tout entière recouverte d'une véritable semelle fissurée, crevassée, se détachant en squames très larges, épaisses de 1 à 2 millimètres, de couleur jaunâtre, dont les bords se soulèvent, présentant çà et là des saillies coniques à sommet émoussé, comparables à un clou de tapissier.

Cette croûte cornée est concave du côté du bord interne, elle est plus épaisse et plus dure sous le talon et à la base des orteils. La desquamation se fait en masse sous la forme d'une véritable semelle cornée découvrant un épiderme rosé et mince. Les cornes sont indolores et insensibles, mais les saillies mamelonnées papillaires et la zone cutanée qui les entoure sont d'une exquise sensibilité. En règle générale, plus la lésion s'est formée vite, plus elle se rapproche de la croûte et prend l'aspect séborrhéique.

Evolution. — L'évolution de la kératose blennorragique se fait par poussées successives, en un point des téguments, ou en divers segments du corps, sans qu'il y ait des modifications de l'état général du sujet.

Les lésions se développent en quelques semaines, puis après un temps variable, un mois et demi à deux mois en moyenne, les phénomènes articulaires disparaissent, l'état général redevient meilleur et les productions cutanées s'effacent : l'épiderme plantaire desquame, les durillons fendillés se décollent en copeaux larges et épais, les cornes se dessèchent, tombent comme des fruits secs, découvrant un nouveau tissu de revêtement avec macules rougeâtres puis légèrement pigmentées qui disparaissent lentement.

Dans un cas, Chauffard a vu se développer sur la verge une plaque ressemblant à du vitiligo, après la chute d'un élément corné, large comme une pièce de 2 francs. Si une croûte cornée est arrachée avant sa dessication, elle se reproduit rapidement. Cette kératose peut récidiver avec une nouvelle blennorragie.

Formes cliniques. — 1. Suivant l'état général du malade. — Si le sujet atteint est presque toujours en état de septicémie avec de graves polyarthrites, il est également des cas où la kératose blennorragique a été rencontrée chez des individus non rhumatisants et porteurs d'une urétrite chronique (Jeanselme et Blamoutier).

2. Suivant l'étendue et l'intensité des lésions. — A côté des formes généralisées, confluentes, il existe des formes moins étendues dans lesquelles on trouve disséminées çà et là, en divers points des téguments, des cornes cutanées isolées (cuisses, verge).

3. Suivant le siège. — L'état de macération épidermique commande avant tout l'apparition des éléments kératosiques. Aussi rencontrera-t-on de préférence les localisations suivantes :

a. Les *pieds*, surtout, à cause de la transpiration, et du port des chaussettes.

b. Les *mains* : dans deux cas bien étudiés (Robin et Fiessinger, Gougerot et Meaux Saint-Marc), on a pu montrer l'influence de la macération des mains, dans la genèse des productions kératosiques.

c. Les *organes génitaux*, surtout dans les cas de macération provoqués par l'incontinence sphinctérienne (Fiessinger et Durand); chez les individus porteurs d'une balanite chronique (Jeanselme et Blamoutier), d'une balanite circinée (Arning, Zigler) à l'exclusion de tout autre localisation.

4. On peut, d'autre part, constater sur le même sujet, tous les intermédiaires entre les formations croûteuses et les cornes typiques.

Dans certains cas même, où les éléments cornés étaient particulièrement développés, on a décrit des éruptions rupioïdes.

Pronostic. — Ce n'est pas tant celui de la kératose que celui de l'état septicémique sur lequel évolue cette complication : arthrites avec amyotrophies, lésions cardiaques, état de cachexie et de dénutrition.

Si les cônes cornés ou les semelles plantaires sont correctement pansées, afin d'éviter l'entretien de la macération épidermique, il ne se produira pas de lésions cutanées nouvelles et la guérison locale surviendra rapidement. Dans le cas contraire, des fissures douloureuses, une infection secondaire locale pourront retarder encore l'évolution favorable de la maladie.

Diagnostic. — Dans les cas typiques, il est très facile à établir. Jacquet a fait de la kératose blennorragique un véritable syndrome à trois termes : kératose, signes variés de septicémie gonococcique, arthropathies multiples, non ankylosantes, telle est pour cet auteur, la triade symptomatique de l'affection.

Mais il faut toujours rechercher l'urétrite, car elle peut passer inaperçue : ce fut le cas du malade de Gougerot et Clara qui présentait une kératose étendue, cloutée et circinée, signe révélateur d'une blennorragie qui était restée jusque-là méconnue.

Dans les cas atypiques, il faudra discuter certaines kératoses qui pourraient simuler les productions cornées diffuses de la kératose blennorragique :

1. La *kératodermie symétrique des adultes* : c'est une affection rare, siégeant aussi à la face palmaire des mains et des doigts, à la face plantaire des pieds et des orteils, limitée par un liseré rose, violâtre ou lilacé et s'accompagnant souvent d'hyperhidrose locale.

2. Les *kératodermies professionnelles*, sortes de callus diffus.

3. La *kératose arsenicale*, conséquence de l'arsenicisme chronique, persistant très longtemps et simulant, en tous points, la kératose blennorragique par son épaississement diffus, jaunâtre des régions palmaires et plantaires et des saillies verruqueuses.

4. L'*eczéma kératosique*, souvent d'origine professionnelle, durant des années, avec des rémissions et des rechutes.

5. Le *psoriasis palmaire et plantaire* : il est habituellement accompagné d'une éruption disséminée,

plus ou moins généralisée au reste du corps, formée de plaques polycycliques, donnant au grattage la tache de bougie caractéristique.

Adamson a soutenu que la kératose blennorragique était une variété de psoriasis.

6. Le *lichen plan* n'a pas de plaques aussi étendues; ses papules moins volumineuses ne sont pas cloutées.

7. Les *syphilides palmaires et plantaires* psoriasiformes sont plus nettement limitées, infiltrées; elles présentent un bourrelet d'hyperkératose avec dépression centrale.

8. Dans la *pityriasis rubra-pilaire*, les paumes et les plantes sont diffusément rouges, sèches avec des cônes très différents.

Dans le cas de kératose blennorragique strictement localisée au gland, il faut éliminer l'ecthyma gonococcique : c'est un ulcère recouvert d'une croûte plus ou moins rupioïde : il ne s'agit pas de cône corné, mais d'une dermopathie blennorragique par infection directe.

Traitement. — *a.* PROPHYLACTIQUE. — Le traitement de la kératose blennorragique, doit être, avant tout, prophylactique.

Chez les gonococciques en état de septicémie avec manifestations articulaires multiples, il faut surtout conseiller des soins de propreté constants et minutieux, éviter les sudations qui favoriseraient les macérations épidermiques, renouveler fréquemment les pansements ouatés qui enveloppent les mains et les pieds, se protéger contre les irritations et les contacts répétés.

b. CURATIF. — Localement on a essayé des topiques variés : poudrage de talc, application de liniment oléocalcaire, savonnages fréquents des régions atteintes avec du savon noir, pansements humides avec de l'eau bouillie alcoolisée, dans le but de favoriser la chute complète et définitive des productions cornées. Jacquet conseillait les douches froides sur le rachis.

Il faudra surtout soigner la blennorragie, cause initiale, par de grands lavages de l'urètre, prescrire des balsamiques variés, auxquels on pourra ajouter de l'urotropine, comme le conseille Gougerot.

Le vaccin antigonococcique de Nicolle et Blaizot a donné de bons résultats à Lévy-Franckel. Dans quelques cas l'hétéro ou l'autovaccinothérapie a eu d'ailleurs une influence aussi favorable sur les arthropathies que sur la kératose. On devra, de plus, traiter parallèlement les articulations atteintes par des douches d'air chaud.

Quelques auteurs ont vanté l'action heureuse des injections intraveineuses d'électrargol ou de lantol. Cette thérapeutique de choc par les métaux colloïdaux est à conseiller; elle ne peut avoir qu'une action favorable sur des malades septicémiques comme ceux atteints de kératose blennorragique.

BIBLIOGRAPHIE

ADAMSON. Keratosis blennorragie is it a form of psoriasis? *Brit. Journ. dermat.*, juin 1920, p. 183.

ARMSTRONG. Keratosis blennorragie of the face, *Lancet*, 17 mai 1913.

ARNING et DELIUS. Beitrag zur klinik der gonorrhoischen hyperkeratosen. *Arch. f. Dermat. und Syph.*, mai 1911, p. 3.

BALZER. Volume : MALADIES VÉNERIENNES, *Traité* Gilbert et Carnot, p. 137.

BERGERON. Des dermopathies blennorragiques, *Th. de Paris*, 1893-1894.

BRAULT. Kératose blennorragique chez un indigène, *Bull. de la Soc. franç. de dermat.*, fév. 1913, p. 146.

BROWN et HARGREAVES. Un cas de kératose blennorragique, *Journ. anglais de dermat.*, 1917, p. 107.

BUSCHE et MICHAEL. Zur Kenntniss der hyperkeratodischen vesiculösen exanthem bei gonorrhoe, *Assoc. franç. de dermat.*, juin 1914, p. 348.

CAMPANA. Delle eruzioni gonorroiche, *Acad. med. di Roma*, déc. 1911.

CHAUFFARD. Infection blennorragique grave avec productions cornées de la peau, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 25 avril 1897.

CHAUFFARD et FIESSINGER. Deux cas de kératose blennorragique. Reproduction expérimentale de la lésion cutanée, *Bull. de la Soc. franç. de dermat.*, 1909, p. 162; — La kératose blennorragique, *Iconographia dermatologica*, 1911, fasc. 5.

CHAUFFARD et FROIN. Sur la kératose blennorragique, *Arch. de méd. expérim.*, sept. 1906, p. 609.

DAWSON et BROWN. Trois cas de kératose blennorragique, *Journ. of the Royal army med. corps*, july 1919, p. 71; — Deux cas de kératose blennorragique, *Journ. of cut. dis.*, 1918, p. 225.

DYKE. Kératose blennorragique, *Lancet*, 23 août 1919, p. 328.

DUBREUIL. Kératose blennorragique, *Pratique dermatologique*, t. II, p. 949.

FIESSINGER (Noël). Kératose blennorragique, *Journ. des prat.*, 25 sept. 1909. p. 617.

FIESSINGER et DURAND. Kératose blennorragique. Contribution à l'étude clinique et pathogénique, *Paris méd.*, 8 mars 1913, p. 345.

GIBBS. Kératose blennorragique, P. S. of L., *Dermatological*, section, 15 oct. 1914, p. 22.

GOUGEROT et CLARA. Kératose blennorragique cloutée et circinée révélant une blennorragie méconnue, *Ann. des mal. vén.*, fév. 1917, p. 108; — Epidermites verruqueuses chez les blennorragiques, *Ann. des mal. vén.*, 1919, p. 150.

GOUGEROT et MEAUX-SAINT-MARC. Kératose blennorragique disséminée, *Ann. des mal. vén.*, nov. 1912, p. 818.

GOTLIB. La kératose blennorragique, *Th. de Paris*, 1913.

GRAHAM LITTLE. Kératose blennorragique, *Journ. anglais de dermat.*, nov. 1911, p. 360.

HASLUND. Cas d'infection blennorragique généralisé avec kératose, *Ugeskr. f. Läger*, 1913, p. 325.

JACQUET et GHIKA. Sur un cas d'arthroblennorragisme avec troubles trophiques, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 22 janv. 1897.

JEANSELME. Troubles trophiques dans la blennorragie, *Ann. de dermat. et syphil.*, 13 juin 1895, et *Presse méd.*, 1895, p. 513.

JEANSELME et BLAMOUTIER. Un cas de kératose blennorragique strictement localisé au gland, *Bull. de la Soc. franç. de dermat.*, 8 déc. 1921.

LAING. Gonorrhea complicated by acute gonorrheal arthritis and keratosis, *Lancet*, 8 mars 1919, p. 377.

LANGE. Ein Fall von hyperkeratosis gonorrhoica, *Deut. med. Woch.*, 5 mars 1914, p. 495.

LAUNOIS. Arthropathies récidivantes, troubles trophiques multiples d'origine blennorragique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 juillet 1899.

LITTLE and DOUGLAS. Kératose blennorragique, P. S. of L., *Dermatological*, section, 19 oct. 1911, p. 8.

LÉVY-FRANCKEL. Kératose blennorragique, *Ann. des mal. vén.*, juillet 1918, p. 385.

MALHERBE. *Gaz. méd. de Nantes*, 1901, n° 6.

MONTPELLIER. Un cas de kératose blennorragique, *Ann. des mal. vén.*, 1917, p. 309.

PUGH. Skin complications in Gonnorhea, *Milit. Surg.*, juin 1912.

RIVET et BRICOU. Un cas de kératose blennorragique, *Bull. méd.*, 22 sept. 1909, p. 851.

ROARK. Kératose blennorragique, *Med. Record de New-York*, 21 déc. 1912, p. 1135.

ROBERT. Contribution à l'étude des troubles cutanés trophiques dans la blennorragie, *Th. de Paris*, 1897.

ROBIN et FIESSINGER. Kératose blennorragiqne des mains, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 17 fév. 1911, p. 141.
ROST. *Deut. Zeit.*, mars 1911, p. 233.
ROTH. *Semaine méd. de Münich.*, 30 mai 1905.
ROUX. Contribution à l'étude des dermatoses blennorragiques, *Th. de Toulouse*, 1906.
SELENEW. *J. R. D.*, oct. 1912.
SEQUIERRA. Kératose blennorragique, *Brit. Journ. of dermat.*, déc. 1910, p. 139.
SIMPSON. Kératose blennorragique, *Journ. of amer. Assoc.*, 22 août 1912, p. 607.
SIMPSON et BARKER BEESON. Kératose blennorragique, *Journ. of amer. Assoc.*, 21 avril 1917.
SOBOTKA. Pustulos hyperkeratosisches exanthem bei gonorrhoischen, *Allg. Krauk. Deut. med. Woch.*, 15 et 22 fév. 1913, p. 181 et 218.
SWIFT. Kératose blennorragique, *Australasian med. Gaz.*, 20 nov. 1912.
TRÉMOLIÈRES. La kératose blennorragique, *Ann. de dermat. et de syphil.*, mai 1919, p. 145.
VIDAL. *Soc de dermat.*, 12 janv. 1893, p. 3.
WADSACK. In Sobotka.
WILLIAMS. Gonorrheal Keratosis of hands and feet, P. S. of L., *Dermatological*, section, 20 oct. 1910, p. 12.
Williams WINKELSIED. *Brit. Journ. of dermat.*, déc. 1910, p. 369.
ZIGLER. Gonorrheal involvement of the skin of the Prepuce, *Journ. of amer. Assoc.*, mars 1914, p. 773.

CHRONIQUE

LES MÉDECINS ET MOLIÈRE

Jeudi 26 janvier, dans le grand amphithéâtre de la Faculté archicomble, le docteur Cabanès a fait, sur ce sujet d'actualité, une conférence, très écoutée et très applaudie, dans laquelle on retrouve ce souci de recherches précises, ce culte de la vérité, cette finesse de jugement et cette élégance de style qui caractérisent ses nombreux ouvrages.

« Parler de Molière dans cette enceinte, nous dit-il, dans ce temple auguste d'une science qu'il a poursuivie de ses sarcasmes, n'est-ce pas s'exposer à réveiller l'écho de querelles à peine assoupies? Faire l'apologie d'un homme qui a si cruellement tourné en dérision la médecine et les médecins, cela pourrait paraître une gageure téméraire ou une entreprise légèrement paradoxale.

Le but de cette conférence est de « dissiper quelques malentendus, de nous expliquer sur ce qu'on voudra bien nous permettre d'appeler le cas Molière ».

Ainsi que l'observe Cabanès, il est de bon ton de railler la médecine et les médecins. Mais ces railleurs sont les premiers, à la moindre alerte, à recourir aux soins de ceux qu'ils ont accablés de leurs quolibets.

Quelle est l'origine des railleries de Molière à l'égard des médecins? Une simple querelle de locataire à propriétaire, celui de Molière étant un médecin? Un procès qu'il perdit? Nous ne pourrions croire quant à nous que Molière eût un esprit aussi rancunier. D'ailleurs, Cabanès nous fait remarquer que *L'Amour médecin* avait déjà paru sur la scène avant cet incident. Il faut donc chercher ailleurs.

Ses malheurs conjugaux, sa jalousie ont altéré sa santé et peut-être aussi son caractère. Il ne faut pas chercher si loin, c'est bien notre art lui-même qu'il a voulu viser. Il est vrai qu'à l'époque notre art n'était pas sans se couvrir d'un certain ridicule.

Passant en revue les diverses pièces de Molière où il est question de la médecine et des médecins, Cabanès nous rappelle avec beaucoup d'à-propos *L'Amour médecin*, *Le Malade imaginaire*, certaines scènes de *Don Juan*, d'*Amphytrion*, de *M. de Pourceaugnac*, du *Médecin malgré lui*, de *Tartuffe*, etc. Il analyse avec un soin tout particulier chacune de ces pièces et y fait preuve de cet esprit critique qu'il apporte dans ses écrits. Mais chez Cabanès on trouve aussi toujours le souci du point historique, et ce n'est pas là la partie la moins intéressante de cette conférence, il nous trace, avec exactitude, le portrait de tous les grands médecins de la Cour qui ont servi de modèles à Molière. C'est ainsi que sous le masque de Desfonandrès, Bahis, Macroton et Tomès, on reconnaît Desfougerais, Esprit, Guenaut et Dacquin. Cabanès nous donne sur chacun de ces personnages des détails intéressants. Guenaut fut particulièrement visé, non seulement par Molière, mais aussi par Boileau. Il faut croire qu'ils avaient entraîné bien des partisans dans leurs railleries contre les médecins, puisque Cabanès nous cite ce mot d'un charretier, au milieu d'un embarras de voitures : « Laissez passer M. le docteur, c'est lui qui nous a fait la grâce de tuer le cardinal. »

Molière a, paraît-il, beaucoup exagéré certains ridicules des médecins de son temps. D'après des gravures du temps, leur mise aurait été beaucoup plus simple que celle que leur donnait Molière. Le chapeau pointu de Sganarelle serait une légende. En homme qui tient à remettre les choses au point, Cabanès nous décrit minutieusement la vraie tenue des médecins de Louis XIV.

Pour connaître exactement la véritable pensée de Molière à l'égard de la Médecine et des Médecins, il faut relire la fameuse scène du *Malade imaginaire* dans laquelle Beralde cherche à convaincre Argan. Quand on relit cette scène, écrite de main de maître, on ne peut s'empêcher de reconnaître que Molière se montrait vraiment bien sévère et même bien injuste à l'égard de la Médecine et des Médecins. Cela d'ailleurs n'empêche pas ceux-ci de se montrer les plus chauds admirateurs de son génie.

En fin de compte, est-il possible d'admettre que les lavements, la purgation et la saignée, qui représentaient à peu près toute la thérapeutique d'alors, aient été si nuisibles? N'en venons-nous pas aujourd'hui à regretter parfois que l'abus de la saignée l'eût fait ensuite beaucoup trop abandonner?

Nous regrettons de ne pouvoir suivre Cabanès dans l'analyse si fine qu'il fait des diverses scènes consacrées aux médecins. On y trouve des réflexions philosophiques qui donnent à certains mots de Molière une bien autre portée que celle d'une critique plus ou moins spirituelle.

La pièce capitale, uniquement consacrée à la médecine, est le *Malade imaginaire*. Purgon, Diafoirus et Fleurant, comme le dit Cabanès, sont des types immortels.

En réalité, existe-t-il des malades imaginaires? Oui, si l'on en croit Molière faisant parler Beralde; non, si l'on s'en rapporte à Littré évidemment plus autorisé. Il semble qu'aujourd'hui tout le monde, à ce sujet, partage l'avis de Littré.

Notre ami Cabanès nous excusera de le trouver un peu sévère à l'égard des médecins de nos jours qui rappellent Diafoirus dans leur entêtement à ne pas vouloir reconnaître les progrès de la science moderne. D'abord il en reste vraiment bien peu, et les Peter, les Jules Guérin et autres qui ont tant combattu Pasteur, n'étaient tout de même pas à comparer avec les Diafoirus, père et fils. Où pourrait-on, d'ailleurs, trouver aujourd'hui un seul médecin sérieux qui oserait encore élever la moindre critique contre Pasteur?

Mais, pour en revenir à Molière, il nous faut reconnaître, avec Cabanès, qu'il était, lui, du parti des circulateurs, c'est-à-dire de ceux qui admettaient le progrès et, en particulier, la grande découverte de Harvey.

Cabanès ne pouvait manquer de trouver une relation quelconque entre le septcentenaire de Montpellier et le tricentenaire de Molière. C'est, en effet, aux usages de la Faculté de Montpellier que Molière a emprunté le cérémonial de la cérémonie du *Malade imaginaire*. Reconnaissons toutefois que le latin qui parlaient les professeurs de Montpellier était aussi pur que l'est peu celui de Molière.

Obligé de nous arrêter dans ce résumé bien incomplet de la très intéressante conférence de Cabanès, nous nous bornerons à en citer la fin :

« Imaginons un instant que Molière revienne en ce monde?

En présence des merveilles qui apparaîtraient à ses yeux : la douleur vaincue par les anesthésiques, les diverses régions du cœur explorées par les rayons X, les lésions du cœur et des poumons dévoilées par l'auscultation et la percussion; la diphtérie vaincue; les prouesses de la chirurgie dont les audaces ne se comptent plus ; les progrès d'une hygiène et d'une prophylaxie dont nous ressentons les bienfaits; la dis-

parition à peu près complète des fléaux qui, hier encore, décimaient l'humanité, l'implacable contempteur de notre art nous rendrait-il enfin justice? Nous nous plaisons d'autant mieux à le supposer que si, sous d'autres rapports, Molière fut l'homme du passé et tout le contraire d'un innovateur en médecine, il a lutté contre les préjugés qui entravent sa marche, il a, pourrait-on presque avancer, pressenti ses progrès. En combattant la médecine traditionnelle, n'a-t-il pas, peut-être sans le vouloir, préparé l'avénement de la médecine expérimentale, de la médecine d'observation qui ressemble à sa sœur aînée comme le jour à la nuit, la lumière à l'obscurité? Peut-être devons-nous à Molière de pouvoir compter, parmi nos gloires médicales, Laënnec et Corvisart, Pasteur et Claude Bernard, pour ne parler que des morts!

Mais il nous a rendu un service d'une autre nature, et quelque apparence de paradoxe qu'elle présente, l'opinion d'un praticien aussi distingué que notre confrère, le docteur Fiessinger, est de celles qui ne sont pas négligeables. Jamais, dit-il, « jamais les médecins ne témoigneront trop de gratitude à la mémoire de notre grand auteur comique; il a dit tellement de mal des médecins, qu'après lui certains hésitaient à saigner et à purger; du moins ne se le permettaient-ils qu'avec discrétion. Or, les malades continuaient à suivre une hygiène déplorable : viandes et grosses nourritures à foison. Les saignées étaient abandonnées, les purgations tombaient en désuétude. Du coup, la néphrite interstitielle s'installa et avec elle le cœur rénal et l'urémie : un tas de maladies qui n'existaient pas ou prou du temps de Molière... Molière a multiplié les malades en se moquant des traitements ».

Il y a une part de vérité dans cette boutade; mais vous nous accorderez que ce n'est pas pour cette raison que nous avons été heureux de nous associer aux hommages qu'a reçus de toutes parts celui qui fut l'incarnation du bon sens et de la mesure, et qui reste une des gloires les plus pures de notre patrimoine national. »

A. BROCHIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 JANVIER 1922)

Vaccine pure cérébrale. Virulence pour l'homme. — MM. C. LEVADITI et S. NICOLAU. Le virus vaccinal cultivé dans le cerveau du lapin depuis huit mois n'a pas perdu son affinité cutanée pour l'homme. Inoculé à des nouveau-nés, des nourrissons et des adultes, il engendre des vésico-pustules semblables à celles de la vaccine habituelle, évoluant comme elle, sans nulle tendance à la généralisation et exemptes de toute complication. Il offre sur la vaccine ordinaire l'avantage d'être, sans nulle addition d'antiseptique, d'une pureté absolue. Sa virulence est quasi-constante, ses propriétés vaccinales se conservent longtemps, tant à la glacière qu'à la température ordinaire.

Encéphalite aiguë contagieuse du bœuf. — MM. A. DONATIEN et R. BOSSELUT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1922)

M. LE PRÉSIDENT prononce l'éloge de Monprofit, membre correspondant national.

Assainissement de la Corse. — MM. Edmond SERGENT et Etienne SERGENT.

Méfaits de la haute tension. — On compte déjà un assez grand nombre de ces méfaits, et il est bon que l'attention de l'Académie soit attirée sur ces faits qui pourraient, sans doute, être évités si on exigeait des constructeurs certaines précautions qui ne sont pas toujours prises.

M. ZIMMERN, le premier, appelle l'attention sur ces faits.

M. LANGLOIS cite le cas d'une jeune fille qui, étant dans son bain, appuie le doigt de la main droite sur le bouton de la sonnette électrique pendant qu'elle avait la main gauche appuyée sur l'appareil qui entourait le radiateur. La mère de la jeune fille entre dans la salle de bain et y trouve sa fille morte dans sa baignoire. L'enquête a montré que le fil de la sonnette était en contact avec le fil du radiateur par lequel passait un très fort courant. La jeune fille étant dans son bain depuis un quart d'heure avait les mains très mouillées. En outre, elle avait mis dans ce bain un sel parfumé, toutes conditions qui ne pouvaient que favoriser l'électrocution.

M. RÉNON cite un fait analogue, celui d'un de ses amis qui est mort dans son bain de la même façon.

M. BALTHAZARD rapporte le cas d'un ouvrier qui était en train de nettoyer une grande cuve en communication avec un très fort courant et qui portait de la main droite une lampe baladeuse.

A un certain moment, tout en tenant la baladeuse de la main droite, l'ouvrier appuya sa main gauche humide contre la paroi de la cuve. Il poussa un cri. On se porta à son secours, on le retira de la cuve. Il avait été foudroyé. M. Balthazard, chargé de l'autopsie, constata une brûlure de l'index et du pouce droits, les deux doigts qui tenaient la lampe baladeuse, ainsi qu'une brûlure de la face palmaire de la main gauche qui s'était appuyée contre la paroi de la cuve. M. Balthazard constata, en outre, les lésions caractéristiques de l'asphyxie, cyanose, injection des conjonctives, emphysème sous-pleural, ecchymoses. La mort avait été causée par une tétanisation prolongée des muscles respiratoires. L'accident eût été évité si seulement la baladeuse avait été isolée par une poignée en bois.

Après avoir entendu le récit de ces faits, on se demandait dans quelle mesure pouvait être engagée, dans ces cas, la responsabilité des constructeurs d'appareils électriques. Au dire des techniciens, il y aurait des moyens protecteurs qui ne sont pas toujours employés. N'y aurait-il pas lieu d'exiger des constructeurs que tous ces moyens soient scrupuleusement exécutés?

Grippe et injections sous-cutanées d'oxygène. — D'après M. BAYEUX, la grippe détermine d'emblée une diminution de la ventilation pulmonaire, même lorsqu'elle ne se manifeste encore que par un catarrhe des voies respiratoires supérieures. L'oxygénation normale du sang est entravée et les déchets, insuffisamment oxydés, s'accumulent dans l'organisme.

On peut agir utilement contre cet état de choses par l'oxygénation artificielle; mais l'oxygène, employé en inhalations, présente des inconvénients; il est irritant et desséchant pour les muqueuses respiratoires. Son usage est fatigant pour les malades. En pratique, on n'y a recours qu'à la dernière extrémité, c'est-à-dire trop tard.

Les injections sous-cutanées d'oxygène, au contraire, ne sont nullement fatigantes et peuvent être administrées d'emblée sans inconvénient. Elles sont aussi efficaces que les inhalations et leur emploi précoce met généralement à l'abri des complications. Lorsque la grippe s'est déjà compliquée de broncho-pneumonie, l'utilité des inhalations est souvent minime parce que les voies respiratoires sont encombrées de débris exsudatifs qui empêchent l'oxygène d'atteindre la nappe sanguine de l'hématose.

Au contraire, les injections sous-cutanées d'oxygène arrivent directement en contact avec le sang dans le tissu cellulaire sous-cutané et elles suppléent ainsi à l'insuffisance de la respiration.

Ces injections n'augmentent pas la fièvre; même elles l'abaissent et parfois avec une grande rapidité. M. Bayeux le démontre en présentant à l'Académie des courbes probantes. Dans un cas de pleurésie purulente, suite de grippe, il n'hésita pas à injecter l'oxygène dans la cavité pleurale elle-même, grâce à son oxygénateur de précision. Il évacua ainsi le pus pleural tout en oxygénant la surface externe du poumon. La fièvre, qui était très élevée, tomba et la malade guérit.

Les injections d'oxygène agissent sur toutes les formes de la grippe, mais il est prudent de les pratiquer le plus tôt que l'on pourra, c'est-à-dire le plus près possible du début.

Un nouveau procédé pour l'examen de la fonction excrétrice du foie. — M. Hatiégan.

Contribution à l'étude de la dissociation des réactions du liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis du névraxe. — MM. Cestan et Kiser.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre associé libre. La Commission présente, en première ligne, Mme Curie, et, en seconde ligne, par ordre alphabétique, MM. Castex, Coudray, Desnos, Trillat et Verneau.

Tous ces candidats se sont désistés devant la haute personnalité de Mme Curie.

Le nombre des votants étant de 80, majorité 41, au premier tour Mme Curie obtient 64 suffrages ; il y a 15 bulletins blancs et 1 bulletin nul.

En conséquence, Mme Curie est proclamée élue.

Cette élection sensationnelle avait attiré à l'Académie beaucoup de monde. Cela se conçoit étant donnée la grande notoriété scientifique de Mme Curie et étant donné ce fait que Mme Curie est la première femme admise à siéger sur les bancs de l'Académie de médecine.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 3 février 1922)

Ictère syphilitique secondaire précoce. Rétention biliaire dissociée. Epreuve de l'hémoclasie digestive. — MM. Ardin-Delteil, Derrieu, et R. Azoulay rapportent une observation d'ictère syphilitique secondaire précoce avec rétention biliaire dissociée. Il y avait dans les urines rétention pigmentaire pure sans rétention des sels biliaires, Il s'agit d'un ictère par hépatite syphilitique secondaire avec épreuve de l'hémoclasie digestive : positive.

Maladie de Paget et tabes (*présentation de malade*). — MM. Claude et Oury présentent un cas de maladie Paget d'origine syphilitique dont le début remonte à 1909 et coïncidant avec un tabes : abolition de réflexes rotuliens, achilléens, radiaux, signe d'Argyll, Wassermann positif.

Les auteurs pensent qu'il faut rechercher la spécificité non seulement chez le sujet atteint de maladie de Paget, mais encore chez les ascendants et instituer un traitement spécifique surtout en cas de Paget fruste.

M. Menetrier pense que le traitement spécifique permet d'arrêter l'évolution de la maladie de Paget.

M. Levi admet avec Menetrier qu'il s'agit dans ces cas d'une cirrhose hypertrophique osseuse par artérite, mais il est des cas où la syphilis ne paraît pas être l'agent causal.

M. Lereboullet signale qu'il observe un cas de maladie Paget actuellement chez le mari et la femme.

M. Milian pense que l'artérite n'est peut-être pas toujours la lésion déterminante.

M. Achard pense aussi que l'artérite n'est pas toujours observée dans les dystrophies osseuses de la maladie de Paget et que la syphilis n'est pas la seule infection capable de réaliser la maladie de Paget.

Accidents provoqués par les injections sous-cutanées d'arseno-benzol. — M. Milian montre que la voie sous-cutanée n'est pas à l'abri d'accidents graves. Il rapporte trois cas de mort, soit par crise nitritoïde, soit par apoplexie séreuse.

M. Sicard insiste sur la rareté et la gravité moindre des accidents observés.

M. Sézary signale un nouveau composé arsenical permettant la voie sous-cutanée pour de fortes doses d'arsenobenzènes.

M. Pinard prétend que la voie sous-cutanée ne permet pas de conduire la cure avec la même régularité et la même intensité.

Pouls veineux postsystolique des saphènes chez une variqueuse atteinte d insuffisance cardiaque. — MM. Léchelle et Monquin présentent une malade en état d'insuffisance cardiaque totale avec arythmie complète, chez laquelle on constate l'existence de battements veineux au niveau des saphènes variqueuses. L'électrocardiogramme confirme le diagnostic d'arythmie complète avec fibrillation curviculaire. Les tracés mécaniques montrent qu'il s'agit de pulsations ventriculaires nettement postsystoliques, caractère qui les distingue de celles qui furent observées jusqu'à présent dans des cas analogues.

Le retard des battements des saphènes par rapport à la systole cardiaque semble, pensent les auteurs, pouvoir résulter de la stase sanguine au niveau des membres inférieurs et de la sclérose des parois veineuses.

Contribution à l'étude du pneumothorax artificiel chez l'enfant. — MM. L. Babonneix et L. Denoyelle. Le pneumothorax artificiel, chez l'enfant, semble avoir comme conséquences inéluctables : *a.* Un déplacement considérable, rapide et permanent du médiastin, avec aplatissement de l'hémidiaphragme correspondant; *b.* La production de déformations thoraciques également très précoces, déplacement et déformations étant particulièrement nets aux rayons X. Il est parfois suivi, à bref délai, de l'apparition d'une poussée évolutive, localisée à l'autre côté, et qui, après avoir paru devoir aggraver le pronostic, et interrompre les réinsufflations, rétrocède à peu près complètement; *c.* De bons résultats, tant généraux que locaux, abstraction faite des conséquences d'ordre morphologique précédemment signalées. Dans près de la moitié de leurs cas, les auteurs ont observé, en effet, l'augmentation de poids, le retour du cycle thermique à la normale et la disparition des signes locaux : expectoration avec présence de bacilles.

A propos d'un cas d'emphysème sous-cutané spontané chez un tuberculeux. — MM. A. Pissavy, Schœffer et Giberton relatent l'observation, ils rappellent que l'emphysème peut se produire soit par infiltration au niveau du hile après cheminement de l'air dans le tissu interstitiel du poumon, soit par effraction à travers les plèvres adhérentes. Dans ce dernier cas, et suivant le lieu de la rupture, l'air arrive directement sous la peau à travers un espace intercostal ou envahit d'abord le médiastin, gagne la base du cou et se répand ensuite dans le tissu cellulaire sous-cutané. L'invasion du médiastin peut déterminer des phénomènes de compressions mortels. Mais le plus souvent le malade résiste, l'épanchement gazeux tend à se résorber et si la mort survient, ce qui est la règle, au bout de quelques semaines, elle est imputable non à la complication mais aux progrès de la tuberculose elle-même, l'emphysème sous-cutané apparaissant presque toujours au cours des tuberculoses pulmonaires particulièrement graves.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 1er février 1922)

M. le Président, en annonçant la mort de Monprofit (d'Angers), membre correspondant national, retrace en peu de mots la brillante carrière de ce regretté collègue.

Corps étrangers du rectum. — M. Baudet fait un rapport sur deux observations similaires, l'une de M. Cochez, l'autre de M. Gresser.

Dans la première, il s'agit d'un homme qui s'était introduit dans l'anus une boule d'escalier. En voulant la pousser plus loin, il la lâcha et elle disparut. La boule, après bien des difficultés, put être extraite par les voies naturelles.

Il n'en fut pas de même dans le second cas. L'homme qui fait le sujet de cette seconde observation s'introduisit dans le rectum deux petites boîtes. Il put bien en retirer une, mais l'autre disparut dans le gros intestin. Insuccès de toutes les tentatives pour la rattraper, laparotomie, pression directe sur le côlon descendant et on arrive à pousser la boîte, de haut en bas, jusqu'à l'anus où elle put être saisie.

Amputation de l'avant-bras, cinématisation du moignon. — M. Sieur fait un rapport sur une très intéressante observation de M. Coulot (de l'armée). Il s'agit d'un blessé de la guerre dont il fallut amputer l'avant-bras. M. Coulot, en pratiquant cette amputation, procéda à la cinématisation du moignon, opération qui consiste à isoler les uns des autres

les différents muscles et à en faire autant de moignons différents qui seront fixés à un appareil prothétique qui pourra, dans une certaine mesure, remplacer la main et permettre quelques usages de ce membre amputé. C'est là une chirurgie qui nous vient d'Italie et se pratique surtout à Bologne.

M. Tuffier a vu les opérés de Bologne. La cinématisation se fait plus particulièrement sur les muscles de l'avant-bras. Le rendement fonctionnel obtenu par ce procédé est bien faible. Il ne permet pas l'application d'appareils de force. En outre, le porteur de ces appareils n'a aucune sensibilité. Il ne peut se rendre compte de ce qu'il prend avec son appareil. En somme, c'est là une opération très intéressante mais dont les résultats sont insuffisants.

M. Rouvillois estime, comme M. Tuffier, que le résultat obtenu est insuffisant. Il a vu, à Bologne, un malheureux aveugle amputé des deux avant-bras, ayant subi cette opération et muni d'appareils prothétiques perfectionnés. Ces appareils lui rendaient quelques services et rendaient son sort moins pénible. Mais cela est évidemment insuffisant.

M. Lenormant fait observer, avec raison, que ce qui importe surtout, dans ces cas, c'est la valeur de la prothèse.

Tumeur de la face interne de la joue, curiethérapie. — M. Proust fait un rapport sur une observation adressée par MM. Revel et Auver.

Il s'agit, dans ce cas, d'une tumeur de la face interne de la joue dont malheureusement les auteurs n'ont pas fourni l'examen histologique, ce qui enlève beaucoup de valeur à l'observation.

Cette tumeur fut enlevée à plusieurs reprises, et, chaque fois, récidiva très rapidement. Cette tumeur était cliniquement désignée comme un épithélioma. Elle s'accompagnait de ganglions. Dans une troisième intervention, on se contenta de faire un trou dans la tumeur récidivée et d'y placer deux tubes de bromure de radium de 40 milligrammes chaque qui furent laissés en place pendant trente heures. Cette fois la tumeur disparut et ne se reproduisit pas. Il s'agissait bien vraisemblablsment d'un épithélioma, mais on n'en a pas la certitude scientifique.

Un radiographe très expérimenté a dit qu'aujourd'hui les chirurgiens n'avaient plus le droit d'opérer des épithéliomas de la muqueuse buccale ou linguale. M. Proust proteste contre cette assertion trop absolue. Il se peut, il est probable même, que la curiethérapie suffira dans le plus grand nombre de ces tumeurs épithéliales de la bouche ou de la langue. Mais il y a aussi bien des cas où la chirurgie reprend tous ses droits, soit avant, soit après la curiethérapie.

M. Lenormant a l'occasion d'observer souvent, à Saint-Louis, des cancers buccopharyngiens. Il s'est appliqué à les enlever aussi largement que possible, ainsi que les ganglions qui les accompagnent.

La fréquence et la rapidité des récidives lui a fait perdre un peu de son enthousiasme des premiers jours pour cette chirurgie. Aussi se propose-t-il de recourir au radium selon les bons avis de M. Proust.

M. Proust estime en effet que la curiethérapie lui semble surtout indiquée dans ces cancers buccaux, non seulement à cause de leur efficacité, mais aussi à cause de leur innocuité, car dans ces régions il n'y a craindre aucun accident du côté des parties voisines.

Il n'en est pas de même pour les cancers du col de l'utérus, par exemple, où le placement des tubes de radium peut entraîner des accidents de voisinage. C'est pourquoi pour les néoplasmes de l'utérus, M. Proust préfèrerait la rontgenthérapie à la curiethérapie.

Tumeur fibreuse de l'estomac. — M. Brun (d'Angers), présente une tumeur rare de l'estomac, enlevée chez un homme de cinquante-quatre ans, ayant constamment des hématémèses ou du mélœna, souffrant, maigrissant, au lait depuis près de deux ans, chez lequel la radioscopie avait permis de confirmer le diagnostic de tumeur de l'estomac. A l'examen histologique on a reconnu qu'il s'agissait d'un fibrome. MM. Lecène et Lenormant ont rapporté des faits analogues, mais dans lesquels il s'agissait de sarcomes.

Calculs biliaires, cholecystectomie, fistule biliaire, fistulo-duodénostomie. — M. Brun rapporte également l'observation suivante : homme de soixante-dix ans, passé hépatique, coliques hépatiques. ayant subi une cholecystectomie. Il est resté une fistule biliaire qu'aucun moyen n'est parvenu à fermer. M. Brun fit alors l'incision, pour aller à la recherche du cholédoque; il se trouva en présence d'adhérences et de masses ganglionnaires telles qu'il fut impossible de mobiliser et même d'atteindre le cholédoque. Après bien des tentatives infructueuses, le malade s'affaiblissant, M. Brun alla au plus pressé et se contenta d'introduire un tube intraduodénal, de refermer par dessus le tube, après s'être assuré que la bile passait bien ainsi dans l'intestin. Le malade guérit et élimina son tube par l'anus quinze jours après.

M. Duval fait observer que le procédé de drainage fistulo-duodénal a déjà été employé et a donné de très bons résultats.

MM. Savariaud, Tuffier et Quénu ont eu recours à ce procédé de fortune.

M. Quénu demande à M. Brun de faire connaître ultérieurement l'état de son malade.

M. Quénu cite aussi des cas dans lesquels on a cherché a remplacé le cholédoque par une artère.

Néoplasme intestinal, troubles d'obstruction. — M. Savariaud présente un malade qui est atteint d'un néoplasme du colon ascendant ayant déterminé des troubles d'obstruction intestinale. Il fit un anus cœcal et ultérieurement, une anastomose iléo-transverse qui lui permit de fermer ensuite l'anus cœcal.

Ablation d'une tumeur du cervelet. — M. de Martel. Un enfant de cinq ans, chez lequel il a pratiqué il y a quinze jours, l'ablation d'une tumeur occupant tout le côté droit du cervelet. Cet enfant n'a plus de cervelet droit. L'opération a été faite sous l'anesthésie locale. Elle a duré deux heures un quart.

M. Fredet présente un malade qui était atteint d'une fracture de Dupuytren. Réduction sanglante, sans ablation de l'astragale, ostéosynthèse. Beau résultat.

Corps étranger de l'intestin. — M. Veau rapporte l'observation d'un enfant de onze mois qui avait avalé une épingle à nourrice. La radiographie montrait l'épingle dans la portion ascendante du duodénum, M. Veau fit la laparotomie, eut beaucoup de peine, en raison de ganglions mésentériques à arriver sur le duodénum. Il sentit bien l'épingle, mais il craignait d'avoir beaucoup de difficultés pour refermer son duodénum s'il l'ouvrait. Il se contenta donc de mobiliser l'épingle, à travers l'intestin, et de la refouler le plus possible vers le jéjunum. L'enfant rendit l'épingle par l'anus quatre-vingts-trois jours après l'intervention.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 28 JANVIER 1922)

L'oscillographie double superposée, son champ d'information. — M. A. Mougeot décrit une technique adaptée chez l'homme à diverses recherches : contrôle automatique de l'exactitude de différentes méthodes de sphygmomanométrie clinique; étude des déformations morphologiques et dynamiques de la pulsation artérielle au niveau et en aval d'un rétrécissement artificiel, etc.

Le pouvoir lipolytique (lipodiérèse) du sang artériel et du sang veineux. — MM. H. Roger et Léon Binet ont montré antérieurement que le sang artériel et les tissus possèdent un pouvoir lipolytique. Les auteurs entendaient par cette expression, qu'ils font subir aux matières grasses une dislocation telle qu'elles perdent leur caractéristique et ne se retrouvent plus quand on fait le dosage par la méthode de Kumagawa. Il suffit d'ailleurs d'une simple extraction par le chloroforme ou par l'éther pour constater le phénomène. Le mot lipolyse semblait propre à exprimer les résultats obtenus et pouvait être mis en parallèle avec le mot glycolyse, qui s'applique à des transformations du même ordre. Mais une confusion a pu s'établir : « lipolyse » est déjà employé pour indiquer le dédoublement des graisses neutres et il est difficile de détourner un mot du sens qui lui est habituelle-

ment attribué. Voilà comment MM. H. Roger et Léon Binet sont conduits à proposer un terme nouveau, celui de « lipodiérèse » désignant non pas le dédoublement, mais la destruction des graisses.

La lipodiérèse apparaît nettement dans le sang artériel conservé pendant dix-huit heures à 38 degrés après adjonction de fluorure de sodium. La proportion des matières grasses diminue d'un tiers environ. Les résultats sont différents quand on opère avec du sang veineux recueilli dans le cœur droit, au moyen d'une sonde poussée par la veine jugulaire externe. La lipodiérèse est peu marquée ou même complètement nulle. On peut ainsi résumer les expériences en mettant en regard la moyenne des résultats donnés par l'analyse du sang artériel prélevé sur le même animal et placé dans les mêmes conditions : tous les dosages ont été faits par la méthode de Kumagawa.

	QUANTITÉ DE GRAISSE			
	Initiale.	Finale.	Perte.	Perte p. 100 gr. de graisse.
Sang artériel......	0,421	0,228	0,139	33
Sang veineux.....	0,510	0,495	0,015	3

On peut supposer que si le sang veineux agit peu sur les graisses, c'est qu'il ne contient pas assez d'oxygène. Cette explication est exacte, mais elle est incomplète. En faisant passer un courant d'air dans du sang veineux, la lipodiérèse augmente, mais elle reste bien inférieure à celle du sang artériel. Ainsi dans une expérience la teneur en graisse est tombée, dans les conditions de 0,450 à 0,375 ; le déficit a été de 0,075, soit 16 p. 100. Une expérience comparative a été faite avec le sang artériel du même animal, le chiffre initial était 0,400 ; après séjour à l'étuve et passage d'un courant d'air, il n'y avait plus que 0,110 de graisses, c'était une perte de 0,290, soit 72 p. 100.

Les différences étant trop marquées pour qu'on puisse les expliquer par une simple variation à l'oxygène, on est conduit à se demander si le poumon ne confère pas au sang qui le traverse, une propriété spéciale, facilitant cette destruction des graisses.

Glande thyroïde et anaphylaxie. — MM. Lanzenberg et Repinow, conduits par un ensemble de faits cliniques à considérer que la glande thyroïde devait jouer un rôle important dans les phénomènes de défense de l'organisme (immunité, anaphylaxie), ont institué une série de recherches dont ils donnent les premiers résultats :

1° Le choc anaphylactique ne se produit pas chez les animaux ayant subi l'éthyroïdation totale avant d'être sensibilisés

2° Il suffit de laisser en place un fragment de tissu thyroïdien pour que les animaux ne soient pas préservés contre le choc.

3° Quand l'éthyroïdation totale est pratiquée après l'éthyroïdation des animaux, ceux-ci ne sont pas davantage préservés et présentent le phénomène du choc comme les témoins.

(SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1922)

Sur la constitution d'une fraction de l'acide urique sanguin. — M. Ch.-O. Guillaumin montre que l'acide urique se présente dans le sang sous deux aspects différents qui ne sont pas séparables par les procédés jusqu'ici employés : l'acide urique libre d'une part, et d'autre part un acide urique combiné, probablement avec des fragments des nucléines. L'auteur indique la technique à employer pour séparer dans les dosages ces deux formes de l'acide urique sanguin.

Immunisation des Convoluta contre l'action du chlorure de potassium par des doses plus fortes que la dose rapidement mortelle. — Mme A. Drzewins et M. Georges Bohn. Quand les *Convoluta* sont isolées ou bien placées dans une grande masse d'eau, elles résistent beaucoup mieux à l'action destructive du chlorure de potassium que dans les conditions inverses (avec d'autres espèces et d'autres solutions, les auteurs ont par contre observé une diminution de la sensibilité avec l'augmentation de la masse des individus dans un volume d'eau donné). Cette auto-destruction s'accompagne de phénomènes d'agglutination rappelant ceux présentés par les bactéries. Mais il est possible d'immuniser les *Convoluta* contre une dose mortelle de KCl en les soumettant pendant quelques minutes à une dose vingt fois plus forte de ce sel.

Action de l'alcool benzylique sur la pression artérielle et la respiration. — MM. J. Jacobson et H. Laugier. L'injection, dans les veines du chien, d'une solution d'alcool benzylique étendu (3 p. 100) provoque une chute de la pression artérielle et une diminution de la fréquence respiratoire. La baisse de pression ne tient pas à une vasodilatation périphérique générale; elle se produit encore si l'injection est faite sur un chien à pneumogastrique sectionné : elle paraît tenir essentiellement à une vasodilatation dans le domaine des splanchniques, que l'on peut constater directement sans difficulté. Cette action n'est pas spéciale à l'alcool benzylique; l'alcool amylique produit les mêmes phénomènes de façon très nette; l'alcool éthylique le produit aussi mais de façon très atténuée et estompée.

L'acide urique libre et l'acide urique combiné des globules sanguins et du plasma. — MM. Mathieu-Pierre Weil et Ch. O. Guillaumin concluent de leurs recherches :

1° L'acide urique contenu dans le plasma y est presque exclusivement à l'état libre;

2° La plus grande partie de l'acide urique des globules est au contraire à l'état combiné;

3° L'acide urique libre est en plus grande quantité dans le plasma que dans les globules;

4° La presque totalité de l'acide urique combiné se trouve dans les globules;

5° L'acide urique libre du plasma et l'acide urique libre des globules varient de manière étroitement proportionnelle;

6° Le rapport $\frac{\text{acide urique combiné}}{\text{acide urique libre}}$ est par contre très variable : c'est que ces valeurs sont régies par les lois essentiellement différentes.

Diabète et acidose. — MM. A. Desgrez, H. Bierry et F. Rathery insistent sur l'importance qu'il y a à faire figurer dans la ration du diabétique les protéines, les corps gras et les graisses dans un rapport *déterminé*.

Partant de ce fait qu'ils ont antérieurement montré que chez le diabétique acidosique pendant le jeûne, les acides : cétonique et cétogène, ainsi que le glucose, passent dans l'urine en quantité *minima*, ils ont cherché à déterminer la *ration type*, comprenant des protéines, des matières grasses et des hydrates de carbone, en proportion telle que l'élimination du glucose et des acides : cétonique et cétogène soit sensiblement voisine de l'élimination du jeûne. Ils ont pu ainsi démontrer que chez ce type de diabétique ce qu'il importait avant tout, ce n'était pas tant de supprimer telle ou telle variété d'aliment mais, de la faire figurer dans la ration en proportion optima vis à vis des autres types

Chaque diabétique réagit à sa façon à l'ingestion des corps gras et la qualité du corps gras lui-même joue un rôle.

Enfin, l'élimination des acides cétonique et cétogène n'est presque jamais parallèle et c'est pure illusion de baser une étude de l'acidose sur la simple recherche des corps cétoniques (acétone et acide acétylacétique) en laissant de côté l'acide cétogène (acide β-oxybutyrique).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 13 JANVIER 1922)

A propos du traitement radiothérapique des prurits. — M. Zimmern insiste sur la surprenante action des rayons X sur les prurits et sur l'existence d'une origine paraspinale de certaines névrodermites. Dès 1912, il a traité des névralgies sciatiques par l'irradiation exclusive de la région d'émergence rachidienne des nerfs. Il a signalé avec ses collaborateurs Cottenot et Dariaux que la radiothérapie radiculaire s'appliquait non seulement à toutes les névralgies des nerfs rachidiens, mais encore à certaines névrodermites, les prurits en particulier. La dose de 5 H paraît élevée, les doses faibles 1 H 1/2, 2 H, paraissent donner des résultats supérieurs.

Compte rendu des travaux de l'année 1921. Notices nécrologiques, par M. BLONDIN; discours de M. GASTOU, président sortant; discours de M. P. GUILLON, président pour 1922.

Les erreurs biochimiques qui retardent les progrès de la diététique et de la séméiologie. — M. LEMATTE se demande si nous savons bien alimenter nos malades et si nous avons des notions exactes sur les terrains pathologiques. L'erreur vient de la division des tissus des aliments en albuminoïdes, hydrocarbones et minéraux. Peut-on citer un aliment azoté ou hydrocarboné privé de minéraux? Si l'on calcule la minéralisation du gramme d'azote de la viande, du lait et du pain ainsi que les calories correspondantes, on aura une classification vraiment scientifique.

A propos de l'anovarie. — M. GALLOIS propose de désigner sous le nom d'anovarie l'état des femmes qui ont subi l'ovariotomie. Les troubles mentaux consécutifs peuvent tenir soit à la suppression de la sécrétion interne de la glande, soit au choc moral produit par l'opération. Cet effet du choc moral est particulièrement à craindre chez les personnes ayant déjà un certain déséquilibre mental, chez les nosomanes, par exemple.

A propos de la syphilis gastrique. — M. PAUCHET pense qu'il faut toujours songer à la syphilis gastrique et tenter le traitement, à moins qu'il n'y ait des phénomènes mécaniques. Par contre, si le traitement médical est suivi de suspension des troubles gastriques, il ne faut pas conclure à la guérison; l'ulcus a pour caractères cliniques de procéder par poussées successives séparées par des périodes de calme pendant lesquelles l'ulcus continue à évoluer. Le traitement de l'ulcus gastrique sera la résection et non la gastroentérostomie, sauf chez les obèses, les azotémiques et les acidosiques. Le traitement de l'ulcus duodénal consiste au contraire en une simple gastroentérostomie qui donne 75 p. 100 de guérisons. Dans 25 p. 100 des cas, les troubles persistent, il faut pratiquer secondairement une duodénopylorectomie, opération d'une bénignité presque absolue.

Lipome de la région sous-inguinale avec adhérence à la branche ischio-pubienne. — M. PERAIRE signale l'intérêt de ce point d'implantation.

Tumeur de la face externe de la jambe gauche. — M. PERAIRE présente cette tumeur volumineuse prise pour un sarcome ayant évolué en quinze ans sans accident. Il s'agissait d'une tumeur artificielle à contenu paraffiné, développée chez un Russe désirant se soustraire dès 1907 au service militaire.

REVUE DES THÈSES

THÈSES DE MONTPELLIER (1921-1922)

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

M. Paul SAPPEY. **L'origine ovarienne de certaines hémorragies utérines** (8 nov. 1921, n° 1). — Les sécrétions internes des cellules lutéiniques ovariennes, tant du corps jaune, que de la thèque interne, sont le facteur essentiel de l'hémorragie menstruelle. Selon l'intensité de cette fonction glandulaire, liée au nombre et à la valeur secrétante des cellules lutéiniques, tous les degrés sont observés entre l'anémorrhée et l'hémorragie pathologique. Pour l'interprétation de cette valeur secrétante, l'aspect macroscopique des ovaires, kystiques ou non, est de nulle valeur. Seul l'examen histologique peut donner des renseignements précis.

M. Robert DENIS. **Contribution à l'étude des abcès pelvi-péritonitiques anti-utérins** (14 nov. 1921, n° 2). — Parmi les collections suppurées, nées de l'anse par périsigmoïdite et immobilisées par la réaction péritonéale à l'aide d'adhérences, on peut observer, quoique rarement, des suppurations du cul-de-sac vésico-utérin. Comme la traduction clinique est plutôt de nature à donner le change sur leur origine, le diagnostic étiologique n'est fait le plus souvent qu'à l'occasion de l'opération.

M. Fernand SALLES. **Considérations anatomo-cliniques et thérapeutiques sur les calculs vésicaux chez la femme** (26 nov. 1921, n° 3). — Plus rares que chez l'homme, ces calculs ont généralement pour point de départ un corps étranger introduit dans la vessie par l'urètre, ou, quelquefois, un fil ayant perforé la paroi vésicale. Une cystite intense peut en être la suite et créer des difficultés au point de vue thérapeutique. Outre le traitement médical qui ne prête à aucune considération particulière, divers procédés opératoires sont à envisager : la dilatation urétrale s'adresse aux petits calculs, mais elle est contre-indiquée, en raison de la vulnérabilité plus grande du canal chez les femmes trop jeunes ou trop âgées. La taille vit des contre-indications de la litotrhitie qui demeure la méthode de choix,

M. Germain FLAYOLS. **Considérations anatomiques sur un cas de tuberculose utéro-annexielle** (3 déc. 1921, n° 5). — Le plus souvent d'origine hématique, la tuberculose génitale peut relever aussi du mode ascendant. Tel paraît bien être le cas rapporté par l'auteur où les lésions histologiques allaient en décroissant de l'utérus aux annexes. Aussi les interventions conservatrices sont-elles exposées à être incomplètes; l'hystérectomie demeure l'opération de choix.

M. Paul ROUSTIT. **Contribution à l'étude de la cystoscopie dans les affections inflammatoires utéro-annexielles** (10 déc. 1921, n° 6). — Trop souvent négligé, ce mode d'exploration peut montrer, au cours des génitalites aiguës, des répercussions inflammatoires allant de la rougeur diffuse à la tuméfaction. Dans les annexites chroniques, des répercussions cicatricielles peuvent, par la présence de colonnes, amener la déformation vésicale.

M. Paul BORIE. **Contribution à l'étude pathogénique et thérapeutique de la môle hydatiforme** (22 déc. 1921, n° 16). — La dégénérescence kystique bilatérale des ovaires semble devoir être une des causes de la môle. Inversement, en présence d'une môle avec ovaires volumineux, la régression de ces organes doit être surveillée. Au cas de non régression ou d'augmentation de volume, l'hystérectomie sera pratiquée.

PAUL DELMAS.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA BRONCHITE GRIPPALE

Parfaitement tolérées gastriquement, les *perles Taphosote* apparaissent comme la médication de choix de la bronchite grippale : tandis que par leurs éléments tannique et créosoté elles modèrent les sécrétions, les fluidifient et les tarissent, leur acide phosphorique agit comme stimulant et comme modificateur direct, réveille la contractilité bronchique, lutte efficacement contre l'asthénie.

Elles empêchent aussi la bronchite grippale, si souvent tenace, de devenir subaiguë et de passer à la chronicité.

Enfin, on ne saurait trop souligner leur grande commodité d'emploi et leur rigoureuse posologie (0g25 de tanno-phosphate de créosote chimiquement pur par perle). Aux grippés, on prescrira le plus habituellement 5 *perles Taphosote* par jour, prises séparément, à intervalles réguliers.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La mécanique du cerveau et la fonction des lobes frontaux. par L. BIANCHI, professeur de psychiatrie à Naples. Traduit par les Drs André COLLIN et SANGUINETI. Préface du professeur Charles RICHET. In-8 raisin de 454 pages avec 62 figures dans le texte. Prix : 35 fr. — Paris, L. Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne.

Colloïdes, Micelles et Diastases. Leurs relations avec la vie, par A. SOULIER, pharmacien de 1re classe. 1 vol. in-8 carré. Prix : 8 fr. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Nº 13. — MARDI 14 & JEUDI 16 FÉV. 1922. 95e ANNÉE. MARDI 14 & JEUDI 16 FÉV. 1922. — Nº 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Séance du 10 février 1922. — *Epreuve supplémentaire.* — Questions données : « Signes et diagnostic du myxœdème spontané. — Contusions de l'intestin. »

MM. Leibovici, 19; Tierny, 18.

— Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1° *Internes titulaires.* — 1. MM. Leibovici, Tierny, Seillé, Bayle, Robin, Mounier, Ravina, Ameline, Péron, Surmont,

11. Bouttier, Lacomme, Lubin, Rimé, Pollet, Mlle Harmelin, MM. Bernard (Raymond), Berthon, Bidermann, Laquière,

21. Chauveau, Thévenard, Verger, Chabrut, Dauptain, Barreau, Kourilski, Lambling, Maleysson, Lafourcade-Cortina,

31. Raiga, Dossot, Alary, Mérat, Rachet, Corby, Castéran, Terris, Bouchard, Gournay,

41. Coudert, Aubry, Luton, Lebon, Mlle Ostwalt, MM. Derville, Couturier, Lemonnier, Valence, Breton,

51. Veil (Prosper), Le Rasle, Duchon, Risacher, Baranger (André), Lévy (Markus), Denoy, Favory, Bonnot, Le Clerc,

61. Baruk, Mme Bertrand-Fontaine, MM. Marchant, Baranger (J.), Desoubry, Oberthür, Isaac (Georges), Pérard, Mlle Pétot, MM. Lévy (Marcel),

71. Marceron, Engelhard, Louet, Machavoine.

2° *Internes provisoires.* — 1. MM. Blum (Gaston), Coffin, Laffitte, Lejard, Mayer, Fèvre, Bourdillon, Comet, Barret, Longchampt,

11. Thomas, Dollfus, Morlaas, Lévy (Maurice), Cocault-Duverger, Sabadini, Merklen, Lepaumier, Barbaro, Ackermann,

21. Decourt, Lefèvre (Bernard), Bartet, Marassi, Pareux, Pasquier, George, Billard, Iselin, Celice,

31. Digonnet, Blum (Jean), Carrega, Grenaudier, Bouthillier, David, Delage, Cahen, Biancani-Daveggio (Elie), Kaplan,

41. Mlle de Sèze, MM. Azerad, Meignant, Roullet, Mlle Wolff, MM. Breger, Ripert, Banzet, Bariéty, Lamy,

51. Ebrard, Olry, Kalt, Renard, Garnier, Valat, Pierrot, Férey, Maduro, Ducrohet,

61. Meyer-May, Garcin. Vanheuverswyn, Renault, Blondin, Lieutaud Fumery, Krivine, Hamburger, Froyez,

71. Martin (René), Ducuing, Largeau, Marty.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un concours en vue du recrutement de trois médecins spécialistes pour les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du Finistère aura lieu dans la deuxième quinzaine d'avril, au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

Les candidats doivent être âgés de 28 ans au moins et de 40 ans au plus, être pourvus du diplôme de docteur en médecine français.

Les appointements de début sont fixés à 18.000 fr., susceptibles d'augmentation de 1.000 fr. tous les deux ans.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à M. de Guébriant, président du Comité départemental d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse. Préfecture du Finistère, ou 63, avenue Iéna, à Paris.

UNE SÉANCE DE FILMS SCIENTIFIQUES. — Le Dr Gaston Doin, éditeur, donnera le dimanche 19 février, à 3 heures, au Cercle de la Librairie, 117, boulevard Saint-Germain, une séance des beaux films de sa collection.

Au programme : 1. Digestiou pancréatique; 2. Circulation du sang; 3. Hémolyse; 4. Phagocytose de l'hématozoaire du paludisme; 5. Division des œufs d'oursin; 6. Ligature d'une artère; 7. Désarticulation du coude; 8. Basiotripsie (Dr Wallich); 9. Hystérectomie élargie pour cancer du col (professeur J.-L. Faure); 10. Paralysie pseudo-lobulaire (Dr André Thomas); 11. Maladie de Thomsen (Dr André Thomas); 12. Réflexe pilo-moteur (Dr André Thomas); 13. Spirochète; 14. Trypanosome.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort des Drs Descoust père (de Paris); Auguste Martin, à Aubenas (Ardèche), et Alcide Treille, professeur honoraire à l'Ecole de médecine d'Alger.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

BAIL A LOYER

SOCIÉTÉ PROPRIÉTAIRE. NON-APPLICATION DE LA LOI DU 1er MARS 1921
LOCAUX LOUÉS A UN SYNDICAT. PROROGATION

On sait que la loi du 1er mars 1921 édicte que le maintien provisoire dans les lieux loués ne pourra être accordé au locataire lorsque le propriétaire fera la preuve qu'il va occuper réellement le local à titre d'habitation.

Cette loi s'applique-t-elle quand le propriétaire est une société ? La Cour de cassation a répondu négativement dans un arrêt du 12 décembre 1921. Cette question est toujours d'actualité puisque nous vivons sous un régime provisoire; ajoutons qu'il est probable que la disposition contenue dans la loi du 1er mars 1921 sera reproduite dans la loi définitive qui est en préparation.

« Attendu, dit la Cour suprême, que la loi du 1er mars 1921 accorde aux locataires de locaux d'habitation, et sous des conditions déterminées, la faculté de demander leur maintien provisoire dans les lieux loués pendant un délai de six mois à dater de l'expiration du terme en cours au moment de la décision à intervenir; qu'aux termes de l'article 2 de ladite loi, ces dispositions ne sont pas applicables au propriétaire qui prouvera qu'il va occuper réellement le local à titre d'habitation, par lui-même ou par ses ascendants ou descendants ou par les ascendants ou descendants de son conjoint;

Que le pourvoi reproche à la décision attaquée d'avoir cependant accordé la prorogation dont s'agit à un locataire de la société demanderesse; alors que cette société avait déclaré vouloir prendre possession de l'appartement litigieux pour l'occuper personnellement;

Mais attendu que l'idée d'habitation, impliquant nécessairement l'existence d'un être vivant qui habite, ne peut se concevoir quand il s'agit d'un être fictif comme une société; que les locaux où sont installés des services sociaux ne peuvent donc être considérés comme occupés réellement à titre d'habitation au sens de la loi du 1er mars 1921. »

La Société ne pouvant réclamer le bénéfice de cette loi ne pouvait donc pas obliger un de ses locataires à quitter les lieux. C'est ce qu'avait décidé une ordonnance de référé, contre laquelle la Société s'était pourvue en cassation.

La Cour de cassation a rendu un autre arrêt le 8 décembre 1921 qui intéresse tous les syndicats locataires, et notamment les syndicats médicaux. Un syndicat de choristes réclamait la prorogation d'une durée égale à celle de la guerre pour les locaux qu'elle occupait; la Cour suprême a décidé qu'il y avait droit parce que sa location était à usage professionnel.

« Attendu, d'une part, qu'en instituant la prorogation des baux de locaux à usage professionnel, l'article 56, paragraphe 1 de la loi du 9 mars 1918, n'a fait aucune distinction; d'où la conséquence *que le bénéfice de ses dispositions s'étend aux personnes morales comme aux personnes physiques*; qu'il faut, mais qu'il suffit que l'usage des lieux soit professionnel.

Attendu, d'autre part, qu'en vertu des articles 1er et suivants de la loi du 21 mars 1884, les syndicats professionnels ainsi que les unions de ces syndicats ont pour but l'étude et la défense des intérêts économiques, industriels, commerciaux de leurs membres, *ce qui leur confère par suite le caractère professionnel* : pourquoi ils sont autorisés à ester en justice pour la protection des intérêts de ses membres et à poursuivre de ce chef toutes sanctions utiles, notamment l'allocation de dommages-intérêts. »

Pour réclamer le bénéfice de la période quinquennale, le Syndicat dont il s'agit faisait valoir que les locaux du siège social servaient exclusivement à usage de bureaux administratifs pour la remise des cartes aux adhérents, à l'encaissement de leurs cotisations, au paiement de secours de chômage, à la réunion du Conseil syndical et de l'assemblée générale annuelle, ainsi qu'à divers concours professionnels. La location par lui faite, disait le Syndicat, se rattachait donc à l'activité professionnelle et à la protection de leurs intérêts professionnels. La Commission arbitrale avait refusé la prorogation.

La Cour de cassation a cassé cette décision en disant : « Attendu que pour rejeter les conclusions et pour décider que les locaux n'ont pas une destination professionnelle, la Commission arbitrale se fonde sur ce que les intérêts et avantages personnels aux membres de l'Union syndicale sont distincts de celle-ci qui ne saurait, dès lors, bénéficier de la prorogation qui leur compète à eux seuls, à titre individuel. — Qu'en statuant ainsi, la sentence attaquée a faussement appliqué et par suite violé les articles ci-dessus visés. »

Il est piquant de rapprocher les termes de ce second arrêt de ceux du premier où il est dit que l'habitation ne peut se concevoir quand il s'agit d'un être fictif comme une Société et suppose l'existence d'un être vivant qui habite.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CHRONIQUE

UN GRAND ÉVADÉ DE LA MÉDECINE : PAUL MOUNET

Un grand artiste, un grand tragédien vient de mourir qui, par son réel talent, par son haut sentiment de l'art, tenait une grande place au théâtre, bien que toute sa vie son grand amour fraternel le poussa à s'effacer devant son aîné, Mounet Sully.

N'oublions pas que Paul fut un évadé de la médecine. Il avait fait d'excellentes études et les avaient poussées jusqu'au doctorat. Mais ainsi que son frère, dont les débuts comme tragédien furent si brillants, il fut pris de la passion du théâtre et entra à l'Odéon ou nous fûmes témoin de ses premiers succès dans les rôles de Don Diègue, de Salluste, du vieil Horace, de Balthazar de l'*Arlésienne*, de Numa Roumestan, etc. Plein d'ardeur, de noblesse et de dignité, doué d'une voix grave et forte, moins complet, moins harmonieux que son frère, il avait su se faire une belle place à côté de lui. La dernière fois que nous l'entendions, c'était au théâtre des Annales où, en costume de ville, il donnait la réplique à son frère dans la première scène du *Misanthrope*. Mounet Sully était un Alceste plein de distinction et de noblesse, Paul Mounet avait su adoucir sa voix et son geste pour remplir le rôle de Philinte qui n'était pas précisément dans ses cordes.

Ce brave Paul ! partout où il a passé, dans ses études médicales, comme au Conservatoire, à l'Odéon, à la Comédie française, au Conservatoire comme professeur, il n'avait eu que des amis. Tout le monde l'aimait. Ses élèves l'adoraient.

Ainsi que nous le rappelait, l'an dernier, J.-L. Faure, dans son bel éloge de Pozzi, les frères Mounet qui étaient aussi de Bergerac, étaient liés avec le jeune chirurgien par une grande amitié.

Elles sont restées célèbres les soirées de Pozzi où Leconte de Lisle entendait réciter ses vers par les frères Mounet.

On nous a raconté que Paul Mounet ne s'était pas tout à fait désintéressé de la médecine, et qu'il se laissait volontiers consulter par des camarades. C'était pour lui, si bon, encore un moyen de rendre service.

Il nous a semblé qu'il n'était pas inopportun d'exprimer ici un sentiment de regret à l'égard d'un ancien confrère qui, emporté par une vocation irrésistible, a quitté la médecine pour se consacrer tout entier à l'art dramatique qu'il a hautement honoré, autant par son grand talent que par son beau caractère.

A. BROCHIN.

OPOTHÉRAPIE SÉRIQUE

ANÉMIES
CONVALESCENCES
DÉCHÉANCES ORGANIQUES



SÉRUM
HÉMOPOÏÉTIQUE FRAIS
de Cheval (Sirop)

Agent de Régénération Hématique,
de Leucopoïèse et de Phagocytose.

1 à 2 cuillerées à potage
à chaque repas.

Littérature, Échantillons : Laboratoires du "SPECTROL"
71, Avenue Victor-Emmanuel-III, 71 — PARIS (8e)



OPOTHÉRAPIE
HÉMATIQUE

Sirop de DESCHIENS
à l'Hémoglobine pure

REMPLACE VIANDE CRUE
et FER

employé par 30.000 Médecins du monde entier
Pour leurs malades
Pour leur famille
Pour eux-mêmes

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

DOSES : 1 cuillerée à soupe à chaque repas.

Dépôt Général : Laboratoires Deschiens, 9, Rue Paul-Baudry, Paris

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

SYPHILIGRAPHIE ET DERMATOLOGIE

Par Pierre GASTINEL

CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

I. SYPHILIS

SYPHILIS EXPÉRIMENTALE

La production de syphilis généralisée chez le lapin par inoculation locale. (Brown et Pearce. *Assoc. of amer. Phys.*, 4 et 5 mai 1920, in *Med. Record*, 14 août 1920, p. 288.) — Cent vingt-six lapins ont été inoculés de virus syphilitiques dans les testicules. Dans la majorité des cas, cette inoculation a donné lieu uniquement à des lésions locales : infiltration du testicule et du scrotum avec adénopathie satellite. Les lésions cutanées à distance ont été rares.

Cependant, le spirochète a été retrouvé dans le sang prélevé dans le cœur de sept à cent jours après l'inoculation. L'ablation du testicule, quarante-huit heures après l'inoculation, n'a pas empêché la production de l'infection générale. Enfin, l'infection syphilitique devient générale longtemps avant l'apparition des accidents secondaires, même celle des ganglions.

A propos de la syphilis généralisée du lapin. (G.-L. Colombo. *Giorn. ital. d. mallatt. vener. et d. pelle*, 23 août 1914, t. LV.) — Un lapin est inoculé dans la chambre antérieure de l'œil. Au bout de deux mois apparaît une orchite syphilitique sans que l'œil inoculé ait jamais paru malade. La généralisation a donc été obtenue sans production de syphilome primitif.

DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS

Sur la ponction des ganglions pour le diagnostic précoce de la syphilis initiale. (Tilling. *Dermat. Woch.*, 20 nov. 1920, n° 47, p. 947.) — L'auteur a trouvé des spirochètes dans le liquide provenant de la ponction ganglionnaire 26 fois sur 27 quand il s'agissait de chancre, 17 fois sur 28 pendant la période secondaire.

Souvent même le liquide ganglionnaire fournit des résultats qu'on ne pouvait plus demander au chancre (applications antérieures, etc.).

La méthode est utile à connaître.

Spirochètes dans les ganglions lymphatiques. (R. Frühwald. *Wiener klin. Woch.*, 1920, n° 46, p. 999.) — Au cours du chancre, l'auteur a trouvé 20 fois sur 24 des spirochètes dans le liquide ganglionnaire, il l'a trouvé 8 fois sur 18 sujets au début de la période secondaire, 7 fois sur 27 à une période plus avancée de la syphilis secondaire, jamais sur 4 cas de tertiarisme.

CLINIQUE

Syphilis crypto-carciniques à début ganglionnaire (syphilis à bubon d'emblée). (Ch. Audry et L. Chatelier. *Ann. de dermat. et de syphil.*, juillet 1921, t. II, n° 7, p. 305.) — Il existe des syphilis qui ne débutent que par un chancre macroscopique :

1° Les unes sont consécutives à une inoculation sanguine primitive (expérimentation, congénitalité, syphilis par piqûres);

2° D'autres, hypothétiques, sont peut-être consécutives à une résorption spirochétique effectuée au niveau et à la faveur d'une autre infection initiale;

3° D'autres enfin, de beaucoup les plus fréquentes et les plus réelles, succèdent à des chancres microscopiques imperceptibles.

Ces syphilis cryptocarciniques sont moins rares qu'on ne le croit, et parmi elles il est une variété caractérisée par l'intensité de la réaction ganglionnaire satellite : syphilis à bubon d'emblée.

De l'ictère syphilitique anté-roséolique et des manifestations cliniques de la syphilis avant la roséole. (Chatellier et Bonneterre. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1921, n° 4, p. 165.) — L'ictère de la période exanthématique de la syphilis a été longuement décrit par les anciens auteurs quand la jaunisse survenait avant la roséole, et était rapporté à une cause surajoutée.

Cependant, en 1894, Lasch publia une observation où l'ictère fut presque contemporain du chancre. De Beurmann, en 1910, relata un cas d'ictère hémolytique avant la roséole. Milian a récemment rapporté trois faits de chancre syphilitique avec jaunisse. Les auteurs en font connaître un cas personnel.

L'extrême précocité de l'ictère préroséolique, survenu avant toute médication, permet d'écarter les ictères toxiques dus aux arsenobenzols.

Le foie n'est d'ailleurs pas le seul organe dont l'atteinte se traduise cliniquement à une période aussi précoce. On connaît les altérations du liquide céphalo-rachidien survenant peu après le chancre. Il est d'autres manifestations de la syphilis dans la période dite de seconde incubation. Notons les observations de rash préroséolique, celles de néphrites antéroséoliques et de méningites apparaissant dans les mêmes conditions.

A côté de ces méningites, il convient de placer la paralysie faciale qui suit de près le chancre. Qu'il s'agisse de névrite périphérique ou de compression dans l'aqueduc de Fallope par périostite précoce, la paralysie faciale guérit rapidement par le traitement spécifique.

Récemment, Nicolau (de Bucarest) attirait l'attention sur l'extrême précocité de l'inégalité pupillaire associée ou non à la lymphocytose céphalo-rachidienne dans la syphilis primaire.

Enfin, la préroséolique peut encore être marquée par des périostites, des arthrites mono ou poly-articulaires, des phlébites. L'oreille interne est souvent frappée dès le début de la syphilis. La lésion peut atteindre le nerf auditif seul ou être associée à des lésions des autres nerfs craniens.

Chaillous a publié deux cas de choroïdite et de chorio-rétinite dans les premières semaines du chancre, avant toute manifestation cutanée à muqueuse.

L'intérêt de ces faits est de bien établir que, dès l'apparition du chancre, l'envahissement de l'organisme est réalisé; la généralisation viscérale de la syphilis est précoce, elle peut être dépistée par une série de manifestations qui n'attendent pas la roséole pour se produire.

Un cas de sidération unguéale. (G. Thibierge. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 1920, n° 8, p. 292.) — L'auteur présente la curieuse observation d'un malade syphilitique depuis deux ans dont tous les ongles ont pris une coloration jaunâtre rappelant celle de l'ambre. Leur convexité est légèrement augmentée, la croissance des ongles est totalement enrayée. Ces modifications ont été remarquées par le malade à peu près au début de sa syphilis.

L'auteur a déjà observé plusieurs cas semblables : chez un malade dont il a pu suivre l'observation, tous les ongles sont successivement tombés puis ont repoussé normaux. La cause de cet état est inconnue. Bien que deux des malades de Thibierge aient été des syphilitiques, pour les autres cas l'origine spécifique ne pouvait être invoquée.

PARALYSIE GÉNÉRALE

Le syndrome humoral et la paralysie générale. Son application à l'étude des paralysies générales. (J. Haguenau. *Th. de Paris*, 1920.) — Le syndrome humoral de la para-

lysie générale est d'importance capitale puisque l'absence de l'élément le plus important de ce syndrome, la réaction de Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien, doit faire rejeter le diagnostic de paralysie générale. Cette réaction est, en effet, toujours positive dans le liquide et elle y est irréductible par les procédés thérapeutiques actuels, à l'inverse de la réaction Bordet-Wassermann du sang susceptible d'être réduite.

La réaction Bordet-Wassermann du liquide s'accompagne toujours d'hyperalbuminose rachidienne et d'hypercytose, également irréductible.

L'auteur étudie longuement la réaction à l'or colloïdal qui a une constance et une spécificité remarquables au cours de la paralysie générale.

Haguenau discute ensuite les observations de paralysie générale prolongée et qui ne devraient pas rentrer dans ce cadre.

Contrairement à l'évolution de la paralysie générale progressive qui ne connaît que des rémissions de courte durée, ces observations comportent l'amélioration des signes psychiques et physiques ainsi que la régression des signes humoraux.

L'auteur conclut « qu'en pratique une maladie qui présente une évolution prolongée (plus de dix ans) n'est pas une paralysie générale ».

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS

LES ARSENOBENZOLS
LES ICTÈRES AU COURS DU TRAITEMENT

Quand faut-il commencer le traitement de la syphilis? (G. Thibierge. *Journ. des praticiens*, 18 juin 1921.) — Il est bien établi aujourd'hui qu'il y a obligation stricte pour le médecin de commencer le traitement de la syphilis le plus près possible du début du chancre. Pour cela, il faut assurer de suite le diagnostic par tous les moyens nécessaires.

Ce n'est que lorsque ce diagnostic est formellement établi que l'on doit commencer le traitement. L'étiquette de syphilitique est trop lourde à porter pour qu'elle ne soit donnée qu'à bon escient. Il faut s'élever contre l'opinion quelquefois émise que le traitement antisyphilitique servira de pierre de touche au diagnostic d'un chancre suspect. Si ce raisonnement est vrai pour les accidents tertiaires, il est radicalement faux et dangereux pour l'accident primitif qui tend à guérir spontanément. D'autre part, le traitement fait avant la confirmation peut rendre impossible le diagnostic sérologique ultérieur et ainsi seront créés les catégories de malades qui ne sauront jamais s'ils ont eu ou non la vérole. On conçoit les conséquences morales d'une telle situation. Pour tous ces motifs Thibierge s'élève contre la pratique de certains qui, en présence de chancre mou et dans l'hypothèse de chancre mixte font d'emblée un traitement à l'arsenobenzol.

Enfin, l'auteur envisage la question du traitement préventif de la syphilis pratiqué chez des sujets ayant eu des contacts suspects. L'idée repose sur des recherches expérimentales, mais elle mène à des excès faciles à prévoir. Toutefois, le traitement préventif peut dans des cas rares répondre à des indications précises (inoculation professionnelle du corps médical, rapport sexuel) avec un sujet portant des lésions syphilitiques contagieuses. Pour que ce traitement préventif soit légitimé, il faut que la source de contagion soit reconnue syphilitique et non pas seulement soupçonnée telle; il faut que l'inoculation soit réalisée ou tout au moins très vraisemblable. Il faut enfin que cette inoculation soit récente.

En résumé, il faut commencer le traitement de la syphilis au moment précis où le diagnostic du chancre syphilitique est posé, ni plus tard, ni plus tôt.

Faut-il traiter la femme enceinte d'un syphilitique. (Carle. *Ann. de dermat. et syphil.*, 1921, n° 1, p. 23). — Il est de tradition classique de traiter toute femme qui conçoit d'un syphilitique. Si cette méthode a l'avantage de pouvoir traiter ainsi des syphilis féminines méconnues, il faut reconnaître que le principe en est discutable.

Carle, dont ont connaît les antérieures publications à cet égard, s'élève contre la pratique de ce traitement appliqué dans tous les cas : il semble, en effet, de plus en plus démontré :

1° Que sous l'influence des traitements intensifs, précoces et réguliers, les accidents secondaires contagieux n'apparaissent pas ou sont réduits à une durée de quelques jours.

2° Que la syphilis conceptionnelle n'existe pas, la femme contractant la maladie par les procédés habituels et non point par l'intermédiaire du fœtus et du placenta.

La nécessité du traitement systématique de la femme enceinte découlait de la longue durée des accidents contagieux dans les syphilis soignées par les procédés anciens et de la théorie de la syphilis conceptionnelle.

Aujourd'hui, le traitement systématique ne peut plus être de mise ; il faut, par les examens cliniques et biologiques, savoir si la femme, enceinte d'un syphilitique, est elle-même syphilitique.

Si on ne découvre rien en dehors de la syphilis du procréateur, il convient de laisser évoluer la grossesse sans la moindre médication.

Si, au contraire, les examens cliniques et sérologiques de la femme enceinte, laisse persister le moindre doute il faut instituer un traitement vigoureux et prolongé.

Entre ces deux alternatives du tout ou rien il ne doit pas y avoir place pour la médication anodine réalisée par la distribution systématique de pilules ou de sirop de Gibert, d'ailleurs insuffisant pour arrêter, chez une femme enceinte, les effets d'une syphilis en évolution.

Injections intrarachidiennes de novarsenobenzol dans le traitement de la syphilis nerveuse. (P. Ravaut, Arbeit et Rabeau. *Paris méd.*, 23 nov. 1920, n° 46, p. 353.) — Les auteurs rapportent huit cas de syphilis nerveuse qui ont été traités par des injections intrarachidiennes de novarsenobenzol. Ils utilisent une solution titrée de telle sorte qu'une goutte contienne 1 milligramme de novarsenobenzol. Le liquide céphalo-rachidien aspiré dans une seringue en verre à 20 centimètres cubes est mélangé avec la quantité de médicament qu'on désire inoculer et il est réinjecté très lentement dans la cavité sous arachnoïdienne. Les doses injectées sont de 4 à 6 milligrammes de novarsenobenzol répétées tous les quinze jours jusqu'à total de six à dix injections. Au traitement intrarachidien est toujours associé le traitement extra-rachidien arsenical et mercuriel. Les graphiques publiés montrent que l'amélioration clinique (sauf par la parafine générale) est accompagnée de l'évacuation favorable de l'albuminorrachie de la réaction cytologique et de la réaction de Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien.

Note à propos des injections intraveineuses de formine (urotropine) dans le traitement de la syphilis. (Pomaret et Thinh. *Ann. de dermat. et de syphil.*, juillet 1921, n° 7.).

Un cas de syphilis secondaire traité par les injections intraveineuses d'urotropine. (Paul Ravaut et H. Rabeau. *Ann. de dermat. et de syphil.*, juillet 1921, n° 7.)

Des observations rapportées dans ces deux notes, il ressort nettement que le traitement de la syphilis par les injections intraveineuses d'urotropine, que M. Demitresco (de Bucarest) considère comme un nouveau médicament antisyphilitique, ne confirme pas les espérances fondées sur son emploi. Il n'y a pas lieu de retenir ce corps dans la thérapeutique de la syphilis.

Contribution à l'étude des arsenobenzolides. Pemphigus foliacé d'origine arsenobenzolique. (J. Nicolas et G. Massia. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1921, n° 4, p. 145.) — Les auteurs rapportent trois observations d'un type très rare d'accidents cutanés consécutifs à l'administration d'arsenobenzol, il s'agit de pemphigus foliacé, il se développe rapidement après un certain nombre d'injections, et débute de douze à seize jours après la dernière. Il a une évolution bien moins longue et a un pronostic bien plus favorable par le pemphigus foliacé habituel. Sa durée est de un à deux mois d'ordinaire.

La pathogénie de cette forme d'accidents est inconnue. Peut-être survient-elle chez des sujets à foie insuffisant, la peau réagissant alors pour fixer l'arsenic et l'éliminer.

Le traitement est avant tout prophylactique. Il faut surveiller au cours du traitement, l'apparition d'érythèmes plus ou moins marqués, de lésions eczématiformes des plis, etc. Leur apparition sert de signal d'alarme et doit faire cesser le

Psychiatrie du médecin praticien, par Dide et Guiraud. 1 vol., 408 pages, 8 planches hors texte. — Paris, Masson et Cie.

traitement arsenical sous peine de voir se produire les graves lésions du pemphigus foliacé.

Etudes de quelques facteurs de toxicité de l'arsenobenzol. (R. Hunt. *The journ. of the Amer. med. assoc.*, t. LXXVI, n° 13, 26 mars 1921.) — L'auteur distingue trois sortes de causes de toxicité des solutions d'arsenobenzols :

1° Toxicité due à la présence d'arsenoxyde. On peut déceler la présence de ce corps même en très faibles proportions par les symptômes que produit l'infection chez le rat : convulsion, agitation, respiration irrégulière, exophtalmie. Quand la toxicité d'une solution d'arsenobenzol est due à la présence d'arsenoxyde, on note que cette toxicité diminue immédiatement si on traite la solution arsenobenzolique par l'hydrosulfite de soude.

La longue exposition des arsenobenzols à l'air peut amener la formation d'arsenoxyde.

2° Toxicité dû à un état physique spécial de la solution d'arsenobenzol. Certains faits semblent prouver que la chaleur atténue la toxicité des solutions, au contraire le froid conserve pendant une longue période cette toxicité.

Elle se traduit par des symptômes analogues à ceux de l'anaphylaxie.

3° Toxicité due à d'autres corps que l'arsenoxyde présents accidentellement dans l'arsenobenzol. Dans ces cas la toxicité n'est déterminée ni par l'hydrosulfite de soude, ni par le chauffage. Le poison n'est pas précisé. On a incriminé l'arsenic inorganique, des composés arsenieux soufrés, des polyarsénides. L'auteur ne croit pas que ces substances soient en cause.

Influence des exanthèmes arsenicaux sur l'évolution de la syphilis. (Buschke et W. Freymann. *Berl. Klin. Wochens.*, 11 avril 1921, n° 15.) — Les auteurs estiment que les exanthèmes graves consécutifs au traitement par les arsenobenzols ont une influence heureuse sur l'évolution de la syphilis. Ils rapportent dix observations des dermites graves post-arsenicale de type généralement scarlatiniforme exfoliant. Malgré le peu de durée et la faible intensité de traitement spécifique, ces malades n'ont plus eu de manifestation syphilitique et, sauf un, ont une réaction de Wassermann négative. Mais il faut remarquer que les malades n'ont été observés, pour la plupart au moins, que pendant un laps de temps peu prolongé. Les auteurs cherchent à expliquer le fait et se demandent si la dermite arsenicale épuise momentanément les facultés de réaction de la peau ou bien si elle provoque une modification cutanée d'effet équivalant à une immunité spécifique.

Sur un cas de syndrome de Raynaud avec gangrène d'origine novarsenobenzolique. (J. Nicolas, G. Massia et D. Dupasquier. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1921, n° 5, p. 193.) — Les auteurs présentent l'observation d'un homme de vingt-huit ans atteint d'une syphilis douteuse datant de quatre ans. On lui pratique des injections de novarsenobenzol à la dose de 0,15, 0,15, et 0,30. Trois ou quatre jours après la première injection il ressentit des fourmillements dans les doigts de la main droite et il remarqua que leurs extrémités bleuissaient légèrement. Les injections furent néanmoins continuées. Les phénomènes s'aggravèrent rapidement et au bout de quinze jours les doigts de la main gauche se prirent ainsi que les oreilles. Un syndrome de Raynaud se constitua et évolua jusqu'à la gangrène des extrémités digitales.

Symptômes méningés au cours du traitement par l'arsenobenzol dans la syphilis récente. (E. Jaffé. *Munch. Med. Wochens.*, t. LXVIII, n° 15, 15 avril 1921.) — Au cours du traitement arsenical, pendant les premiers stades de la syphilis des accidents nerveux peuvent apparaître dont l'interprétation soulève de grandes difficultés.

Tantôt il peut s'agir d'une neuro-récidive dont il faudra épier les moindres symptômes prémonitoires qui doivent faire diminuer les doses d'arsenobenzol tout en continuant la thérapeutique.

Tantôt il peut s'agir d'une réaction spirillo-toxique (réaction d'Herscheimer) liée à la destruction des spirochètes infestant l'encéphale. Elle se produit peu après l'injection chez des malades présentant antérieurement quelques symptômes de réaction nerveuse accompagnés d'altération du liquide céphalo-rachidien. Dès que la réaction diminue d'intensité il faut reprendre le traitement mais à doses très faibles répétées très longtemps.

Tantôt enfin on peut avoir affaire à une réaction arseno toxique cérébrale, elle ne se déclare d'ordinaire qu'après plusieurs jours de latence et survient chez des sujets dont le système nerveux paraît indemne. Il faut interrompre chez ces malades le traitement arsenical, mais au bout de quelques semaines, six à huit, l'hypersensibilité médicamenteuse est éteinte et l'on peut reprendre le traitement à doses progressives et à intervalles éloignés.

L'ensemble de ces faits montre combien il est impossible de schématiser le traitement de la syphilis précoce par le 606.

La question des ictères chez les syphilitiques traités par des injections intraveineuses des nouveaux composés arsenicaux. (L. Brocq. *Bull. méd.*, 16 et 19 mars 1921, n° 12, p. 235.) — La fréquence des ictères depuis l'emploi des arsenobenzols est chose connue. On sait aussi que les opinions sont partagées quant à leur pathogénie; certains considèrent ces ictères comme de nature syphilitique tandis que pour d'autres ils relèvent de l'action toxique du médicament sur le foie.

Les faits doivent être dissociés :

I. Dans certains cas, l'ictère disparaît par la continuation du traitement arsenobenzolique, et il est survenu tardivement après la dernière injection intraveineuse. Il n'est pas vraisemblable d'admettre dans cette éventualité une origine directement toxique du médicament.

II. Dans d'autres cas, l'ictère survient au cours même d'une série d'injections et il guérit par la suppression de la médication. Il est logique d'admettre dans cette éventualité l'action directe du médicament sur le foie.

L'auteur note, d'autre part, que les ictères sont rares chez les malades traités uniquement par le mercure et qu'ils ne se produisent pas chez les sujets soignés par des injections sous-cutanées d'arsenobenzol. Aussi Brocq pense-t-il que l'introduction dans le torrent circulatoire du novarsenobenzol peut agir doublement sur le foie : d'une part, il détermine des accidents toxiques se traduisant par l'ictère et guérissant par la suspension du médicament; d'autre part, le novarsenobenzol semble inférioriser le foie, facilitant le développement d'accidents syphilitiques sur cet organe. Dès lors, l'administration nouvelle d'arsenobenzol amène la disparition des accidents hépatiques qui sont bien de nature syphilitique mais qui ne se sont développés que parce que le foie était sensibilisé. Cette hypothèse permet de comprendre pourquoi les injections sous-cutanées de novarsenobenzol ne s'accompagnent pas d'accidents hépatiques puisque l'action directe de ce sel sur le foie est supprimé.

En faveur de cette hypothèse, Brocq fait remarquer que certaines analyses chimiques ont décelé des troubles des fonctions hépatiques chez les malades traités par les produits arsenicaux. Ces troubles légers peuvent être des amorces à des lésions plus graves pour la suite.

En résumé, directement ou indirectement, l'action toxique du novarsenobenzol en injections intraveineuses est le grand facteur pathogénique des ictères si souvent observés aujourd'hui.

La crise nitritoïde. (Milian. *Ann. des mal. vénér.*, janv. 1921.)

Le traitement préventif et curatif de la crise nitritoïde. (G. Milian. *Presse méd.*, 13 août 1921, n° 65, p. 643.)

La prophylaxie de la crise nitritoïde doit d'abord être réalisée par la technique de l'injection de novarsenobenzol. A ce point de vue, Milian condamne la méthode des injections concentrées et préconise, au contraire, l'emploi des solutions diluées à raison de 1 centigramme de 914 pour 1 centimètre cube de *sérum physiologique* et non d'*eau distillée*. Cette solution est injectée, non pas à la seringue, mais à la *gaveuse* avec une *aiguille de calibre moyen* qui permet de modérer la vitesse de l'écoulement. Enfin, une pince placée sur le tube de caoutchouc peut arrêter à tous moments de l'injection la pénétration du liquide dans l'organisme. Avec ce dispositif, on réalise facilement l'injection fractionnée dont la durée totale atteint dix minutes.

La dose qui produit la crise nitritoïde est variable suivant les sujets. Une première série bien supportée ne garantit pas

qu'il y aura tolérance parfaite à la seconde, aussi faut-il refaire la progression des doses comme la première fois.

Le malade a une part aussi grande, si non plus que le produit, dans la genèse des accidents nitritoïques.

Les humeurs acides y prédisposent en favorisant la production tissulaire du para-606. Milian conseille le régime alcalin : eau de Vichy. Les *troubles de la tension artérielle* prédisposent aussi considérablement aux crises. Il en est de même du *basedowisme*, fut-il fruste, et de l'*insuffisance surrénale*. Il faut avoir pareille défiance vis-à-vis des *hypotoniques*. Enfin, les *tabétiques* et les *paralytiques généraux* sont également prédisposés à la crise congestive.

Le malade, avant l'injection, doit éviter tout surmenage; il est dangereux de la pratiquer chez le sujet qui vient la recevoir après une course précipitée.

La fréquence de la crise nitritoïde dépend beaucoup de la variété d'arsenobenzol employé. Les variétés chimiques *in vitro* et son métabolisme *in corpore* amènent la production de produits intermédiaires appelés par Milian *para-606*, éminemment générateurs de crises congestives.

Le sel acide 606 employé pur doit être rejeté de la thérapeutique; il produit des crises nitritoïdes, même dilué à 1/500 dans 80 p. 100 des cas. Le sel diodique ou arsenobenzol traité par la soude, 606 alcalinisé, doit être employé avec un excès de soude sous peine de crise.

Le novarsenobenzol est rarement cause des crises nitritoïdes. Mais si le produit est altéré il est aussi dangereux que le sel monosodique. Se méfier de toute fêlure du tube. L'altération est parfois reconnaissable à la couleur brun rougeâtre de la poudre ou à l'opalescence même légère de la solution. Le rejet d'un tel produit doit être absolu.

Il semble bien qu'il existe des *lots de 914 nitritoïdogènes*. Aussi est-il prudent de toujours noter la dose et le numéro des séries employées.

Quand la crise est déclarée, il faut agir vite et il faut agir dès que le pouls s'accélère et que les conjonctives s'injectent.

Le pouls de la crise est rapide, inégal et petit; le malade éprouve des sensations anormales (picotements dans la langue, les lèvres, le front, les membres, etc.). Dès les premiers symptômes, il faut agir immédiatement. Pour cela on ne saurait trop recommander aux médecins d'avoir toujours prêt le matériel nécessaire, c'est-à-dire une *seringue bouillie* et montée, des *ampoules d'adrénaline* en solution à 1/1.000 et de *sérum physiologique*. Aussitôt il faut injecter dans les muscles et dans la fesse 1 milligramme et demi d'adrénaline. Puis on remplit la seringue venant de servir avec 3 ou 4 centimètres cubes de sérum physiologique de façon à rincer les parois; on a ainsi une solution contenant environ 1/10 de milligramme d'adrénaline que l'on *injecte doucement* et par fraction dans les *veines*. Cette injection peut provoquer une forte céphalée, mais elle ressuscite, en un clin d'œil, le sujet. S'il y a tendance à la rechute, on renouvelle les injections intramusculaire et intraveineuse.

HÉRÉDOSYPHILIS

Le traitement de l'hérédosyphilis. (P. PERNET. *Bull. méd.*, 22 et 25 juin 1921, n° 26.). — Quand l'enfant est né de parents syphilitiques depuis longtemps ou longuement traités et quand il ne présente aucun accident, le traitement préventif suffit sous forme d'administration par la bouche de liqueur de van Swieten ou de solution de lactate de mercure.

Quand l'enfant présente des lésions il faut avoir recours au traitement arsenical qui donne des résultats avec une très grande rapidité. L'enfant supporte aisément l'arsenobenzol qui peut être employé, soit en injections sous-cutanées, soit en injections intraveineuses dans la veine jugulaire externe ou dans les veines épicraniennes. Le traitement comprend plusieurs séries de six à dix injections hebdomadaires séparées par des périodes de six à huit semaines. Les doses sont progressives, les premières injections se font à raison de moins de 1 centigramme par kilogramme de poids.

Le traitement d'entretien est réalisé par l'emploi de la médication mercurielle sous forme de frictions, d'ingestions de benzoate ou de cyanure.

L'usage du mercure est très bien observé chez les enfants qui ne présentent que rarement de la salivation du trouble digestif.

Enfin, quand l'hérédo-syphilitique présente des stigmates dystrophiques, il faut avoir recours au traitement opothérapique. Les extraits glandulaires sont administrés suivant la dystrophie la plus marquée, mais il faut se rappeler que, le plus souvent, un syndrome pluriglandulaire est en cause. C'est dès lors une opothérapie associée qui doit être appliquée.

Hérédosyphilis tardive du larynx. (F.-J. COLLET. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 juillet 1921, t. II, n° 37.) — Les manifestations de l'hérédosyphilis tardive du larynx peuvent apparaître à partir de la septième année.

Le principal symptôme est la *dyspnée*; aussi l'affection est souvent confondue avec le croup.

Anatomiquement, elle revêt les formes suivantes :

1° Infiltration gommeuse limitée atteignant la bande ventriculaire et la corde vocale correspondante et aboutissant à l'ulcération;

2° Infiltration étendue à type hyperplasique et pouvant déterminer un rétrécissement sous-glottique ;

3° Formes pharyngo-laryngées avec coexistence de lésions vélopalatines;

4° Formes diffuses dont l'infiltration massive peut simuler le sarcome du larynx. Au stade cicatriciel les lésions observées sont, le plus souvent, les encoches épiglottiques, les adhérences du bord latéral de l'épiglotte, la synéchie des cordes vocales à leur partie antérieure réalisant une glotte palmée.

Le diagnostic facilité par la coexistence de stigmates d'hérédosyphilis est cependant fort malaisé à la période d'infiltration : il faut distinguer le lupus primitif et les malformations laryngées congénitales.

Affection grave, l'hérédosyphilis tardive du larynx nécessite souvent la trachéotomie. Elle est très rebelle au traitement spécifique même intensif.

La thérapeutique chirurgicale est seule de mise à la période cicatricielle.

ÉTUDE SOCIALE

Enquête sur la syphilis de la femme mariée. (Louise-Luce DANTIN. *Th. de Paris*, 1921, 87 pages; Arnette, édit.) — Ouvrage écrit très finement, envisageant la délicate question de la syphilis chez la femme mariée à un point de vue médico-social des plus intéressants.

Après avoir montré l'augmentation du nombre des femmes mariées syphilitiques depuis la guerre, l'auteur recherche les causes de cette recrudescence. Elle paraît coïncider avec l'affaiblissement des « craintes et du dégoût » que la vérole inspirait autrefois, et surtout avec la diminution du sens social de l'individu. Mlle L. Dantin consacre des pages très pensées au rôle des causes morales dont le médecin doit être le premier à proclamer l'importance dans la véritable prophylaxie de la syphilis.

II. DERMATOLOGIE

KÉRATOSE ET ICHTHYOSE

Sur l'hyperkératose diffuse congénitale. (J. COLAY. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1921, n° 3, p. 97.) — Travail très intéressant à propos d'une observation d'ichtyose fœtale ou mieux d'hyperkératose diffuse congénitale notée chez un bébé dont trois frères ou sœurs étaient déjà morts dans les mêmes conditions.

Un point très particulier de ces cas est que les enfants naissaient avec des lésions d'hyperkératose chaque fois que la mère, cédant à des envies de sel de cuisine, en avait consommé de fortes quantités en dehors des repas pendant sa grossesse. Quand au contraire elle n'en avait pas absorbé, l'enfant naissait sain et elle eut ainsi trois enfants normaux.

A propos de ces faits, l'auteur étudie les bases de la discrimination de l'ichtyose vulgaire et de l'hyperkératose congénitale. Certains dermatologistes considèrent qu'il s'agit là seulement de deux variétés d'une seule et même affection entre lesquelles les ichtyoses atypiques représenteraient des faits de passage. Contrairement à cette opinion, le plus grand nombre des auteurs actuels établissent une distinction essentielle entre les deux formes.

Suivant l'intensité des symptômes, l'hyperkératose diffuse peut se présenter sous trois aspects : le kératome malin diffus

congénital, l'érythrodermie congénitale ichtyosiforme de Brocq qui est une forme compatible avec la vie et la desquamation lamelleuse des nouveau-nés décrite par Grass et Török répondant à l'ichtyose lamellaire de Carini et à la superdesquamatio membranacea de Brauns. En réalité, on peut se demander si cette desquamation lamelleuse des nouveau-nés doit être considérée comme une hyperkératose congénitale de type spécial bénin et passager ou si elle doit en être distinguée.

L'auteur de l'article se rallie à la première opinion.

Quant aux rapports de l'hyperkératose congénitale avec l'ichtyose vulgaire, il semble bien ressortir que ces deux types ne peuvent être considérés comme de simples degrés d'une seule et même infection. La localisation des lésions est bien différente. La surface d'extension des membres est de préférence atteinte dans l'ichtyose vulgaire qui respecte les plis articulaires, les parties génitales, le cou, la face, les régions palmaires et plantaires.

Dans l'hyperkératose congénitale tout le segment est atteint, y compris la face avec majoration des lésions au niveau des plis. D'autre part, alors que dans l'ichtyose vraie la peau est sèche et que les sécrétions sont diminuées, on note l'inverse dans l'hyperkératose. Enfin, tandis que dans l'ichtyose les poils subissent des processus atrophiques et les ongles deviennent secs et cassants, dans l'hyperkératose les phanères poussent avec grande rapidité.

Au point de vue évolutif, les deux affections sont dissemblables : l'hyperkératose congénitale existe à la naissance et entraîne la mort dans les cas intenses, l'ichtyose au contraire n'est apparente qu'après le deuxième mois et même plus tard. Enfin, l'ichtyose est héréditaire, contrairement à l'hyperkératose qui semble frapper accidentellement l'individu dans sa vie intra-utérine. Elle semble donc être une maladie de la peau et son origine doit être recherchée dans les infections ou intoxications maternelles pendant la grossesse. A ce point de vue, l'auteur émet l'hypothèse que l'abus du chlorure de sodium absorbé par la mère de l'enfant kératosique pendant la gestation puisse jouer un rôle important.

Il y a peut-être lieu de retenir, en effet, l'action nocive sur les fonctions rénales de la mère et sur le revêtement cutané fœtal par l'intermédiaire du liquide amniotique dont les conditions osmotiques sont modifiées.

C'est là une hypothèse intéressante qui mérite, comme le demande l'auteur, d'être envisagée à nouveau sans idée préconçue.

Sur l'ichtyose fœtale. (G. Thibierge et Pierre Legrain. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1921, n° 7, juillet, nos 8-9, août-sept.) — Dans ce mémoire, les auteurs rapportent quatre cas d'hyperkératoses généralisées congénitales dont deux furent déjà publiées en 1898 sous le nom d'ichtyose fœtale. Ces quatre observations présentent de nombreux caractères analogues et réalisent un type clinique bien caractérisé. G. Thibierge et Pierre Legrain insistent particulièrement sur l'hyperkératose généralisée avec maximum au niveau des plis articulaires et qui revêt un type particulier à chaque région (verruciforme au niveau des plis avec disposition linéaire parallèle à ces plis, quadrillage rectangulaire au niveau de l'abdomen, aspect dit peau de crocodile au niveau des fesses), sur l'importance de la kératodermie et de l'hyperhidrose, sur l'absence de toute hérédité similaire, sur la constatation des lésions dès la naissance, sur les malformations congénitales (surtout paupières et oreilles), sur le rôle tout à fait accessoire de l'érythrodermie malgré le nom d'érythrodermie congénitale ichtyosiforme donnée par Brocq à l'ichtyose fœtale, sur la pousse rapide des cheveux et des ongles (Vidal, Brocq). Dans deux cas, on a voulu incriminer la syphilis des parents.

L'ichtyose fœtale est donc absolument distincte de l'ichtyose vulgaire. Certains auteurs, particulièrement Lenglet, ont voulu réaliser une synthèse de toutes les kératoses congénitales et réunir celles-ci les unes aux autres grâce à des faits de passage.

Si intéressante que soit cette tentative, elle est encore actuellement prématurée; aucune observation précise ne permet de trouver une filiation entre le kératome malin diffus congénital, la desquamation lamelleuse du nouveau-né et l'ichtyose fœtale, le type Thibierge-Giovanni doit être mis à part et se montre d'une extrême rareté (deux observations), et rien ne permet d'apparenter les hyperkératoses généralisées et les hyperkératoses localisées (maladie de Méléda). Mieux vaut, à l'heure actuelle, édifier des types très nets, identiques dans une série d'observations, comme c'est le cas pour l'ichtyose fœtale et qui serviront de jalons indiscutables pour l'avenir, que d'émietter des types homogènes par une analyse trop poussée.

CANCERS

Mode de début des cancers de la peau et de la bouche. Comment éviter ces cancers? (J. Darier. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 avril 1921.) — Un cancer à son début est un mal purement local. Il commence par une lésion d'apparence bénigne. A ce stade, le cancer est facilement curable par ablation ou destruction totale.

Il est donc indispensable de bien connaître le mode de début des cancers de la peau et de la bouche.

I. Cancer de la peau. — Les épithéliomes cutanés peuvent être rangés en trois catégories : 1° l'épithéliome spinocellulaire; 2° l'épithéliome baso-cellulaire; 3° l'épithéliome nævique. Ces trois types se distinguent par leur mode de début; par l'âge des sujets qui en sont atteints, par leur apparence clinique, par leur évolution, par leur structure histologique et par leur thérapeutique.

1° *Epithéliome spinocellulaire* (encore appelé épithéliome pavimenteux lobulé à globes épidermiques ou malpighiens typiques, ou cancer épidermoïde). Il est le plus redoutable des cancers de la peau. Il débute sous l'une des trois apparences suivantes : *verrucosité, corne cutanée, acrochoride,* c'est-à-dire production pédiculée filiforme. Il faut exciser aussitôt en totalité la néoformation naissante ; il ne faut pas recourir aux rayons X ou au radium, cette thérapeutique est même dangereuse pour tout épithélium spino-cellulaire, fût-il naissant.

2° L'épithéliome baso-cellulaire (encore appelé épithéliome tubulé, ou malpighien atypique) est un cancer cutané moins immédiatement franc que le précédent. Il répond au type des cancers de la face chez le vieillard. On peut noter quatre modes de début : par transformation de la *kératose sénile*; par l'apparition de *perles épithéliomateuses*; par une *élevure rosée*, hémisphérique, demi-molle, vaguement translucide; par une *érosion* plane, arrondie, résistant à tous les toxiques.

Dans le type d'épithéliome baso-cellulaire, c'est la radiothérapie ou la radiumthérapie qui constituent les méthodes thérapeutiques de choix.

3° L'*épithélium nævo-cellulaire* (ou nævo-carcinome) se développe aux dépens d'un nævus pigmenté ou non. Dès qu'un nævus se met à grossir et s'entoure d'une aréole rouge, le danger est imminent. Le meilleur traitement est l'*électrolyse*.

II. Cancer de la bouche. — Surtout fréquent aux lèvres et à la langue, histologiquement il s'agit, dans la grande majorité des cas, de cancers *spino-cellulaires*, et généralement ils se développent sur une base de leucoplasie syphilitique.

Le prélude à la transformation maligne est représenté par l'état *leucoplasique verruqueux*. La plaque jusque-là lisse et plane se hérisse de saillies acuminées et cornées. Parfois elle s'entoure d'un bourrelet et s'élève en forme de *pastille dure* ou de disque à surface villeuse. Enfin, quelquefois, la plaque leucoplasique peut présenter une *crevasse* persistante.

Le traitement chirurgical immédiat est de rigueur, toute temporisation doit être proscrite ainsi qu'un traitement antisyphilitique d'épreuve qui ferait perdre un temps précieux.

En dehors de la leucoplasie, l'épithéliome spino-cellulaire de la bouche peut provenir d'une affection chronique décrite par Darier sous le nom d'*épithéliome papillaire nu*, et par Queyrat sous le nom d'*érythroplasie*. C'est une plaque bien limitée, veloutée, rouge vif. L'épithéliome baso-cellulaire de la bouche se rencontre surtout sur le rebord des lèvres. Il y débute sous les mêmes aspects que sur la peau, et il est justiciable du même traitement par les rayons X ou par le radium que l'épithéliome baso-cellulaire cutané.

Ulcération épithéliomateuse des goudronneurs. (O'Donavan. *Brit. Journ. of dermat. and syph.*, juillet 1920, p. 215; août-sept. 1920, p. 245.) — L'auteur fait une étude très complète des épithéliomas survenant chez les ouvriers travaillant

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Pierre Marie, Sainton, Ribierre (accepte), Babonneix (accepte), Vaquez (accepte), Garnier, Lortat-Jacob (accepte), Milian, Laffitte, Legry, Léri, Teissier.

HOPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-ETIENNE. — L'administration des hospices civils de Saint-Etienne fait savoir qu'un concours sur titres, pour la nomination d'un dentiste des hospices, aura lieu le samedi 4 mars 1922, à 14 heures, à l'hôpital de Bellevue, devant la Commission administrative, assistée d'un jury scientifique.

Les candidats devront se faire inscrire avant le mercredi 1er mars, à midi, au secrétariat général des hospices, rue Badouillère, 15 *bis*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — PRIX SALLE (200 fr. de livres délivré à un externe de la Charité). — Le prix vient d'être décerné à M. Jacques Madeleine.

HOPITAL FRANÇAIS DE LONDRES. — A Londres, dans trois semaines, sera disponible un poste de médecin résident à l'Hôpital français. Minimum de séjour : un an ; grade de docteur en médecine indispensable.

Avantages : logement, nourriture, chauffage, éclairage et une indemnité en espèces d'un total annuel de 5.650 fr. au cours du change actuel.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Robert Pierret, 7 *bis*, rue Raynouard. Tél. : Auteuil 03-33.

ÉCOLE DE PUÉRICULTURE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (directeur : M. le prof. : PINARD). — ENSEIGNEMENT DONNANT LIEU A L'ATTRIBUTION DU DIPLÔME DE PUÉRICULTURE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS. — Cet enseignement est destiné aux étudiants en médecine en fin de scolarité et aux docteurs en médecine français et étrangers. Seront admis :

1° Les étudiants et médecins justifiant de trois périodes de stage dans les services suivants :

Trois mois dans un service d'accouchement ; quatre mois dans un service de première enfance ; quatre mois dans un service de deuxième enfance.

2° Les étudiants et docteurs en médecine dont les titres auront été jugés équivalents par la Commission de l'enseignement de l'École de puériculture avant la session d'examen.

Les candidats devront suivre l'enseignement de l'Ecole de puériculture et justifier par un certificat de leur assiduité aux cours.

L'enseignement aura lieu à l'Ecole de puériculture et comprendra :

1° Un stage dans les dispensaires de l'Ecole de puériculture ;

2° Quatorze leçons et démonstrations ;

3° Douze visites à des œuvres de protection maternelle et infantile.

Les cours auront lieu de 5 à 6 heures.

Visites : 1° Ecole de puériculture ; 2° refuge-ouvroir de l'allaitement maternel ; 3° maison-maternelle nationale de Saint-Maurice ; 4° crèche Laënnec ; 5° hospice dépositaire des Enfants-Assistés ; 6° pouponnière de l'hôpital-école d'Auteuil ; 7° crèche-garderie Furtado-Heine ; 8° cantine maternelle du 15e ; 9° groupe scolaire ; 10° préventorium de Plessis-Robinson ; 11° placement familial de nourrissons de Mandres (Argonne-association) ; 12° office public d'hygiène sociale du département de la Seine.

Diplôme universitaire de puériculture. — Le diplôme universitaire de puériculture sera attribué après examen probatoire.

Les épreuves comporteront : 1° des épreuves pratiques ; 2° des interrogations sur la puériculture avant et après la naissance ; 3° l'examen des titres des candidats.

Droit d'inscription : 100 fr.

Durée du cours : du 26 juin au 13 juillet.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Weill-Hallé, secrétaire général de l'Ecole de puériculture, 64, rue Desnouettes.

LA SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE se réunira à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis, amphithéâtre du service de l'admission, le lundi 20 février courant, à 3 heures très précises.

RÉAPPARITION D'UN JOURNAL MÉDICAL. — Nous sommes heureux d'apprendre que notre ancien confrère *La Clinique*, après une longue interruption causée par la guerre, vient de faire sa réapparition sous la forme nouvelle d'une revue mensuelle, entièrement composée d'articles pratiques et abondamment illustrée de dessins et de photographies prises sur le vif.

Toutes nos bien sincères félicitations à notre excellent confrère.

NÉCROLOGIE. — Le département de la santé publique de Mexico annonce la mort du Dr Howard B. Cross de la Fondation Rockefeller, qui a succombé à Vera-Cruz le 26 décembre 1921, à la fièvre jaune contractée dans l'accomplissement du devoir professionnel.

NOTES DE PRATIQUE

CHORÉE DE SYDENHAM

Traitement causal (songer à la syphilis).

Instituer la cure mixte d'arsenic et de vanadium par la Vanadarsine : x gouttes par jour données en deux doses avant les deux principaux repas. Augmenter cette dose de II gouttes par jour jusqu'au total de x gouttes. On continue vingt jours, on interrompt dix jours et l'on reprend.

Pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale.

GALIPPE

C'est avec un profond regret que nous apprenons la mort, à soixante-quinze ans, de notre vieux camarade Galippe.

Nous l'avons connu alors que, tout jeune, il venait aux séances de l'Académie de médecine, comme attaché à la rédaction de la *Gazette hebdomadaire*. En sortant, nous faisons route ensemble, et, mon père, qu'il tenait en grande estime, appréciait sa vive intelligence, sa tournure d'esprit originale, ses idées parfois un peu paradoxales, ses critiques souvent un peu mordantes.

Nous le retrouvâmes, plus tard, à la Société de biologie dont il était membre. C'est là qu'il fit sa campagne célèbre, en faveur des sels de cuivre dont il démontra la non toxicité. Il eut quelque peine à convaincre ses collègues de la Société de biologie, mais il insista, il revint souvent à la charge et finit par imposer son opinion qui, aujourd'hui, fait foi en médecine légale.

Fils d'un pharmacien, Galippe fut, tour à tour, pharmacien, journaliste, stomatologiste, naturaliste, biologiste. Dans chacune de ces branches de la médecine, il laissa des traces de son passage. C'était un grand travailleur et un grand curieux de science. Il fut d'abord préparateur d'histoire naturelle, chef de laboratoire à l'Ecole des hautes études. Comme journaliste, après son passage dans la *Gazette hebdomadaire*, alors dirigée par Dechambre, il collabora, avec Cornil, à la rédaction du *Journal des connaissances médicales*. Tout en conservant ces diverses fonctions, il se lança, un beau jour, dans la spécialité et acquit rapidement, comme stomatologiste, une grande réputation et il eut une grosse clientèle ; s'inspirant des idées de son maître Magitot, il s'appliqua à relever cette spécialité et à la porter au niveau des autres.

Nommé en 1902, membre de l'Académie de médecine, dans la section des Associés libres, il prit part à de nombreuses discussions, il eut même à soutenir une lutte assez vive, en niant l'origine syphilitique de certaines malformations dentaires, jusque-là uiversellement reconnues.

La discussion fut même si vive, un jour, entre le président Hayem et lui, qu'il quitta la tribune et n'y parut plus pendant un certain temps.

Citons aussi ses intéressantes recherches sur l'hérédité des anomalies dentaires et sur l'hérédité des stigmates de dégénérescence dans les familles régnantes.

Ses derniers travaux, qu'il présenta à l'Académie des sciences, étaient empreints d'une grande originalité. Il avait découvert que certains microorganismes, vivant dans des pierres, des papyrus, ayant résisté à l'action du temps, remontaient à une époque fort ancienne. Il publia enfin un volume sur la vie de la matière qui eut un certain retentissement.

Travailleur assidu, chercheur infatigable, d'un caractère très indépendant, d'une parfaite honorabilité scientifique, Galippe était aussi un artiste, grand amateur de la belle nature, qu'il allait souvent admirer sur la Côte d'Azur où il possédait une villa.

Nous le voyons encore apparaître à l'Académie avec sa grande stature, ses longs cheveux tombant sur ses épaules, sa barbe en pointe, sa mise plutôt négligée, son aspect un peu bohème, son expression spirituelle et quelque peu moqueuse. Au fond, c'était un brave cœur, une belle intelligence et un esprit vraiment scientifique.

Il laisse un fils, médecin à Cannes, auquel nous adressons nos douloureuses sympathies. A. BROCHIN.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude de l'isobromyl [α-monobromisovalérylurée] (1), par le docteur André CHAMPION.

Un hypnotique parfait doit remplir plusieurs conditions : il doit, en premier lieu, être complètement inoffensif pour l'organisme, et en particulier pour les organes d'absorption et d'élimination. Il doit encore rester sans effet sur les échanges respiratoires, sur la pression artérielle, procurer un sommeil normal et rapide, sans accoutumance et surtout ne laisser au réveil aucune sensation de lourdeur ni de malaise. L'isobromyl (2) ou α-monobromisovalérylurée, satisfait à ces desiderata du praticien. Sa toxicité est très faible, puisqu'elle avoisine 1 gramme par kilo d'animal. En outre, bien que produit de synthèse, l'isobromyl s'apparente étroitement à des principes actifs naturels, dont on a masqué la toxicité par des dosages ou des combinaisons chimiques appropriés.

La base de l'isobromyl est en effet l'acide valérianique, auquel la racine de valériane doit son activité et dont les propriétés antispasmodiques et calmantes sont bien connues.

A cet acide sont combinés, d'une part le brome, élément sédatif par excellence, et d'autre part l'urée, composé existant normalement dans l'organisme humain qui joint à une action élective sur certaines cellules nerveuses, l'avantage précieux d'être éliminé sans dommage par l'émonctoire rénal.

Cette composition judicieusement établie par des expériences physiologiques nombreuses permet d'affirmer que les produits de désintégration de l'isobromyl sont absolument dénués de toxicité et que son ingestion ne détermine aucune fatigue de l'estomac ni du rein. On pourra donc le prescrire même en cas de lésion rénale, qualité éminemment précieuse.

De nombreuses observations publiées dans la littérature internationale et des observations personnelles recueillies par l'auteur dans divers services hospitaliers de Paris montrent que l'isobromyl est susceptible d'être administré à tous les malades sans exception, y compris les enfants et les vieillards, sans que l'on ait à craindre ni accident, ni accoutumance.

La dose moyenne pour produire un sommeil tranquille, auquel succède sans interruption le sommeil naturel, est de 0g50 à 0g60, pris le soir dans une infusion tiède. L'action hypnotique se manifeste rapidement et survient par étapes progressives sans aucune sensation pénible.

(1) *Thèse de Paris*, 1921, 50 p., Jouve et Cie.

(2) L'*Isobromyl* est préparé par les Laboratoires Clin.

REVUE GÉNÉRALE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PULMONAIRES

Par le Dr DE VERNEJOUL,
Chirurgien des hôpitaux de Marseille.

Nous désignerons sous le nom de *suppurations pulmonaires* toutes les suppurations nées aux dépens :

Soit du parenchyme pulmonaire;

Soit des bronches intrapulmonaires;

Soit des ganglions du hile dont quelques-uns sont situés en plein poumon, à 3 ou 4 centimètres du hile;

Soit, enfin, aux dépens de la plèvre interlobaire, collection de pus enkystée entre deux lobes pulmonaires.

Division du sujet. — Le diagnostic précis des suppurations pulmonaires a une importance capitale, car c'est de lui que dépendra l'orientation du traitement : certaines suppurations commandent l'intervention chirurgicale, d'autres, au contraire, la contre-indiquant formellement.

Cliniquement, les malades atteints de suppurations pulmonaires se présentent sous deux aspects très différents :

1° Les uns sont atteints de suppurations qui se développent sans évacuation de pus à l'extérieur;

2° Les autres sont des malades qui crachent du pus; le foyer de suppuration est ouvert à l'extérieur; l'affection dont ils sont atteints est caractérisée par l'existence d'une expectoration purulente et muco-purulente.

Nous basant sur cette distinction clinique, nous étudierons successivement le diagnostic :

1° *Des suppurations pulmonaires fermées*;

2° *Des suppurations pulmonaires ouvertes.*

Au cours de l'étude de chacun de ces grands groupes, nous diviserons les suppurations pulmonaires suivant leur évolution en *suppurations aiguës ou chroniques* et suivant leur siège en *suppurations circonscrites ou diffuses*.

I. **Suppurations fermées.** — 1° **Diagnostic positif.** — Nous disposons de trois moyens de diagnostic importants pour affirmer l'existence d'une suppuration pulmonaire :

La percussion et l'auscultation;

La ponction exploratrice;

L'examen radioscopique.

Ces signes permettront de porter le diagnostic de l'existence du foyer et d'en localiser le siège; nous verrons ensuite les différents symptômes qui nous aideront à connaître la nature de la maladie.

Les signes fournis par la *percussion et l'auscultation* restent un des meilleurs moyens qui nous permettent de localiser le foyer.

Ils auront toute leur netteté et toute leur valeur surtout dans les parties supérieures du poumon, là où les cavernes sont béantes; au contraire, les cavernes de la base, aplaties par les côtes et par l'ascension du diaphragme, se manifesteront par des signes beaucoup moins précis.

Lorsqu'ils existent, les signes cavitaires ne donnent pas une certitude absolue au point de vue du siège de la lésion; la condensation du parenchyme au voisinage peut les propager jusqu'en un point plus ou moins éloigné. Tuffier a particulièrement attiré l'attention sur ce fait et admet que le maximum des signes sthétoscopiques siège en général au-dessous de la lésion, qu'ils conduisent donc à « viser trop bas ». Delbet croit que le fait est exact pour les cavernes siégeant au-dessous du hile, qu'au contraire, au-dessus du hile, les bruits d'auscultation sont perçus plus haut que la lésion, qu'en somme les signes stéthoscopiques conduisent à « viser excentriquement ». C'est surtout lorsque le foyer est profondément situé dans l'épaisseur du poumon que les résultats de l'auscultation sont trompeurs.

La *ponction exploratrice*, très utile au cours de l'opération pour vérifier le siège du foyer, est souvent incertaine lorsqu'on l'emploie comme moyen de diagnostic : l'aiguille peut, en effet, passer à côté d'un foyer trop petit ou trop profond; le pus peut être trop épais.

Pour éviter ces causes d'échec, il faudra pratiquer cette ponction toutes les fois que ce sera possible, sous le contrôle de l'examen radioscopique.

La ponction exploratrice offre, d'autre part, certains dangers : l'aiguille peut infecter les plans qu'elle traverse au moment où on la retire; on a signalé des pleurésies purulentes, des phlegmons de la paroi après une ponction exploratrice dans des cas de gangrène.

Dutor admet que les résultats de la ponction sont infidèles dans 22 p. 100 des cas.

L'*examen radiologique* a une importance capitale, car « il permet de dépister des foyers latents, de préciser les caractères de ceux que l'auscultation a déjà décelés ou de confirmer l'absence de tout foyer de condensation lorsqu'on est en présence d'un état purement bronchitique » (Paillard).

On aura, tantôt l'existence d'une poche gazeuse au-dessus d'une ombre horizontale mobile (ce signe permet d'affirmer l'existence d'une collection), tantôt une ombre diffuse qui ne permet pas de différencier une condensation pulmonaire d'une collection.

S'il y a discordance entre les signes stéthoscopiques et les signes radioscopiques, il faudra, comme le conseille Tuffier, s'en rapporter à l'écran.

Des *troubles fonctionnels*, plus ou moins intenses, accompagnent ces signes physiques : dyspnée, toux, douleurs intrathoraciques, fièvre.

2° **Diagnostic de la nature.** — Quelles sont les affections susceptibles de produire une suppuration pulmonaire fermée et quels sont les signes qui nous permettront d'en reconnaître la nature?

A. ABCÈS DU POUMON. — Dupré fait remarquer « la longue tolérance du parenchyme pour l'abcès qui reste une lésion silencieuse tant qu'il ne touche pas à l'enveloppe séreuse de l'organe (plèvre) et qu'il respecte les gros tractus fonctionnels qui en émanent (bronches) ».

Et, en effet, la présence d'un abcès du poumon se traduira surtout par les signes d'infection de la plèvre ou par l'apparition d'une vomique.

C'est surtout l'interrogatoire du malade, l'histoire de ses antécédents qui permettront d'établir le diagnostic d'abcès du poumon avant la vomique. En effet, les abcès du poumon ne sont jamais primitifs; ils sont toujours, soit une complication, soit une métastase.

Le plus grand nombre des abcès du poumon sont *consécutifs à une pneumonie*. La suppuration du foyer pneumonique se manifeste sous deux formes, d'une fréquence inégale : la suppuration diffuse, infiltration purulente, et la suppuration collectée, enkystée, le véritable abcès du poumon.

Nous ne dirons qu'un mot de la suppuration diffuse pneumonique, elle n'offre aucun intérêt chirurgical : c'est l'hépatisation grise. Elle survient à la fin de l'évolution d'une pneumonie dont la défervescence ne se fait pas.

Les abcès du poumon, au contraire, ne surviennent presque jamais au cours de la pneumonie, mais presque toujours pendant la convalescence : ce sont les abcès méta-pneumoniques. Ils représentent à eux seuls la moitié des cas d'abcès du poumon de la statistique de Tuffier. Mais c'est une complication rare de la pneumonie : 11 fois sur 750 pneumonies.

C'est en général un abcès solitaire et volumineux qui siège à la périphérie plutôt qu'au centre du poumon. Il n'est pas rare au sommet.

Les *abcès métastatiques* sont plus rares ; ils ont pour cause une embolie septique et s'observent dans le cours des infections puerpérales, de la pyohémie, de l'endocardite infectieuse : au point où s'arrête l'embolie se forme un nodule inflammatoire, puis un abcès autour duquel se constituent des lésions de pneumonie catarrhale. Ces abcès sont petits, miliaires, disséminés. D'autres fois l'embolie est formée d'un fragment détaché d'un caillot veineux de phlébite septique ou bien encore provenant d'une endocardite infectieuse végétante du cœur droit : on a alors un abcès volumineux, le plus souvent unique.

Les *corps étrangers des bronches* donnent assez souvent naissance à des abcès à contenu fétide et gangréneux, siégeant d'ordinaire à droite et dans le lobe inférieur, là où s'arrêtent habituellement les corps étrangers. Ces abcès sont centraux et ne s'accompagnent pas d'adhérences pleurales.

Les *plaies du poumon*, surtout les plaies par armes à feu, s'accompagnent souvent d'abcès; ces abcès ont pris une importance spéciale par leur fréquence chez les blessés de guerre.

Les *abcès migrateurs ou perforants* sont beaucoup plus rares ; ils succèdent à l'envahissement du poumon par une suppuration de voisinage : empyème, abcès du foie, abcès sous-phrénique, phlegmon péri-rénal, etc. L'abcès, unique et volumineux, siège à la périphérie du poumon et communique par un trajet fistuleux avec le foyer primitif.

B. Kyste hydatique suppuré du poumon. — Le plus souvent, le kyste hydatique est diagnostiqué avant qu'il ne soit infecté. Il se révèle par des troubles fonctionnels : dyspnée, toux sèche, douleur en général peu vive, hémoptysies fréquentes mais très modérées, par des signes physiques de toute collection intrathoracique, voussure thoracique, diminution ou abolition des vibrations thoraciques et du murmure vésiculaire, matité absolue.

L'examen radiologique du thorax montrera une tâche sombre, centrale, régulièrement arrondie, à limites nettes et fixes, se détachant sur la clarté du champ pulmonaire.

Si le kyste s'infecte à l'occasion d'une grippe ou d'une maladie générale quelconque, tous les symptômes s'aggravent : la dyspnée et la toux augmentent, les hémoptysies sont plus fréquentes, la fièvre apparaît ; les signes stéthoscopiques persistent ; il s'y ajoute des frottements pleuraux et quelques râles muqueux ou sous-crépitants tout autour du kyste.

On aura, enfin, recours aux examens de laboratoire : réaction de Weinberg, éosinophilie, etc.

C. Gangrène pulmonaire. — Les symptômes révélateurs de la gangrène pulmonaire, ceux qui indiquent l'élimination de l'escarre et la formation d'une caverne, apparaissent au moment de l'ouverture du foyer sphacélé dans une bronche.

Avant ce moment, dans sa période de foyer sphacélé fermé, la gangrène pulmonaire présente tout d'abord une période de prodromes variables avec les causes qui la provoquent. Dans la majorité des cas, le processus gangréneux se greffe sur un poumon antérieurement malade : rare dans la pneumonie, plus fréquente dans les broncho-pneumonies et dans les inflammations chroniques, bronchite chronique, dilatation des bronches.

D'autres fois, les germes septiques atteignent un poumon jusque-là normal : plaie de poitrine, perforation de l'œsophage, corps étrangers des voies aériennes.

La gangrène pulmonaire peut être diffuse, à foyers multiples; mais la forme la plus fréquente, la forme réellement chirurgicale est la gangrène circonscrite à foyers uniques ou peu nombreux. Elle est plus fréquente à la base qu'au sommet, en arrière qu'en avant, à droite qu'à gauche.

A la période de foyers de gangrène non ouverts dans les bronches, l'affection se caractérise par des signes généraux : fièvre, frissons, point de côté violent, toux, dyspnée très vive, et par des signes physiques peu marqués et qui frappent par la disproportion qu'il y a entre leur faible extension et la gravité des symptômes généraux ou fonctionnels : submatité légère, peu étendue, diminution du murmure vésiculaire; quelquefois gros râles crépitants, plus humides et plus inégaux que ceux de la pneumonie.

D. Abcès interlobaire. — Dans la première phase de son évolution (période de pus enkysté sans vomiques), l'interlobité suppurée se caractérise par :

Des signes fonctionnels : toux quinteuse et pénible, douleur, dyspnée souvent intense, expectoration nulle ou à peu près.

Des signes généraux : fièvre jamais continue, toujours oscillante, à oscillations plus ou moins régulières (fièvre de suppuration). Pouls accéléré, vibrant; urines fébriles, diminuées, parfois albumineuses.

Des signes physiques qui ne s'imposent pas ; il faut les chercher : on trouve l'existence d'un foyer limité avec : vibrations tantôt exagérées, tantôt diminuées; matité suspendue entre deux zones de sonorité, râles humides inégaux; souffle tubaire ou zone silencieuse entourée d'une couronne ou d'un croissant de râles. Ni souffle pleural, ni égophonie, ni pectoriloquie aphone. L'espace de Traube est sonore.

L'examen à l'écran montre une ombre suspendue plus ou moins large et à bords flous. La ponction exploratrice sera faite, autant que possible, sous le contrôle de la radioscopie.

Si la pleurésie interlobaire n'est pas reconnue à temps, elle évolue comme un abcès et tend à s'ouvrir dans les bronches; nous arrivons ainsi à la deuxième période de l'affection, à la période de suppuration ouverte.

E. Adéno-phlegmon hilaire. (Voir : Jean. *Presse méd.*, 1919. — On trouve à leur origine une lésion dans le territoire des lymphatiques afférents, foyer d'infection pulmonaire ou pleurale, le plus souvent pneumococcique.

Les ganglions du hile, disséminés dans les intervalles des troncs vasculaires, sont à l'état normal, souvent enchâssés dans le parenchyme pulmonaire et il est évident qu'une infection sérieuse créera facilement de la péri-adénite, puis des abcès de parenchyme avoisinant.

Ces adéno-phlegmons hilaires se caractérisent par : de la dyspnée, une toux sèche, quinteuse, des douleurs thoraciques : point de côté vers la pointe scapulaire.

Les vibrations sont peu ou pas modifiées. A l'auscultation, on perçoit un souffle bronchique assez lointain, dû à la compression de la bronche. Un autre symptôme presque constant, quoique non pathognomonique, est la bronchophonie dans l'espace omo-vertébral au niveau de la cinquième côte avec résonance normale au-dessus et au-dessous de cette zone (signe de la bronchophonie suspendue). Fièvre à grandes oscillations. Polynucléose.

Tous ces symptômes restent assez obscurs jusqu'au jour où la collection purulente vient s'ouvrir spontanément dans la bronche et donne ainsi la clef du diagnostic.

A l'écran, les adéno-phlegmons hilaires se manifestent par des masses opaques attenant au médiastin dans la région du hile et empiétant largement dans le champ clair pulmonaire.

Le diagnostic de ces adéno-phlegmons hilaires sera particulièrement difficile avec :

Les abcès interlobaires : rechercher la matité suspendue et, à l'écran, la large bande opaque traversant tout un hémithorax.

La bronchectasie qui donne souvent à l'écran une ombre hilaire élargie : il faudra chercher les travées divergentes parties du hile, claires ou opaques selon l'état de vide ou de réplétion des bronches.

Les pleurésies enkystées du hile : très rares, elles présentent des contours nets, très précis. L'opacité de leur ombre est uniforme.

Les suppurations pulmonaires fermées à évolution chronique sont extrêmement rares :

On a signalé des *abcès chroniques du poumon* survenant chez les vieillards, dans des poumons indurés et sclérosés par une pneumonie chronique. Ces abcès sont difficiles à distinguer des dilatations bronchiques.

On peut enfin citer les *gommes pulmonaires ramollies* : la syphilis occupe surtout les parties moyennes ou la base du poumon, tandis que la tuberculose siège le plus souvent au niveau des sommets. La syphilis est unilatérale. Les gommes sont toujours moins nombreuses que les tubercules. Dyspnée de plus en plus accentuée. Hémoptysies rares. Matité plus ou moins étendue dont le siège le plus habituel est à droite et à la partie moyenne de la poitrine. Signes d'induration pulmonaire. La radioscopie montre les lésions localisées à la base du poumon ou dans sa partie moyenne, vers le hile.

Rechercher les antécédents, la réaction de Wassermann, les résultats du traitement d'épreuve.

II. **Suppurations ouvertes.** — Dès que la suppuration pulmonaire est arrivée au stade de la vomique, elle se manifeste par un nouveau signe de première importance : le malade crache du pus.

Nous commencerons par exposer les méthodes générales qui nous permettront d'affirmer qu'il y a suppuration; nous étudierons ensuite les signes particuliers à chacune des affections causales. Nous pourrons alors établir le diagnostic de la nature de ces suppurations et nous les envisagerons successivement à propos des affections aiguës et subaiguës et à propos des affections chroniques.

1° **Diagnostic positif. Méthodes générales d'examen.** — Ce chapitre est un résumé de l'article de Paillard auquel on voudra bien se reporter pour de plus amples détails (*Journ. méd. franç.*, mai 1920).

A. Expectoration. — Deux faits sont également importants à cet égard : la manière dont crache le malade et les caractères des produits expectorés.

a. *Manière dont crache le malade.* — L'expectoration purulente peut débuter dans les trois conditions suivantes :

Ou bien elle s'installe progressivement sans à coups.

Ou bien elle débute par une vomique franche.

Ou bien elle débute par une vomique masquée : c'est la vomique fragmentée de Dieulafoy, la vomique nummulaire de Hirtz et Beaufumé : dans ces cas, le malade qui crache depuis longtemps, présente brusquement une élévation notable du taux de son expectoration.

Lorsque le maximum de l'expectoration se produit le matin dès que le malade se lève, on peut supposer qu'il s'agit d'une suppuration bronchique ou bien d'une collection purulente en large communication avec les bronches.

Si l'expectoration augmente avec certaines positions du malade, on pourra en déduire une probabilité pour le siège de la lésion : l'expectoration augmentant dans le décubitus latéral gauche fera supposer que la lésion siège du côté droit et inversement.

b. *Caractères de l'expectoration. — Odeur.* — La fétidité de l'haleine, par fissuration de la paroi, précède souvent la vomique. Les suppurations du poumon présentent presque toutes ce caractère commun d'être fétides. L'intensité de la fétidité est très variable.

Caractères macroscopiques. — Il peut s'agir : soit de muco-pus, soit de pus franc présentant l'aspect tantôt d'une masse puriforme, tantôt de crachats nummulaires, soit de pus gangréneux, caractérisé par une sérosité sanieuse tenant en suspension des débris sphacélés.

Examen bactériologique. — En présence de toute expectoration, on recherchera :

Le bacille tuberculeux qui existe toujours en abondance dans les suppurations broncho-pulmonaires tuberculeuses. Lorsque la recherche du bacille est négative à plusieurs reprises, on peut éliminer la tuberculose.

Le pneumocoque.

Les pyogènes, le streptocoque en particulier.

Les anaérobies : perfringens, œdématieus, bellonensis; on a montré récemment qu'il n'est pas rare de rencontrer une association fusospirillaire analogue à celle que l'on trouve dans certaines angines ulcéreuses ou dans certaines gangrènes génitales. Cette forme fusospirillaire mérite d'être connue et recherchée parce que certains médicaments arsenicaux ont sur elle une action pour ainsi dire spécifique.

Examen cytologique. — Abondante polynucléose dans les pus francs. Altérations leucocytaires plus ou moins profondes suivant la virulence de l'infection. Rareté des globules blancs dans les processus gangréneux.

B. SIGNES PHYSIQUES. — Un examen clinique complet du malade doit précéder les examens radiologiques et la ponction.

Augmentation des vibrations vocales par condensation, adhérences pleurales, etc.

A la percussion, en général, matité; parfois, si l'excavation est petite, son normal; au contraire, si la cavité est grande, son tympanique. Quand la cavité est vaste et que l'orifice est plus étroit que le corps de la cavité, son amphorique ou à consonnance métallique. En même temps, bruit d'airain de Trousseau. Le bruit de pot fêlé répond à une caverne grande, superficielle, pleine d'air, à orifice étroit.

A l'auscultation, respiration caverneuse; râles caverneux humides, très gros, inégaux.

Le gargouillement survient lorsque les cavernes sont très encombrées par le liquide.

A l'auscultation de la voix, bronchophonie avec tendance parfois à la pectoriloquie.

Dans les grandes cavités, souffle amphorique, retentissement exagéré de la voix.

Les signes stéthoscopiques varient d'un moment à l'autre, suivant l'état de réplétion ou de vacuité de la poche.

A côté de tous ces signes, révélant manifestement l'existence d'une cavité contenant du liquide, il faut faire une place aux suppurations pulmonaires se manifestant seulement, soit par des signes de condensation, la zone suppurante étant entourée d'une zone d'hépatisation, de splénisation, de pachypleurite, soit par un foyer de râles humides, les lésions étant trop petites ou trop profondes pour réaliser de la matité ou une zone soufflante, soit enfin par des râles bronchiques établissant une présomption en faveur de lésions purement bronchiques.

C. EXAMEN RADIOLOGIQUE. — Ce diagnostic n'est pas toujours facile, car l'ombre de la collection peut ne pas être reconnue au milieu de l'ombre de la région hépatisée et, elle peut être masquée par un épanchement pleural.

Il faudra pratiquer des examens répétés, dans les différentes directions et après évacuation de la plèvre.

Les images bronchiques sont parfois nettement apparentes à la radioscopie, lorsque les bronches sont enflammées et épaissies.

Les petites cavités apparaissent quelquefois, comme une truffe qui farçit le poumon, resté partout ailleurs transparent aux rayons. D'autres fois, on aperçoit une tache plus ou moins claire dans un lobe pulmonaire opaque : c'est une petite caverne au centre d'une vaste zone hépatisée.

Les grandes cavernes, avec poche gazeuse audessus d'une ombre horizontale mobile avec les positions du sujet et avec la toux, seront d'un diagnostic beaucoup plus facile.

D. PONCTION EXPLORATRICE. — Elle devra être pratiquée de préférence sous le contrôle de l'écran, et, sera alors un excellent moyen de contrôle de l'image radioscopique.

Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit de ses échecs et de ses dangers.

2° Diagnostic de la nature. — Ces différentes notions étant acquises, il nous reste à étudier les caractères particuliers, qui nous permettront d'établir la nature de la lésion.

A. SUPPURATIONS A ÉVOLUTION AIGUË. — a. *Abcès du poumon.* — Le diagnostic se basera sur les antécédents, l'évolution de la maladie causale, les caractères de l'expectoration franchement purulente dont la fétidité est loin d'avoir le caractère repoussant de celle du pus gangréneux.

On retrouve parfois dans les crachats, des débris de parenchyme pulmonaire, des fibres élastiques, des pigments anthracosiques.

Le diagnostic des abcès du poumon, même après la vomique, reste entouré des plus grandes difficultés. Il faudra accorder le plus d'importance à l'examen du pus, à un examen clinique minutieux, à l'étude détaillée des anamnestiques.

b. *Gangrène pulmonaire.* — Elle sera diagnostiquée par l'odeur putride de l'haleine et de l'expectoration, par la présence d'une région infarcie, vouée à la nécrose et qui s'élimine par blocs.

L'expectoration revêt une couleur brunâtre et gris verdâtre. Traube signale comme spéciale à la gangrène, la séparation en trois couches superposées des crachats déposés dans un verre : une couche superficielle spumeuse, une couche moyenne transparente, séro-albumineuse et une couche profonde de pus épais, grumeleux contenant des bouchons de Dittrich.

Symptômes généraux très accentués : température élevée, facies terreux, sueurs, diarrhée, albuminurie.

En présence des signes de gangrène pulmonaire, il faudra faire un diagnostic précis de localisation du foyer, rechercher s'il s'agit de lésions diffuses ou circonscrites, si les lésions sont unilatérales ou bilatérales.

c. *Kyste hydatique suppuré.* — Le diagnostic sera basé sur les antécédents du malade, la longueur d'évolution de l'affection, les caractères de l'expectoration dans laquelle on peut trouver des débris de vésicules ou de membranes, des crochets d'échinocoques, la fréquence des hémoptysies, la recherche des examens de laboratoire.

d. *Une lésion tuberculeuse aiguë.* — La phtisie aiguë pneumonique sera diagnostiquée par l'examen des crachats : il n'y a pas de lésion tuberculeuse broncho-pulmonaire franchement suppurante, sans bacilles dans les crachats.

e. *Abcès interlobaire.* — Si la pleurésie interlobaire n'a pas été reconnue à temps, elle évolue comme un abcès et tend à s'ouvrir dans les bronches.

La vomique peut revêtir un des trois aspects classiques : massive, fractionnée ou nummulaire.

Des signes pseudo-cavitaires apparaissent.

Les hémoptysies, assez fréquentes, sont dues à l'ulcération d'une artériole satellite de la bronche perforée.

f. *Adéno-phlegmon hilaire.* — Lorsque la collection purulente s'ouvre dans les bronches, elle se manifeste par une vomique fétide, mêlée de sang, qui ne présente aucun caractère particulier. Le diagnostic ne pourra être établi que par des examens radioscopiques.

Après la vomique, on observe parfois des images cavitaires.

B. SUPPURATIONS A ÉVOLUTION CHRONIQUE. — a. *Bronchectasie.* — Elle présente un syndrome tout à fait particulier qui se résume ainsi :

Expectoration matinale tumultueuse et prolongée; le liquide s'est accumulé la nuit dans les poches bronchiques; dès que le malade se lève, le liquide inonde les bronches et il est évacué par une série de quintes violentes. Ces caractères de l'expectoration ne sont pas pathognomoniques de la dilatation des bronches; ils indiquent l'abondance du liquide sécrété et la très large communication des poches purulentes avec les bronches.

Signes d'auscultation franchement cavitaires avec gros gargouillement, siégeant le plus souvent aux bases du poumon.

A la radioscopie : ombres bronchiques épaissies avec, parfois, de larges anneaux sur le trajet des bronches.

b. *Bronchite fétide.* — Elle se caractérise par des signes bronchitiques, avec expectoration fétide, sans qu'on trouve de foyer pulmonaire ou pleural.

c. *Caverne tuberculeuse.* — Elles donnent lieu à une expectoration purulente qui renferme toujours des bacilles.

Toutes les fois qu'on ne trouve pas de bacilles, il faut chercher une autre cause.

Le diagnostic entre la caverne tuberculeuse et la bronchectasie est particulièrement difficile dans certains cas. Il faut tenir compte de l'état général, du siège des lésions, de l'aspect des crachats, de l'évolution, des troubles laryngés souvent associés aux lésions tuberculeuses.

d. *Suppurations spécifiques non tuberculeuses* : *Cavernes syphilitiques.* — Elles existent surtout à la partie moyenne, à la base et vers le hile du poumon.

Antécédents : Wassermann. Epreuve thérapeutique.

Mycoses. — Actinomycose. Aspergillose. Sporotrichose.

Leur diagnostic n'est guère possible que, lorsque le parasite apparaît dans l'expectoration ou dans un abcès superficiel.

La confusion avec la tuberculose est très fréquente, mais l'absence de bacilles dans les crachats, doit inviter à chercher une autre cause que la tuberculose.

Rechercher l'action du traitement ioduré.

Telles sont les notions qui paraissent essentielles pour le diagnostic des suppurations pulmonaires. Il reste à éclaircir deux points qui ont une importance capitale au point de vue du traitement.

1° *La suppuration est-elle circonscrite ou diffuse?* — C'est l'étude minutieuse des signes physiques et l'examen radioscopique qui nous permettront d'être fixés à ce point de vue.

2° *Existe-t-il des adhérences pleurales?* — Ces adhérences facilitent singulièrement l'acte opératoire, lorsqu'elles existent. Elles mettent la plèvre à l'abri de la pénétration de l'air extérieur et des liquides septiques du foyer.

Il est bien difficile d'affirmer avec certitude leur existence. L'immobilité relative du thorax, la dépression inspiratoire des espaces correspondants, la limitation des mouvements respiratoires du bord antérieur du poumon ne sont que des signes de probabilité. Nous ne ferons que citer les différents procédés utilisés, pour reconnaître l'existence de ces adhérences : procédé de l'aiguille, procédé du manomètre de Sapiekjo.

L'état de la plèvre ne pourra être déterminé le plus souvent qu'au cours de l'intervention : la plèvre libre est mince, souple, mobile et laisse voir, par transparence, les excursions du poumon. La plèvre adhérente est épaisse, fibreuse et résistante, opaque et grisâtre. *(A suivre.)*

ACTUALITÉS

LA MEILLEURE PROPHYLAXIE

L'administration de l'Assistance publique vient de faire publier un avis annonçant, à la population parisienne, l'ouverture de quatre centres de vaccination antityphoïdique gratuite à Saint-Antoine, Cochin, Lariboisière et Trousseau, ce dernier plus particulièrement réservé aux enfants. Cette heureuse et louable innovation, appelée à rendre les plus signalés services si tout le monde sait et comprend que la fièvre typhoïde représente une maladie grave parfaitement évitable, est la consécration des résultats remarquables obtenus depuis une quinzaine d'années par la vaccination antityphoïdique, tant dans l'armée, la marine et le personnel hospitalier que dans la population civile. Je ne crois pas utile de citer ici des chiffres qui sont présents à toutes les mémoires. Il suffira de rappeler que le nombre des soldats atteints aux armées, qui s'élevait en 1915 à 240 p. 100.000, est tombé après la vaccination obligatoire, en 1918, à 2,42 seulement, soit le centième. Presque tous les hommes qui ont passé par les corps de troupes ayant été vaccinés, ce sont actuellement les femmes et les enfants qui deviennent surtout victimes de l'infection éberthienne, puisque, sur 1000 cas, on ne trouve que 190 hommes contre 810 femmes et enfants. En outre, si la vaccination antityphoïdique ne protège pas indéfiniment et d'une manière absolument sûre, du moins rend-elle la maladie extrêmement bénigne, ainsi que M. ACHARD l'a de nouveau indiqué, ces jours-ci, à l'Académie de médecine (24 janvier 1922). Ce qui ressort de plus net de l'ensemble des faits constatés, c'est que, sous l'influence de la vaccination, la fièvre typhoïde est en recul notable et que la mortalité qu'elle fournit annuellement se montre inférieure à celle d'avant la guerre. Cet effet s'est attesté d'une manière frappante, à la Salpétrière, où M. CROUZON a créé un centre de vaccination grâce auquel le nombre total de cas intéressant les malades hospitalisés, qui était de dix en moyenne chaque année, s'est réduit à quatre au total de 1915 à 1919, en cinq ans. C'est la constatation de ces résultats qui a, paraît-il, amené l'Assistance publique à créer les quatre centres de vaccination dont il a été parlé plus haut. Toutefois, et ceci est essentiel, l'amélioration obtenue ne saurait ni continuer ni s'accentuer si les vaccinations n'étaient pas poursuivies sur une plus grande échelle encore qu'elles ne l'ont été jusqu'ici, car l'immunité relative conférée aux vaccinés et le nombre des vaccinés iraient en diminuant et, par suite, on assisterait à l'ascension progressive de la morbidité et de la mortalité éberthiennes. De l'effort fait pendant la guerre, il ne resterait bientôt rien.

***

Il faut se rendre compte à présent que les mesures de pure hygiène protectrice n'apportent que des résultats presque insignifiants. Chacun cite un port important de l'ouest où la fièvre typhoïde sévissait à l'état endémique; l'éviction des immondices était fort incomplète et toutes les eaux restaient polluées. On fit de grands frais, on dépensa des millions pour procurer de l'eau saine à la ville. Ceci se passait avant 1910. Pendant trois ou quatre ans, en effet, les cas de dothiénentérie furent plus rares et les voyageurs qui y séjournaient ne se trouvaient plus exposés presque infailliblement à contracter la maladie. Mais bientôt les cas se multiplièrent de nouveau et on s'aperçut que, par quelques fissures de la canalisation, les eaux s'étaient encore contaminées. La guerre survint et l'épidémie s'accrut; on vaccina alors tous les marins et les ouvriers de l'Etat et, à partir de ce moment, on n'observa plus parmi eux que quelques accidents bénins, tandis que la population civile continuait de payer un assez lourd tribut à la fièvre typhoïde.

Cette expérience est, pour ainsi dire, schématique. Il ne paraît pas douteux que si toute la ville avait été soumise à la vaccination, la fièvre typhoïde eut totalement disparu dans un temps relativement court, alors que les sommes énormes dépensées n'ont procuré qu'une amélioration passagère, parce que la défense hygiénique est forcément incomplète; elle offre toujours quelque brèches par où le fléau s'insinue et se réinstalle. C'est pourquoi j'estime que la meilleure prophylaxie est la vaccination obligatoire.

***

Nous en trouvons une preuve dans l'histoire de la variole qui causait autrefois des ravages plus grands que ceux de la fièvre typhoïde et qui, depuis la généralisation de la vaccination jennérienne, a disparu ou à peu près. Si, pour lutter contre cette infection, que nous connaissons d'ailleurs assez mal, nous n'avions eu à notre disposition que les procédés classiques de l'hygiène, en toute sincérité, où en serions-nous?

Des constatations identiques, moins décisives sans doute mais comportant le même enseignement, peuvent être faites dans un certain nombre d'autres maladies, pour lesquelles il existe des sérums ou des vaccins agissant préventivement. On n'ignore pas les réels services que la vaccination anticholérique préventive a rendu à nos troupes pendant la guerre. En ce qui concerne la peste, nous sommes moins renseignés, et cependant il semble bien que si les petites épidémies, qui ont éclaté récemment à Paris, furent rapidement éteintes, c'est surtout grâce à l'emploi des injections préventives chez les personnes suspectes. La sérothérapie antidiphtérique est désormais employée, à titre prophylactique, dans les milieux scolaires, hospitaliers et militaires, et les résultats obtenus sont certainement très appréciables. Malheureusement, l'immunité conférée par le sérum semble de courte durée (cinquante à soixante jours d'après Lemaire), de telle sorte qu'il est pratiquement impossible de maintenir le sujet en état d'immunisation. Mais une sérothérapie préventive, renouvelée chaque année dans toutes les écoles par exemple, diminuerait incontestablement la fréquence et la gravité des épidémies. On peut dire la même chose de la sérothérapie antitétanique préventive qui, après avoir été niée, est actuellement acceptée par tout le monde. Seulement nous ignorons la durée réelle de l'immunisation et, par suite, il paraît inutile d'injecter par mesure de protection l'ensemble de la population, même dans les régions notoirement connues comme tétanifères. En revanche, la sérothérapie préventive chez tous les blessés est un moyen dont on a pu mesurer l'efficacité pendant la guerre, malgré quelques échecs et les cas également rares de tétanos tardif.

***

On peut et surtout on pourra allonger cette liste, mais, de toute manière, une remarque s'impose ici. Seules, les infections à bactériacées semblent capables de donner un sérum ou un vaccin préventif et, par conséquent, de se soumettre à une prophylaxie vraiment active. Aucune infection à protozoaires certains n'a jusqu'ici permis de réaliser une méthode préventive du même genre. La découverte par Noguchi du *leptospira* de la fièvre jaune avait fait espérer l'utilisation de cette méthode, mais on n'a pas eu de preuves patentes qu'un tel moyen ait réussi. Les mycoses ne paraissent pas non plus se prêter à ce mode de prophylaxie et l'échec de toutes les tentatives de prévention de la tuberculose par les sérums ou les vaccins représente une des raisons qui permettent d'hésiter sur la nature bacillaire de son agent causal.

Au surplus, ce système de prophylaxie n'est pas sans avoir quelques inconvénients. On peut craindre notamment que les injections répétées et fréquentes de tous ces produits microbiens ne sensibilisent fâcheusement l'organisme et ne l'exposent à des accidents sérieux, anaphylactiques ou toxiques. Cependant l'expérience ne justifie pas cette crainte, car beaucoup de jeunes gens ont été successivement vaccinés contre la fièvre typhoïde et les paratyphoïdes, le choléra, la peste, sans en éprouver le moindre trouble. Et puis la méthode de Besredka ou tout autre procédé anti-choc contrôlé permet de parer à ces dangers possibles. Une seconde objection, peut-être plus sérieuse, vient de la difficulté de fabriquer des produits microbiens en quantité suffisante pour injecter des populations entières, de créer l'organisme nécessaire, technique et d'application, et enfin et surtout d'obliger le public à se soumettre à la prévention. Cette objection doit être prise en considération, d'autant qu'une telle prophylaxie, ne s'appliquant qu'à quelques maladies, ne dispense pas des mesures d'hygiène générale, fort coûteuses, relatives par exemple à la lutte contre la tuberculose, le paludisme ou la syphilis. Aussi suis-je loin de réclamer, dès maintenant, la généralisation des injections préventives, mais je crois fermement qu'il est possible d'organiser à peu de frais et indispensable d'appliquer la vaccination antityphique obligatoire dans toutes les écoles, l'armée et la marine, et d'étendre considérablement, quand éclate un cas de diphtérie, de choléra ou de peste, le rayon des injections préventives, comme on le fait s'il s'agit de variole. Sans avoir la prétention d'arrêter ainsi instantanément et de faire disparaître les épidémies correspondantes, on peut du moins légitimement espérer les localiser étroitement, les rendre plus rares et plus bénignes, résultats que les désinfections, bien plus onéreuses et gênantes

et d'ailleurs si souvent illusoires, n'ont jamais obtenus. C'est pourquoi je soutiens que les injections préventives, quand l'éducation du public sera suffisamment avancée, constitueront, contre certaines infections au moins, la plus pratique et la plus sûre des prophylaxies. J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 JANVIER 1922)

La tension superficielle et la narcose — M. KOPACZEWSKI a précédemment établi que les principaux anesthésiques généraux et locaux diminuent la tension superficielle de l'eau et du sérum humain *in vitro;* que le chloroforme, l'éther et le chlorure d'éthyle pénètrent dans le sang pendant l'anesthésie et y provoquent un abaissement de la tension superficielle du sérum. La morphine et les sels de magnésium font exception à cette règle.

Après avoir étudié le mécanisme de la narcose, l'auteur conclut que d'une façon générale les narcotiques et les anesthésiques généraux abaissent la tension superficielle et qu'il y a un parallélisme entre ce degré d'abaissement et leur puissance narcotique.

Les recherches que poursuit M. Kopaczewski vont établir si, entre le degré d'abaissement de la tension superficielle et la modification du gonflement des tissus ou des colloïdes le même parallélisme persiste. Dans l'affirmative, la question de la narcose trouvera, pense l'auteur, une explication colloïdale.

(SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1922)

L'accoutumance du ferment lactique aux poisons (spécificité, simultanéité et alternance). — MM. Charles RICHET, Eudoxie BACHBRACH et Henry CARDOT. Poursuivant ses études sur l'alternance des antiseptiques, M. Ch. Richet montre que l'accoutumance des microbes à tel ou tel poison, transmise par hérédité est *spécifique,* c'est-à-dire limitée au poison auquel ils ont été accoutumés.

La cellule microbienne peut s'accoutumer *simultanément* à deux poisons, et cette accoutumance à chacun de ces poisons est, dans certains cas, au moins, aussi facile et aussi complète quand il y en a deux que quand il n'y a qu'un seul.

Quand, au lieu de faire pousser simultanément les cultures sur les deux toxiques pour développer l'accoutumance, on alterne leurs cultures, l'accoutumance se produit encore, mais à un degré moindre que si l'action des toxiques était continue, au lieu d'être interrompue par des alternances.

Recherches sur l'insuffisance protéopexique du foie dans l'hépatite dysentérique. — MM. F. WIDAL, P. ABRAMI et J. HUTINEL. Après avoir fait connaître à l'Académie, dans une série de beaux mémoires, l'existence d'une fonction nouvelle du foie, la *fonction protéopexique*, M. F. Widal et ses élèves ont montré les services que peut rendre au médecin l'exploration de cette fonction en lui permettant de dépister les moindres altérations de la glande hépatique. « Grâce à l'épreuve si simple de l'*hémoclasie digestive*, qui consiste, après avoir fait absorber au sujet, à jeun un verre de 200 grammes de lait, à rechercher, par quelques numérations successives de ses globules blancs, l'existence ou l'absence d'une crise hémoclasique, on apprécie si le foie exerce ou non sa fonction d'arrêt à l'égard des protéides incomplètement désintégrées que lui amène la veine porte à la suite de ce repas; en un mot, on décèle l'intégrité ou au contraire l'insuffisance de sa fonction protéopexique »...

M. Widal montre qu'il est une affection dans laquelle la recherche de l'insuffisance protéopexique présente un intérêt tout spécial : c'est l'amibiase hépatique. « Alors même, en effet, que le parasite a déterminé les lésions massives de l'hépatite et provoqué un gros abcès, l'anatomie pathologique a montré depuis longtemps qu'il reste dans le foie des régions indemnes, où l'amibe n'a pas pénétré et qui conservent leur structure normale,

« On pouvait donc supposer que la présence de ce tissu normal suffirait à contre-balancer l'action destructive des foyers d'hépatite, et à assurer au moins dans une certaine mesure, la persistance de la fonction protéopexique. Or c'est bien là ce qui se produit en réalité. »

M. Widal après avoir donné le détail de ses expériences menées avec une méthode vraiment admirable termine par les réflexions suivantes : « Les résultats ainsi observés au cours de l'hépatite amibienne s'opposent d'une manière frappante à ceux que l'on obtient dans les hépatites d'origine toxique, microbienne ou même circulatoire, où la fonction protéopexique de la cellule hépatique est au contraire, ainsi que nous l'avons montré, si facilement altérée. C'est ainsi que dans tous les cas d'ictères infectieux que nous avons étudiés, de même que dans l'asystolie hépatique ou à la suite de la narcose chloroformique, l'épreuve de l'hémoclasie digestive, recherchée chez le même sujet à différentes reprises, s'est montrée d'une constance, d'une précocité et d'une persistance remarquables. C'est qu'il s'agit là de lésions diffuses, dans lesquelles l'action des poisons, des toxines ou des troubles circulatoires, se fait sentir sans distinction et au même degré sur toutes les cellules du parenchyme hépatique. Au contraire, dans l'amibiase hépatique, les lésions nécrotiques, quelle que soit leur étendue, restent toujours des lésions locales et il reste toujours dans le foie un nombre suffisant de cellules normales pour assurer, pour une quantité déterminée d'aliments azotés, la persistance de la fonction protéopexique. Tout semble même se passer, nous l'avons vu, comme si, par une sorte de vicariance, ces cellules restées intactes, acquéraient une résistance plus grande qu'à l'état normal. »

Incoagulabilité du sang circulant provoquée chez la grenouille par les injections d'acides nucléiniques. Durée de la phase. Comparaison avec divers anticoagulants. — M. DOYON.

De l'asymétrie du squelette des membres supérieurs. — M. A.-A. MENDES-CORRÉA.

Sur l'histogenèse et l'origine des chordomes. — MM. ALEZAÏS et PEYRON.

Sur un nouveau procédé de diagnostic de la fièvre méditerranéenne. — M. E. BURNET.

La musaraigne (crocidura Stampflii) et la peste au Sénégal. — MM. Marcel LÉGER et A. BAURY.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1922)

M. LE PRÉSIDENT, en invitant Mme Curie à prendre place parmi ses collègues, rappelle la part qu'elle a prise à la découverte du radium, l'importance considérable de ses travaux, et termine son allocution en disant : « L'Académie s'est honorée en vous appelant dans son sein. »

Les réformes de l'enseignement secondaire. — La discussion se poursuit sur cette question. Nous entendons, ou plutôt nous voyons prendre successivement la parole. MM. Léon Bernard, Méry, Linossier, Maurice de Fleury, Wallich, Roux, Fourneau et Legendre. La déplorable acoustique de la salle, d'une part, et, d'autre part l'absence de tout document écrit nous mettent dans l'impossibilité de faire connaître exactement les diverses opinions qui ont été émises.

Toutefois nous avons pu saisir que M. Léon BERNARD, dans son argumentation, faisait un parallèle entre les programmes scolaires en Angleterre et les programmes en France. Cette comparaison, au point de vue de l'hygiène, est toute à l'avantage du système anglais qui laisse beaucoup de temps aux récréations et aux sports. Nous concevons très bien qu'au point de vue seul de l'hygiène ce programme anglais soit préférable; mais en est-il de même au point des études et de la somme des notions acquises par les élèves à la

fin de l'année scolaire? Ce côté de la question nous semble bien avoir son importance.

M. MÉRY a préconisé le développement de l'esprit technique et de la préparation technique au lycée.

M. FOURNEAU qui est intervenu surtout en sa qualité de père de famille, a proposé une transformation complète de l'enseignement secondaire et a donné comme exemple à suivre, au point de vue de l'instruction comme de l'éducation, l'école de l'île de France, le collège de Normandie et l'école des Roches dont, personnellement, nous connaissons les bons résultats et le légitime succès.

M. LINOSSIER résume les diverses opinions des orateurs précédents, les discute, maintient les avantages que paraît lui présenter le professeur principal qui pourra suivre les mêmes élèves pendant plusieurs années. Il admettrait volontiers plusieurs des modifications qu'a conseillées M. Fourneau,

M. ROUX voudrait qu'au lieu de présenter de vagues propositions l'Académie émît des vœux concis et précis. Il estime que les nécessités d'une bonne hygiène exigeraient que la matinée seule dût être consacrée aux études proprement dites et que la journée fût entièrement occupée par les exercices en plein air, par les sports et par la lecture. Il voudrait également qu'on supprimât les devoirs à faire en dehors de la classe.

M. Roux trouve beaucoup d'avantages au professeur principal qui suivrait les mêmes élèves pendant plusieurs années, arriverait ainsi à les bien connaître, à bien doser leurs facultés intellectuelles et à acquérir sur eux plus d'influence.

M, Maurice DE FLEURY partage entièrement l'opinion de M. Roux, sur les avantages du professeur principal et il serait d'avis qu'on réservât pour les dernières années scolaires l'étude des spécialités qui, évidemment, ne pourrait être enseignées que par des spécialistes.

M. LE GENDRE fait observer que ce programme serait parfait si le professeur principal était lui-même toujours parfait, mais au cas où il serait au-dessous de sa tâche, ce qui peut arriver, les élèves perdraient beaucoup de temps avec lui.

M. ROUX reconnaît que M. Le Gendre vient de soulever une question des plus importantes, celle de l'aptitude et de la compétence du maître principal. Le recrutement de ces maîtres devrait être fait avec le plus grand soin et ne devraient être admis à ces fonctions que les maîtres qui auraient fait leurs preuves dans un stage.

— La suite de la discussion est remise à la prochaine séance.

La fièvre typhoïde et les vaccinations antityphoïdiques. — M. WEIL, à l'exemple de MM. Chauffard, Achard et autres, apporte la statistique de son service au point de vue des cas de fièvre typhoïde ou de paratyphoïdes qu'il y a eu à traiter. Cette statistique confirme absolument celles qui ont déjà été produites en faveur des avantages de la vaccination antityphoïdique.

M. ACHARD félicite M. Weil et engage tous ses collègues à suivre son exemple, ce qui permettrait de réunir des arguments de grande valeur en faveur des vaccinations antityphoïdiques.

Une maison maternelle. — Nous regrettons de ne pouvoir reproduire que bien imparfaitement, pour la même raison de mauvaise acoustique, une communication bien suggestive de M. MARFAN sur une œuvre vraiment belle de notre confrère Bosc (de Tours). Aidé par quelques femmes d'une charité bien entendue il a créé, en 1916, une maison maternelle comme annexe à la Maternité. Les statistiques qu'il nous fournit sont particulièrement éloquentes. Qu'on en juge : à l'ancienne crèche la mortalité des nouveau-nés était de 50 p. 100. En cinq années, cette mortalité est tombée à 3 p. 100. Dans une nouvelle installation dans un château entouré d'un grand parc, cette dernière année, il n'y a pas eu un seul décès de nouveau-nés. On ne saurait trop admirer de pareils résultats.

Comment ont-ils été obtenus?

En persuadant aux mères d'allaiter elles-mêmes leurs enfants, ce qui est le meilleur moyen de les attacher à eux et de faire qu'elles ne songent plus à les abandonner comme autrefois.

Il serait à désirer que l'Assistance publique de Paris adoptât ce système qui, d'après les calculs de M. Bosc, lui reviendrait à 25 centimes par jour et par enfant, ce qui lui permettrait de faire des économies puisqu'elle aurait beaucoup moins d'enfants abandonnés à secourir.

Des exemples, comme celui que vient de nous donner notre confrère de Tours, devraient être suivis et ne sauraient être trop loués.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par la radiothérapie des organes hématopoiétiques. — MM. F. TRÉMOLIÈRES et P. COLOMBIER ont essayé de traiter la tuberculose pulmonaire en stimulant les défenses sanguines par des applications radiothérapiques, à doses très faibles d'excitation, sur les divers organes hématopoiétiques, rate, moelle du sternum et des os longs.

Le nombre des malades qu'ils ont traités par ce procédé s'élève actuellement à vingt-trois, dont seize ont eu plus de dix séances d'irradiation. Tous ces malades étaient arrivés à un degré très avancé de tuberculose la plupart atteints de lésions cavitaires. Tous, sans exceptions, ont nettement bénéficié de ce traitement, quelques-uns de façon considérable. On constate chez eux une amélioration de l'état général, le retour des forces, l'augmentation du poids, la diminution ou l'équilibration de la température, la cessation complète des sueurs et de la toux. Les globules rouges, en déficit au début, reviennent bientôt au taux normal ou même le dépassent; quant aux globules blancs il y a d'abord une phase d'hypoleucocytose, puis une phase d'hyperleucocytose. Enfin, vers la septième ou huitième séance, le bacille de Koch subit, dans la majorité des cas, une transformation morphologique : il s'allonge, s'incurve ou se segmente et est parsemé presque toujours de nombreuses granulations; ces aspects peuvent être considérés comme des formes de régression. Ce stade régressif a même abouti, dans deux cas, à la disparition complète des bacilles.

Ces résultats cliniques, corroborés par les modifications du sang et les altérations des bacilles semblent suffisamment démonstratifs pour être dès maintenant publiés.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1922)

Les bruits propagés au poumon sain dans la tuberculose pulmonaire unilatérale traités par le pneumothorax artificiel. — M. A. GENDRON (de Nantes). Il s'agit d'un cas de tuberculose pulmonaire unilatérale traitée par le pneumorhorax artificiel dans laquelle les bruits cavitaires du côté malade insuffisamment comprimé commencèrent à se propager au côté sain à la faveur de l'apparition d'un épanchement liquide dans la cavité du pneumothorax et disparurent avec la disparition de cet épanchement.

Le chlorure de calcium dans le traitement des diarrhées et des hémoptysies. — M. PELLE (de Rennes) a essayé les injections intraveineuses de chlorure de calcium selon la technique préconisée par Rist et Ameuille. Il a obtenu d'excellents résultats dans la diarrhée des tuberculeux, et aussi au cours d'une petite épidémie de dysentérie à bacille de Shiga. Il a obtenu des résultats également bons dans les vomissements des tuberculeux, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, et dans les diarrhées dysentériformes. Deux hémoptysies de poussées évolutives ont été très favorablement influencées. Il fait jouer un rôle important au choc hémoclasique immédiat.

Maladie osseuse de Paget avec signes de tabes. — M. GUILLAIN rapporte l'observation d'un malade atteint d'ostéite déformante de Paget avec signes de tabes évidents. Cette observation de même que celle de MM. Claude et Oury, montre que l'origine syphilitique de certains cas d'ostéite déformante de Paget, mérite d'être prise en très sérieuse considération.

Gangrène diabétique du scrotum et des téguments de la verge. Sérothérapie antigangréneuse. Guérison. — MM. A. CHAUFFARD, J. HUBER et R. MARQUÉRY rapportent l'histoire d'un malade atteint, après un traumatisme, d'une ecchymose qui évolua en peu de jours vers la gangrène extensive du scrotum et de la verge avec mauvais état général. La décou-

verte d'une glycosurie ignorée fit instituer, avec une cure de jeûne, puis un régime approprié, une sérothérapie antigangréneuse et antistreptococcique. Il semble justifié de lui rapporter la rapidité de la détersion et de la cicatrisation et de proposer que cette thérapeutique prenne rang dans le traitement des gangrènes diabétiques vraies, plus rares d'ailleurs que les gangrènes par endartérite chez les diabétiques.

Gangrène par artérite dans un cas d'intoxication par le gaz d'éclairage. — MM. M. Garnier et Cathala. Une femme de quarante-six ans présente, trente heures après une tentative de suicide, une gangrène localisée du pied droit. L'exploration sus-malléolaire de Pachon montre la perméabilité des troncs principaux. L'examen histologique des paquets vasculaires de la jambe fournit la preuve d'une vascularité, artérite et phlébite déterminée par CO. Les lésions des troncs principaux se limitent à de l'endartérite pariétale, mais les collatérales et les artériales du plus faible calibre sont le siège d'une thrombo-artérite oblitérante. L'oxyde de carbone apparaît donc non seulement comme un poison du globule rouge, mais comme un poison de tout le système vasculaire.

Infection méningococcique à forme de fièvre intermittente extrêmement prolongée. Méningite terminale. — MM. A. Lemierre et R. Piédelièvre rapportent l'histoire d'un homme qui, pendant près de onze mois, présenta des accès fébriles intermittents avec arthralgies et herpès. Durant cette période de la maladie, il fit à l'hôpital un séjour de deux mois, au cours duquel, il eut seulement cinq accès. On pensa à ce moment à une méningococcémie et l'on fit, dans ce sens, des examens qui restèrent sans résultats. Le liquide céphalorachidien étant normal. Le malade sortit de l'hôpital en parfait état n'ayant pas eu de fièvre depuis dix-huit jours. Pendant les sept mois suivants, il travailla arrêté de temps à autre par un accès fébrile passager. Au bout de ce temps survint une méningite méningocoque B qui l'emporta, malgré là sérothérapie rigoureusement spécifique.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 2 février 1922)

Un cas de maladie de Thomsen. — MM. Rimbaud et Louis Jourdan présentent un cas de maladie de Thomsen typique chez un homme de vingt-huit ans. Les premiers phénomènes sont survenus il y a cinq ans. Les troubles de la contraction musculaire sont limités aux fléchisseurs des doigts et aux masséters : serrant un objet avec force, le malade ne peut plus le lâcher ; ayant mordu énergiquement, il ne peut desserrer les dents. S'il renouvelle ces mouvements ou s'il les réalise passivement, la décontraction est normale. La réaction myotonique mécanique et la réaction myotonique électrique d'Erb existent dans toute leur netteté.

Goitre exophtalmique asymétrique. — MM. Ch. Achard et J. Thiers présentent une malade de vingt-deux ans atteinte d'un goitre exophtalmique dont l'exophtalmie prédomine de beaucoup à droite. La maladie est apparue pendant la guerre et l'émotion provoquée par les bombardements paraît y avoir joué un rôle. L'exophtalmie s'est manifestée après le goitre, la tachycardie et le tremblement.

On remarque du côté droit, outre la saillie beaucoup plus forte de l'œil, une hémihypertrophie du sein, de la face et des deux maxillaires, une petite tache achromique avec conitie près de la ligne médiane à la racine des cheveux, enfin des troubles vaso-moteurs du membre supérieur.

L'épreuve de Gsetsch, à l'adrénaline, a donné un résultat nettement positif avec glycosurie. L'insuffisance glycolytique a été démontrée encore par l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée et celle des échanges respiratoires. On a constaté encore que la ventilation pulmonaire augmentée pendant le travail musculaire, tarde à revenir à la normale, comme dans les troubles cardiaques mal compensés.

La théorie la plus en faveur pour l'interprétation du syndrome basedowien admet l'excitation du sympathique sous l'action de l'hyperthyroïdie. Pour expliquer l'asymétrie des symptômes chez cette malade, il faudrait faire intervenir une hémisympathicotonie prédominante, portant sur le sympathique cervical et une partie du sympathique thoracique du côté droit. Il y a lieu de remarquer aussi le caractère partiel et dissocié de cette hémisympathicotonie, car s'il y a une hypertrophie de la face et de la mamelle, il n'y en a pas au membre supérieur, et si celui-ci présente des troubles vasomoteurs, on n'en constate pas à la face ni au thorax ; on ne note pas non plus, dans l'œil le plus saillant, la mydriase qui serait un signe d'excitation du sympathique.

D'ailleurs, tous les phénomènes du basedowisme ne sont pas expliqués par la seule sympathicotonie, ni par la seule hyperthyroïdie. On peut observer des troubles imputables à la vagotonie. D'autre part, l'insuffisance glycolytique, qui manque souvent et qui peut exister à des degrés très variés, ne relève pas directement de l'excès de sécrétion thyroïdienne ; c'est un trouble associé, soit produit par la même cause que l'hyperthyroïdie, soit provoqué par la réaction secondaire d'un autre organe.

Syndrome oculo-sympathique dissocié. — MM. Charles Achard et J. Thiers rappellent que le syndrome oculo-sympathique de Claude Bernard-Horner, souvent associé à d'autres troubles, peut aussi se dissocier et se réduire à un simple trouble pupillaire. C'est ainsi qu'on explique l'inégalité pupillaire fréquemment observée dans les affections du dôme pleural et surtout dans la tuberculose pulmonaire.

Chez une femme qui s'était fracturé la clavicule gauche, on observa l'énophtalmie et le ptosis non paralytique, mais la pupille ne différait pas de ce qu'elle était de l'autre côté et réagissait de même.

D'après la malade et son entourage, cette asymétrie oculaire n'existait pas avant l'accident. D'ailleurs, la fracture était esquilleuse et un éclat osseux était engagé par sa pointe dans le creux sus-claviculaire. Enfin le ptosis et l'énophtalmie régressèrent pendant la consolidation de la fracture.

Il est difficile d'expliquer cette dissociation. Peut-être s'agit-il de l'atteinte isolée d'un filet du sympathique cervical, qui, au-dessus du ganglion cervical inférieur, peut être divisé et plexiforme.

Syndrome de la calotte protubérantielle gauche avec excitation homolatérale partielle du sympathique. — M. Rose montre un malade qui présente un syndrome caractérisé à gauche par une paralysie faciale complète, une hypoesthésie du trijumeau, une paralysie du regard latéral vers la gauche, une légère irritation labyrinthique, une perte du réflexe pharyngé, une exophtalmie gauche. De plus, il a une tachycardie permanente à 140. Aux membres : hypodiadococinésie gauche. Le syndrome de Foville, qui s'accompagne d'une diplopie homonyme gauche.

Le syndrome d'excitation sympathique est uniquement constitué par l'exophtalmie gauche, l'exagération à gauche du réflexe oculo-cardiaque et la tachycardie. Il ne s'accompagne ni de mydriase ou de myosis homolatéraux ni de thermo.vaso-asymétrie croisée, symptômes assez fréquents dans les lésions de la calotte frontique, s'accompagnant d'hémianesthésie ou d'hémiplégie, alors que l'exophtalmie y est exceptionnelle.

Un cas d'hémiatrophie progressive de la face amélioré par l'ionisation calcique. — MM. Souques et Bourguignon présentent une malade atteinte d'hémiatrophie progressive de la face. L'atrophie, qui semble avoir débuté à la suite d'un traumatisme facial a été précédée et accompagnée de douleurs locales Elle porte sur la moitié inférieure du côté droit du visage et la partie adjacente rétro et sous-maxillaire, et elle constitue tout le tableau morbide.

L'existence antérieure d'un traumatisme et de douleurs de la face fait penser à une lésion du trijumeau. Mais on peut encore mieux penser à une lésion du sympathique que la coexistence de migraines, de troubles basedowiens, de phénomènes vaso-moteurs au niveau des seins, etc. permettraient de soupçonner.

Soumise à l'ionisation calcique, cette malade a vu disparaître et les troubles électriques et les douleurs de la face.

Hyperalgésie chez les hémiplégiques. — MM. Babinski et Jarkowski.

Sur un cas de syndrome thalamique avec attitude particulière. — MM. LHERMITTE et CUEL.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1922)

Double mécanisme, glyco- et adrénalino-secrétoire de l'hyperglycémie par excitation splanchniques association expérimentale. — MM. A. TOURNADE et M. CHABROL ont eu recours à l'anastomose veineuse surrénalo-jugulaire entre deux chiens telle qu'ils l'ont déjà décrite.

Après anesthésie au chloralose de l'un et l'autre animal, le chien B (le donneur) subit l'ablation par voie lombaire de sa capsule surrénale gauche. On découvre, également par voie dorsale, sa capsule surrénale droite dont la veine est d'abord anatomosée par son extrémité lombaire à la jugulaire du chien A (le transfusé), puis liée à son abouchement cave, si bien que dans ce segment veineux artificiel surrénalo-jugulaire — trait d'union entre les deux animaux — le sang se dirige désormais de B en A.

Ces conditions réalisées, le résultat des excitations adressées au splanchnique droit de B comportera une signification très précise. En effet, l'hyperglycémie, s'il s'en produit, se réclamera nécessairement chez A d'un mécanisme humoral adrénalinémique, chez B d'une action nerveuse directe sur la glande hépatique.

Or, l'expérience montre qu'il en est ainsi. Le nerf splanchnique excité se montre capable d'accroître le taux glycémique aussi bien par l'intermédiaire des surrénales que sans leur concours. Il est donc, tout à la fois, nerf adrénalino-sécréteur (effet chez le chien transfusé A) et nerf glyco-sécréteur proprement dit (effet chez le chien donneur, décapsulé B).

De la différenciation des bacilles de Flexner et de His. — MM. BESSON et DE LAVERGNE ont constaté que les bacilles de His se distinguent du bacille de Flexner, non seulement par les réactions sucrées, mais encore par les réactions d'agglutination. Le bacille de Flexner est agglutiné à un taux élevé et par le sérum antiflexner et par le sérum antishiga; le bacille de His est agglutiné par le sérum antiflexner; il ne l'est pas ou seulement à un taux très faible par le sérum antishiga. Cette propriété des bacilles de His peut se perdre par vieillissement.

Acide urique libre et perméabilité rénale. — MM. Mathieu-Pierre WEIL et Gh. O. GUILLAUMIN montrent que le taux de l'acide urique libre du sang qui, normalement, ne dépasse pas 25 milligrammes pour 1.000 de globules et 45 milligrammes pour 1.000 de plasma s'élève en cas d'insuffisance de la perméabilité rénale, en même temps que s'élève l'urée sanguine, mais sans qu'un rapport constant existe entre le taux de l'uricémie libre et celui de l'azotémie. Même à l'état normal, d'ailleurs, un rapport précis n'existe pas entre ces deux substances. L'augmentation de l'azotémie par augmentation des combustions organiques peut s'observer, s'il n'existe pas d'insuffisance rénale, sans qu'il y ait augmentation de l'acide urique libre du sang. Dans la goutte, l'augmentation de l'acide urique libre du sang n'existe que s'il existe un certain degré d'imperméabilité rénale qui, alors, la conditionne.

La loi de l'action de la peptone sur la tension superficielle de l'eau. — M. Edmond DOUMER montre que les substances abaissantes de la peptone du codex agissent sur la tension superficielle de l'eau, suivant la même loi générale que les sels biliaires. Seules, diffèrent les constantes de l'expression mathématique qui traduit cette loi.

Les substances abaissantes de la peptone sont beaucoup plus actives en milieu acide qu'en milieu alcalin; et comme les sels biliaires, elles abaissent plus fortement la tension superficielle d'une solution de chlorure de sodium que celle de l'eau distillée.

Election. — A la dernière séance, M. BROCQ-ROUSSEU a été nommé titulaire.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de thérapeutique (1), par A. MANQUAT, correspondant national de l'Académie de médecine, ancien professeur agrégé du Val-de-Grâce.

Le *premier volume* de ce Précis contient, outre les notions habituelles de thérapeutique générale, les deux classes de médicaments suivantes : 1° ceux qui visent directement à la guérison des maladies, c'est-à-dire : *a.* les *spécifiques* (mercuriaux, arsenicaux spécifiques, quinine, acide salicylique, émétine, colchique); *b.* les *anti-infectieux biologiques* (sérums vaccins, produits bactériens); *c.* les *anti-infectieux indifférents* (métaux colloïdaux, révulsifs, acide nucléinique); *d.* les *antiseptiques chimiques*; *e.* les *antiparasitaires*; *f.* les *antidotes*; 2° les médicaments *réparateurs* (caustiques, astringents, émollients, modificateurs des tissus; réparateurs chimiques, tels que le fer, le phosphore, la chaux, etc.).

Le *deuxième volume*, qui paraîtra incessamment, comprendra : 1° les modificateurs des organes et des fonctions (circulation, digestion, nutrition, système nerveux, reins, opothérapie, etc.) ; 2° les médicaments *symptomatiques* de la douleur, de l'insomnie, de la fièvre, etc.; enfin, les *notions pharmaceutiques* nécessaires au *médecin*. L. G.

Sigma (2), roman par le Dr Paul DUPLESSIS DE POUZILHAC.

Le Dr Paul Duplessis de Pouzilhac est bien connu dans le monde des lettres, il a publié ces dernières années un certain nombre d'ouvrages remarqués : *les Goncourt et la Médecine, les Vierges qui tuent, les Mouettes aux Croix Rouges, l'Aile blanche, la Fâcheuse aventure du verrier, de l'enlumineur et de la gargouille*. Il nous offre aujourd'hui une œuvre paramédicale : *Sigma*, qui, sous une forme romanesque, expose au grand public mal instruit le danger redoutable qui menace l'avenir de notre race.

« La race, écrit-il, se meurt par la syphilis et par l'avortement plus encore que par la tuberculose. Depuis la guerre il y a 65 p. 100 de syphilitiques. Depuis la guerre il y a des milliers d'avortements et ceux qui assassinent demeurent impunis. Médecins, notre devoir est de lutter, députés, sénateurs, le vôtre est de créer des lois énergiques. Littérateurs, journalistes, professeurs, aidez-nous. En avant pour la race, pour la France, qui veut revivre... »

Ce sont des vérités qu'on ne répétera jamais trop, il faut savoir gré au Dr Duplessis de Pouzilhac d'avoir apporté son effort à l'œuvre de salubrité publique. L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 21 février. — Jury : MM. Achard, président; Jeanselme, Guillain et Villaret. — Mlle PEZÉ (Louise). Les précurseurs de Pinel au XVIIe et XVIIIe siècles. — M. LAMAZE (Fernand). Contribution à l'étude des réflexes d'automatisme médullaire dans la maladie de Friedrisch. — Mlle ROGER (Paulette). Contribution à l'étude clinique et anatomique de la colite aiguë du vieillard.

Mercredi 22 février. — Jury : MM. Roger, président; Delbet, Lardennois et Garnier. — M. POITRINE (Pierre). Contribution à l'étude de l'épilepsie. — M. HOCQUART (Jean). Contribution à l'étude du purpura vésical.

(1) Un vol. in-8 de 680 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, 1922, J.-B. Baillière et fils.

(2) Un vol. in-8 ill. — Prix : 7 fr. 50. — Montpellier, Montane, maître imprimeur, et Paris, A. Maloine et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Ribierre, Babonneix, Vaquez, Lortat-Jacob, Léri (qui acceptent), Pierre Marie, Sainton, Garnier, Milian, Laffitte, Legry, Teissier (qui n'ont pas fait encore connaître leur acceptation).

— Concours pour l'internat en pharmacie. — Un concours pour la nomination aux places d'élève interne en pharmacie, vacantes au 1er juin 1922 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le lundi 20 mars 1922, à 10 heures du matin, dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices, 47, quai de la Tournelle.

Se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, jnsqu'au samedi 4 mars inclusivement.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — Le concours d'internat de l'hôpital Saint-Joseph s'ouvrira le mardi 14 mars pour sept places d'internes titulaires et plusieurs places d'internes provisoires.

Pour les inscriptions et tous renseignements écrire, avant le 8 mars, à M. l'administrateur délégué, 7, rue Pierre-Larousse, Paris-14e.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Un concours pour une place de chef de clinique de chirurgie infantile s'ouvrira à l'École de médecine de Marseille le 7 mars 1922.

Le registre d'inscription sera clos le 27 février.

GUERRE. — Sont nommés dans le cadre des officiers honoraires :

Réserve. — Avec le grade de médecin-major de 2e classe honoraire : M. Leleu (de Maretz).

Avec le grade de médecin aide-major de 1re classe honoraire : M. Petit (du Creusot).

Armée territoriale. — Avec le grade de médecin-major de 2e classe honoraire : MM. Gaudinau (de Troyes), Guillaumont (d'Aix), et Vidal (E.-E.) (d'Angers).

Avec le grade de médecin aide-major de 1re classe honoraire : M. Hornus (de Paris).

Avec le grade de médecin aide-major de 2e classe honoraire : M. Papillon (de Paris).

LOI PROROGEANT LE DÉLAI IMPARTI AUX ÉTUDIANTS EN PHARMACIE, FILS D'UN PHARMACIEN DÉCÉDÉ, PAR LA LOI ASTIER POUR LA VENTE DE L'OFFICINE DE LEUR PÈRE. — La Chambre des députés a adopté sans débats, dans sa séance du 26 janvier 1922, un projet de loi prorogeant de quatre années le délai imparti aux étudiants en pharmacie, fils d'un pharmacien décédé, par la loi du 9 février 1916 (loi Astier) pour la vente de l'officine du défunt. Voici le texte de ce projet de loi.

« *Article unique.* — L'article 2 de la loi du 9 février 1916 est complété ainsi qu'il suit :

Est prorogé jusqu'au 1er novembre 1925 le délai imparti aux fils de pharmaciens, bénéficiaires de la loi du 9 février 1916, poursuivant leurs études en vue de l'obtention du diplôme de pharmacien, pour la vente de l'officine dont ils sont héritiers.

Le bénéfice de cette prorogation est étendu aux filles et aux veuves de pharmaciens se trouvant sous le régime de la loi du 9 février 1916 et mariées à des étudiants en pharmacie. »

LE PROCHAIN VOYAGE MÉDICAL AUX EAUX MINÉRALES. — Le 16e V. E. M. aura lieu au début de septembre 1922, dans les Pyrénées Occidentales, et durera treize ou quatorze jours. Il comprendra les principales stations du Sud-Ouest de la France, entre autres Arcachon, Dax, Biarritz, Salies-de-Béarn, Pau, Cauterets, Barèges, Bagnères-de-Bigorre, Luchon, etc.

L'itinéraire détaillé et tous les renseignements utiles seront communiqués au mois de mai.

LA SITUATION SANITAIRE EN MÉDITERRANÉE. — Des cas sporadiques de peste continuent à être signalés dans les ports de la Mer Noire et de la Méditerranée orientale. Rhodes, Catane et Naples, sont officiellement contaminés de peste.

On signale aussi quelques cas de typhus dans la Mer Noire et en Méditerranée orientale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Perrin, l'un des très sympathiques fonctionnaires du bureau du personnel médical à l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris. Nous prions sa famille et ses collègues de trouver ici l'expression émue de nos condoléances.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

DÉCLARATION RELATIVE A L'IMPOT SUR LE REVENU

On nous signale que des poursuites ont été engagées par le fisc contre certains médecins pour ce motif que ceux-ci auraient fait des déclarations inexactes au sujet de leur « chiffre d'affaires, frais médicaux déduits » ; et on nous demande s'il y a une jurisprudence à cet égard.

Le motif de poursuites semble mal indiqué : et nous supposons qu'il s'agit simplement des déclarations faites en vue de l'*imposition sur le revenu*. Car, ainsi que nous l'avons expliqué dans un précédent numéro (1), la loi du 25 juin 1920, portant création de nouvelles ressources fiscales, ne s'applique pas aux médecins : il résulte de cette loi que le chiffre d'affaires soumis à l'impôt par les articles 59 et suivants est le montant des affaires réalisées par « les personnes qui, habituellement ou occasionnellement, achètent pour revendre ou accomplissent les actes relevant des professions assujetties à l'impôt sur les bénéfices industriels ou commerciaux institué par le titre Ier de la loi du 31 juillet 1917, ainsi que les exploitants d'entreprises assujetties à la redevance proportionnelle prévue par l'article 33 de la loi du 21 avril 1810 ».

Il n'y a pas, à notre connaissance, de règles de jurisprudence sur le point de savoir quelles sont mathématiquement les déductions qu'il y a lieu de faire dans la déclaration d'impôt sur le revenu, en ce qui concerne ce qu'on peut appeler les *frais médicaux*. Cela se comprend aisément ; car, pour les médecins et chirurgiens comme pour les avocats, c'est-à-dire pour des personnes exerçant des professions libérales, *tout est question d'espèce ;* et par exemple, l'installation d'un médecin, en raison de sa spécialité, peut avoir une plus grande partie de son appartement affectée à l'exercice de sa profession qu'un autre médecin qui ne donne que des consultations, alors que l'un et l'autre ont le même loyer. Il est bien évident que le premier pourra déduire une somme plus importante, au titre du loyer, que le deuxième médecin.

Il n'est pas douteux que le médecin ou le chirurgien est en droit de faire une déduction afférente aux dépenses résultant de l'exercice de sa profession. Mais quelles sont ces dépenses ? On peut les classer, semble-t-il bien, de la manière suivante :

1° *Une part du loyer.* — Le médecin a choisi son appartement dans un quartier déterminé, en vue de l'exercice de sa profession ; il a affecté une partie de cet appartement à cet exercice. Dans quelle proportion ? Il est impossible de la fixer pour la raison donnée plus haut ; est-ce un cinquième, un quart, un tiers, plus ou moins ? La proportion à déterminer est une question de fait dont la solution dépend de l'importance de l'installation professionnelle ; la déduction à opérer sera du montant afférent à la proportion fixée. Si un appartement ou une maison a été loué pour l'usage exclusif de la profession, le loyer sera déduit entièrement.

2° *Une part du chauffage et de l'éclairage.* — En ce qui concerne le chauffage, d'abord, la dépense qui y est afférente peut se confondre avec celle du loyer, dans le cas où le propriétaire chauffe l'appartement, sans que le locataire ait à engager une dépense à ce sujet ; dans le cas contraire, il conviendra de fixer ce que peut coûter au médecin le chauffage de son cabinet, de son salon de réception pendant les jours de consultation, de toutes pièces affectée à l'exercice de sa profession, en tenant compte toutefois de l'usage privé, qui peut être fait de la partie de l'appartement affecté en principe à l'usage professionnel. En ce qui concerne l'éclairage, la discrimination peut être plus facile, si l'éclairage a lieu au moyen d'une lampe à pétrole ou essence par exemple ; s'il a lieu au moyen de l'électricité ou du gaz, il conviendra de déterminer ce qui peut être affecté à l'éclairage des pièces où s'exerce la profession, au moyen des relevés mensuels ou périodiques des Compagnies, et toujours en tenant compte de l'usage privé qui peut en être fait.

3° *Une part des gages du ou des domestiques.* — Le médecin peut avoir à son service un domestique-homme à demeure ; il y aura lieu d'évaluer la partie des gages se rapportant à l'exercice de la profession. Le domestique peut être pris uniquement pour les jours de consultation ; la dépense sera en ce cas facile à déterminer. Quand le médecin n'a pas de personnel spécial, il convient cependant de procéder à une ventilation ; car le ou la domestique qui ouvre la porte et introduit les clients, qui répond au téléphone, effectue un travail supplémentaire, dû à l'exercice de la profession, qui est rémunéré.

4° *Déplacements et transports.* — A cet égard, l'évaluation semble plus aisée : tout usage d'un mode de locomotion pour l'exercice de la profession entraîne une dépense chiffrable. Sans doute, ce serait une formalité fatigante si le médecin était tenu d'inscrire toutes les dépenses faites à ce sujet, même un transport par le métropolitain ; mais il peut se rendre compte sans difficulté de ce que peuvent représenter à la fin de chaque mois ses dépenses de locomotion.

L'exercice de la profession de médecin peut exiger l'emploi d'une voiture hippomobile ou automobile ; la dépense qui y est afférente est l'objet d'une déduction possible, mais, comme nous l'avons déjà dit, dans la mesure où il s'agit de l'exercice de la profession. Nous avons signalé, dans le n° 51 de l'année 1921, un jugement du tribunal civil de Montluçon décidant qu'un avocat, c'est-à-dire une personne exerçant une profession libérale comme le médecin, était en droit de ne payer que la demi-taxe prévue par la loi du 25 juin 1920, lorsqu'il employait une automobile pour l'exercice de sa profession. La loi suppose donc la légitimité d'une déduction en raison des frais professionnels qui sont exposés.

5° *Frais divers.* — L'exercice de la profession médicale entraîne toute une série de frais dont on peut énumérer les principaux : abonnements annuels aux journaux médicaux et scientifiques ; cotisations périodiques à des syndicats ou sociétés d'ordre médical ou scientifique ou toutes autres cotisations si elles sont en rapport direct avec la profession ; primes payées périodiquement en raison des polices d'assurances que le médecin a souscrites comme conséquence de sa profession. Ces dépenses ne seraient pas exposées, s'il s'agissait d'un simple particulier sans profession. Il en existe beaucoup d'autres : frais de correspondance, frais de bureau, papiers à lettres à en tête, étrennes données périodiquement, aux employés des hôpitaux par exemple, frais de dactylographe, frais de secrétaire, téléphone, achats de livres médicaux ou scientifiques, entretien de la bibliothèque.

Les dépenses d'achat d'instruments médicaux ou chirurgicaux peuvent soulever une question délicate. Lorsqu'il s'agit d'instruments usuels, remplacés périodiquement ou s'usant avec rapidité, il ne semble pas pouvoir exister de doute sur la déduction à opérer ; elle sera du montant de ce qu'ils ont coûté. Cependant, quand il s'agit d'une installation particulière, comme celle d'un chirurgien dentiste ou d'un médecin ayant une organisation spéciale (Rayons X), on ne saurait déduire en une seule fois le montant total de l'installation ; il s'agit là de frais de premier établissement durables. On peut envisager, à ce sujet, un certain amortissement annuel ; on peut compter en principe qu'un matériel s'amortit en dix années ; mais c'est encore là une question d'espèce ; le délai peut être moindre si l'usure est rapide.

Enfin, la patente que paie le médecin, c'est-à-dire l'impôt psofessionnel par excellence, est à déduire.

En résumé, on peut poser en principe que le médecin ou le chirurgien peut faire dans sa déclaration d'impôt sur le revenu, des déductions afférentes aux dépenses qui résultent de l'exercice de sa profession. Il est impossible de poser des règles rigides, mathématiques, en cette matière où tout est question d'espèce, comme nous le disons plus haut ; dans l'évaluation de la déduction, il faut tenir compte de plusieurs éléments qui sont personnels à chaque médecin, à chaque chirurgien. Ce qui complique cette évaluation, c'est que l'appartement ou la maison du médecin sert, en même temps qu'à l'exercice de sa profession, à l'usage privé de sa famille et de lui-même. En tout état de cause, il faut agir *avec modération* dans les déductions à faire ; c'est le seul moyen de ne pas être recherché par le fisc.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 91, p. 1450.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

RADIO-ACTIVITÉ -- CURIETHÉRAPIE

Par Simone LABORDE.

GÉNÉRALITÉS — PHYSIO-BIOLOGIE

Microbes et phagocytes dans le champ du rayonnement. (LACASSAGNE. *C. R. de la Soc. de biol.*, séance du 14 mai 1921.) — L'auteur, par ses constatations personnelles, confirme la conclusion de nombreux travaux qui ont établi l'action faible et même pratiquement nulle des radiations à très courte longueur d'onde sur les microbes. Le rayonnement mou, caustique pour toutes les cellules des tissus vivants, ne l'est pas, pour certains microbes tout au moins, et il n'est « abiotique » que pour les cellules des individus traités. Tout autour de la zone circulaire qui limite le champ d'action du rayonnement, les polynucléaires, arrivés par diapédèse intense, sont atteints par les rayons caustiques et dégénèrent sur place par cytolyse. Dans un champ intense de rayonnement sélectif, ces leucocytes restent cependant intacts. L'auteur rappelle la nécessité de prendre de minutieuses précautions d'asepsie dans l'emploi d'un agent thérapeutique capable de paralyser la défense locale de l'organisme sans atteindre l'agent infectieux.

Radiumthérapie et défense de l'organisme contre le cancer épithélial. (H. RUBENS-DUVAL. *Journ. méd. franç.*, mars 1921, t. X, n° 3, p. 128.) — Par l'étude de tumeurs traitées par le radium, étude poursuivie avec Dominici et Chéron, l'auteur a observé toute une série de modifications des cellules épithéliomateuses et de phénomènes réactionnels du stroma conjonctif.

Ces modifications ont été retrouvées dans des épithéliomes qui n'avaient été soumis à aucun traitement; ils ont alors valeur de phénomènes de régression spontanée du cancer.

Rubens-Duval estime que le rôle du tissu conjonctif dans la défense de l'organisme contre le cancer est telle qu'il ne peut guère y avoir de radiumthérapie efficace là où le tissu conjonctif est déficient.

Les épithéliomas pourvus d'un stroma conjonctif abondant, surtout s'il est riche en cellules conjonctives jeunes, sont d'un bon pronostic pour la radiumthérapie; un stroma grêle, extrêmement réduit, est au contraire un indice défavorable.

Au cours de recherches sur le traitement général du cancer, toutes les fois que l'auteur a obtenu la régression d'un épithélioma, celle-ci a été accompagnée d'une réaction conjonctive. Dominici et Barcat avaient d'ailleurs signalé le stade du papillome au cours de la régression de l'épithélioma sous l'influence du rayonnement ultrapénétrant du radium.

Tous ces faits conduisent à considérer le tissu conjonctif comme le régulateur de l'activité épithéliale.

Il existe des défenses actives humorales dont l'efficacité se reconnaît aux modifications des cellules cancéreuses. Ces défenses actives s'accentuent lorsque les cellules épithéliomateuses sont amoindries dans leur vitalité, par exemple pour avoir été soumises à l'action des rayons X ou des rayons γ. Il en résulte que s'il est important de détruire les cellules cancéreuses, il est non moins important de ménager au maximum le tissu conjonctif qui peut achever ce que le rayonnement a commencé.

La nécessité de ménager le tissu conjonctif commande l'emploi d'une bonne filtration primaire et l'absorption soigneuse du rayonnement secondaire. La méthode des « tubes nus » de Janeway est dangereuse surtout parce qu'elle lèse aussi gravement le tissu conjonctif que les cellules épithéliomateuses.

La nécessité de ménager le tissu conjonctif doit aussi inciter à éviter les trop fortes doses. Il vaut mieux toutefois donner une dose plus forte que cela n'est strictement nécessaire que de s'exposer à répéter les applications de radium.

Ménager le tissu conjonctif est bien; renforcer ses réactions défensives est mieux encore, et Rubens-Duval insiste sur la nécessité d'instituer un traitement général renforçant les défenses de l'organisme : la magnésie, le soufre, la chélidoine, certains extraits de colchique, de ciguë, l'opothérapie thymique, splénique, thyroïdienne, ont paru à l'auteur avoir une réelle valeur et augmenter l'efficacité des applications de radium.

La curiethérapie est-elle une méthode thérapeutique dangereuse. (RUBENS-DUVAL. *Paris chir.*, avril-mai 1921.) — L'efficacité de la radiumthérapie à ses débuts était contestée et pour cette raison on posait en principe que tout cancer opérable était uniquement du ressort chirurgical et qu'un malade ne devait être traité par le rayonnement du radium que s'il était inopérable. Il fut établi et demeure incontesté que la curiethérapie est le traitement de choix des cancers inopérables. Ne l'est-elle pas dans les cas moins avancés opérables? Non, disent certains chirurgiens, parce que l'emploi du radium est dangereux et que l'on ne doit pas exposer à ces dangers les malades bénéficiables d'une intervention chirurgicale.

Rubens-Duval avoue avoir une tendance à accuser la radiumthérapie de favoriser les métastases. Mais il n'a été appelé à la pratiquer que dans les cas où l insuccès de l'ablation chirurgicale seule était probable, il n'est donc pas très étonnant que les métastases aient été observées plus fréquemment dans la pratique de la radiumchirurgie que dans l'emploi de la chirurgie seule.

On a exprimé la crainte que le rayonnement du radium mobilise des cellules cancéreuses qui, insuffisamment irradiées, viendraient coloniser dans les tissus. Cette supposition n'est appuyée sur aucune preuve. Ce risque existe aussi avec l'acte chirurgical. Aussi Regaud conseille-t-il d'irradier les tumeurs avant d'en faire l'ablation afin que s'il se produit une dissémination des cellules néoplasiques au cours de l'intervention, celles-ci, mortellement irradiées, allassent mourir là où elles auraient été transportées. Loin de provoquer la formation des métastases, l'irradiation peut donc en diminuer les risques.

Il est possible aussi que les réactions de défense de l'organisme vis-à-vis du cancer soient diminuées du fait de la destruction des éléments sains irradiés en même temps que les cellules cancéreuses. En outre, ces réactions peuvent être entravées ou même temporairement inhibées par la résorption massive de tous les débris cellulaires. On peut conclure : 1° que la radiumthérapie ne provoque pas la formation des métastases; 2° qu'elle peut activer la croissance des métastases préexistantes. Il en résulte que la constatation d'une métastase est en général une contre-indication à la radiumthérapie.

Les accidents comme les brûlures graves, radionévraxes (entraînant parfois la perforation d'organes creux, vessie, rectum) ou névrites survenues à la suite d'applications de radium proviennent le plus souvent de fautes de technique et de filtrations insuffisantes. L'or et le platine comme filtres primaires et une meilleure filtration secondaire permettent d'éviter les ennuis. C'est là une question d'outillage approprié et de connaissances techniques.

Il serait aussi irrationnel d'imputer à la curiethérapie les fautes de ceux qui emploient le radium, au petit bonheur, que d'imputer à la chirurgie les accidents opératoires de débutants, d'ignorants ou de maladroits.

La curiethérapie a été accusée de provoquer des accidents infectieux. L'asepsie rigoureuse permet de les éviter.

Au cours des fortes applications de radium, on observe des

réactions fébriles, des nausées, parfois des vomissements, de l'insomnie constituant ce que l'on a appelé le *mal des rayons*, et M. E. Oppert le *choc radiumthérapique*. Le mal des rayons paraît imputable, d'une part à la destruction d'un nombre plus ou moins considérable de globules du sang, d'autre part à la résorption de produits de désintégration toxique.

Les destructions globulaires au cours d'une irradiation massive sont comparables à la perte de sang que peut subir un cancéreux au cours d'une intervention chirurgicale. Tout dépend de la résistance du sujet.

L'intoxication par résorption des produits de désintégration constitue un danger lorsqu'il s'agit de tumeur volumineuse, de résorption rapide et lorsque l'état général du malade est mauvais.

En résumé, il reste un fait acquis : la curiethérapie a pu déterminer la disparition durable de cancers inopérables. Et après l'examen des accidents graves survenus au cours de l'emploi thérapeutique du radium, les uns locaux, résultent principalement de fautes de technique, les autres généraux ne s'observent que dans les plus mauvais cas où la curiethérapie elle-même est contre-indiquée. L'auteur est donc en droit de conclure que la curiethérapie n'est pas une méthode thérapeutique dangereuse.

Il est légitime de comparer la curiethérapie et la chirurgie comme de même valeur en étudiant suivant les cas les indications respectives de l'une et de l'autre.

La curiethérapie de la radiodermite des radiographes. (J. Bergonié. *La Médecine*, juin 1921, p. 675.) — Un grand nombre de lésions cutanées chez les radiologistes, dites radiodermites professionnelles, sont justiciables de la curiethérapie.

L'auteur rapporte l'observation de trois médecins traités par des applications de radium et dont l'un fut complètement guéri, et il conclut :

1° Le radium guérit les hyperkératoses des radiodermites chroniques, ainsi que les escarres légères, crevasses, fendillements épidermiques, etc.;

2° Il guérit aussi les escarres étendues, même profondes, siégeant sur la main proprement dite, entourée de tissus sains, dont la circulation est intacte et le réchauffement physiologique;

3° Il ne guérit pas les escarres profondes des doigts, intéressant le squelette, entourées d'un tissu sclérosé, à circulation déficiente, avec articulations ouvertes, disparition du tissu musculaire. Il peut les aggraver.

Notre expérience personnelle nous permet de partager l'opinion de l'auteur, car nous avons pu obtenir des guérisons sur des lésions de radiodermite au début de leur transformation épithéliomateuse.

Cf. — Sur la notation en curiethérapie. (Simone Laborde. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, séances du 21 fév. et du 18 avril 1921.)

Radium et radiumthérapie. (Bergonié. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 mai 1921, p. 255.)

Un appareillage universel pour radiumthérapie. (Baud et L. Mallet. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, juin 1921, t. V, n° 6.)

Recherches expérimentales sur l'action des rayonnements β et γ du radium agissant dans les tissus par radiopuncture. (A. Lacassagne. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, avril 1921, t. V, n° 4.)

Discussion sur la notation en curiethérapie. (A. Laborde. *Journ. de radiol.*, 1921, p. 312.)

Etat actuel de la radiumthérapie. Indications et contre-indications. Technique. (E. Oppert. *Journ. méd. franç.*, mars 1921, p. 116.)

Les bases de la radiumthérapie des cancers. (Mme Fabre. *Sud méd.* (Marseille), 15 janv. 1921, p. 1497.)

Fondements rationnels, indications techniques et résultats généraux de la radiothérapie des cancers. (Cl. Regaud. *Congrès de la Soc. intern. de chir.*, Paris, juillet 1920.)

Radiologie et radiumthérapie. (Béclère, Cottenot et Mme Laborde. Un volume dans le *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, Paris 1921, Maloine, édit.

NÉOPLASMES

Modes de début des cancers de la peau et de la bouche. Comment éviter ces cancers? (J. Darier. *Journ. de méd. et de chir.*, 10 avril 1921, p. 247.) — Un cancer à son début est un mal purement local. L'apparition d'un cancer n'est pas l'expression d'une diathèse préalable et quand on l'a supprimé dès sa naissance, on a guéri le malade sans avoir à redouter que la prétendue diathèse ne se manifeste par ailleurs.

L'examen histologique peut seul nous amener au diagnostic sûr de l'une ou l'autre des formes d'épithélioma de la peau :

1° Epithélioma spino-cellulaire. Le traitement sera l'exérèse chirurgicale hâtive et complète. Il ne faut pas recourir aux rayons X ou au radium, attendu que cette thérapeutique est pratiquement inopérante et même dangereuse dans tout épithélioma spino-cellulaire, même naissant. L'auteur ajoute cependant que des expériences récentes ont prouvé qu'il faut des doses formidables de rayons sagement sélectionnés, pour agir utilement contre cette forme de cancer;

2° Epithélioma baso-cellulaire. Il se caractérise par sa grande lenteur d'évolution, sa faculté de ne pas faire de métastases ni d'engorgements ganglionnaires. Le traitement de choix est la radiothérapie par l'ampoule ou par le radium. Une variété de ce type, l'épithéliome mixte ou épithélioma malpighien métatypique qui peut donner des métastases et infecter les ganglions résiste à la radiothérapie. Il exige l'ablation rapide et totale au bistouri;

3° Le traitement de choix de l'épithéliome nœvo-cellulaire ou nœvo-carcinome est l'électrolyse.

Les cancers de la bouche sont de nature spino-cellulaire dans la grande majorité des cas et neuf fois sur dix ils se développent sur une base de leucoplasie syphilitique. Il faut savoir dépister sur ce fond l'épithélioma débutant : l'ablation chirurgicale immédiate est de rigueur.

Au niveau de la bouche on rencontre aussi parfois l'épithélioma baso-cellulaire.

Ainsi les indications des divers traitements pour chaque variété d'épithélioma sont précises. Il ne faut pas recourir banalement aux applications de rayons X ou de radium lesquelles très puissantes contre l'épithélioma baso-cellulaire sont inactives ou franchement nuisibles dans toutes les autres espèces d'épithéliomes.

L'opinion de l'auteur, vraie dans quelques cas, nous semble cependant trop absolue en ce qui concerne les épithéliomas spino-cellulaires; les progrès de la technique en curiethérapie et en röntgenthérapie permettent en effet d'obtenir des régressions, et souvent même des guérisons cliniques complètes.

Sept cas de cancer de l'œsophage traités par le radium et suivis sous l'œsophagoscope. (J. Guisez. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Paris*, séance du 11 mars 1921.) — L'auteur rapporte sept cas de cancer de l'œsophage vérifiés par l'examen histologique où les applications de radium ont donné d'excellents résultats.

Les doses données ont été de 10 à 12 centigrammes de bromure de radium en applications de quatre à cinq heures; les premières séances ont lieu tous les cinq à six jours; les dernières tous les huit ou dix jours. Il faut au total quarante heures. Les tubes sont en argent et fixés dans une sonde olivaire n° 20 ou 22.

Dans les cas signalés par l'auteur, l'amélioration a été rapide, la déglutition étant redevenue normale, les malades ont gagné plusieurs kilogrammes. Trois fois la tumeur a disparu; mais en général, elle diminue seulement, ce qui permet néanmoins la déglutition.

Curiethérapie dans le cancer du col et dans le cancer du corps de l'utérus. (H. Hartmann. *Rev. de gynécol. et d'obstétr.*, 1921, t. IV, n° 4, p. 301.) — Le cancer de l'utérus est un de ceux qui ont le plus bénéficié de l'introduction de la curiethérapie dans la thérapeutique chirurgicale.

La guérison, dans les cas traités assez près de leur début semble complète. De l'examen histologique d'un certain nombre d'utérus enlevés après curiethérapie, il résulte que dans un grand nombre de cas, il y a au niveau de l'utérus disparition complète de tout élément néoplasique. Ces constatations locales ne permettent toutefois pas de conclure que par l'application de radium intracervical on guérit le cancer Seule l'observation de malades traitées par la curiethérapie

peut permettre de trancher la question. En France, nous sommes restés trop longtemps fidèles à l'intervention sanglante. Pour nous faire une idée des résultats généraux de la curiethérapie curative, il faut recourir aux statistiques étrangères.

Les récidives ont été le plus souvent des récidives à distance.

La technique suivie à la clinique de H. Hartmann est celle qui a été décrite par Regaud.

En procédant de cette manière, on peut obtenir des guérisons dans les cancers encore assez limités, mais on ne peut espérer atteindre des ganglions envahis à distance; on ne peut agir sur tout le paramètre lorsqu'il est induré jusqu'à la paroi pelvienne. Aussi a-t on cherché à compléter l'action de la curiethérapie utéro-vaginale par d'autres moyens. Flateau, Seitz et Wintz, Recasens, ont combiné à la curiethérapie, la roentgenthérapie, irradiant le paramètre, les ganglions iliaques et hypogastriques.

Dans ces derniers temps quelques observations de radiumpuncture par voie abdominale ont été publiées en France (Schwartz et Richard, Proust et Mallet, Douai et Mme Fabre).

Ces curiethérapies par voie abdominale n'ont encore été que peu pratiquées; l'avenir nous dira si l'on doit s'engager dans cette voie.

On a dit qu'il y avait lieu après curiethérapie de faire l'hysterectomie limitée à l'ablation de l'utérus. Étant donnée que les récidives sont le plus souvent à distance, il ne semble pas rationnel d'enlever l'utérus ordinairement indemne et de laisser en place les tissus où siègent encore des cellules cancéreuses. D'autre part l'opération est grave et, l'auteur pense avec Siredey, Clark, que c'est une mauvaise politique d'exposer aux risques d'une opération radicale devenue plus dangereuse par le fait de la production de tissu scléreux des malades dont un bon nombre sont réellement guéries.

La curiethérapie après l'hysterectomie ne semble pas présenter d'avantages réels.

Il n'y a, en général, pas lieu de recourir à la curiethérapie dans les *cancers du corps*. L'opération sanglante donne des résultats excellents et n'est, pour ainsi dire, jamais suivie de récidive.

Seul, le *cancer du col* est justiciable de la curiethérapie. Dans les cancers massifs qui englobent tout le pelvis, dans les cancers ulcéreux avec induration envahissant les parois rectale et vaginale, il n'y a pas d'amélioration bien nette.

Pour les cancers du col *opérables*, les gynécologues ont tendance à abandonner l'intervention. La question n'est pas tranchée.

Dans les cas à la *limite de l'opérabilité*, tout le monde est d'accord pour recourir à la curiethérapie. Y a-t-il lieu d'enlever l'utérus secondairement à l'application du radium. L'auteur ne croit pas cette ablation indiquée, sans oser émettre une opinion définitive.

Pour les *cancers nettement inopérables*, l'utilité de la curiethérapie et sa supériorité sur tous les autres traitements ne sont pas contestables.

Des indications respectives de l'hystérectomie, de la curiethérapie et de la radiothérapie pénétrante dans le cancer du col de l'utérus. (R. Proust et L. Mallet. *Presse méd.*, 1er fév. 1922, no 9.) — Les auteurs ont cherché à définir les indications respectives des trois méthodes qu'on peut opposer au cancer du col de l'utérus.

L'hystérectomie élargie est arrivée à un point proche de la perfection. Elle permet d'enlever le paramètre envahi avec l'utérus. L'hystérectomie par voie périnéo-vaginale est moins employée que l'hystérectomie par voie abdominale.

Les survies durables ne dépassent guère 30 p. 100 des cas ayant survécu à l'opération,

En comparaison, que donne le radium? A la base de toutes les recherches se trouvent les travaux de Dominici.

Une dose intra-utérine de 30 mgr de radium-élément, et une dose analogue répartie dans les culs-de-sacs; filtre : 1mm5 de platine et filtrage secondaire, pendant cent heures, est indiquée par les auteurs comme dose maxima.

D'après la statistique de Brunier, la curiethérapie assure des guérisons prolongées (au delà de cinq ans), moins nombreuses que l'opération sanglante.

Mais si on analyse l'ensemble des statistiques réunies par Taussig, on arrive au chiffre total de 224 guérisons (de 5 ans) sur 1.114 cas, soit 20 p. 100. Ces pourcentages sont inférieurs à ceux obtenus au bout d'une année.

Cet affaiblissement de l'action à longue échéance semble due à l'insuffisance de l'irradiation du paramètre. Aussi, les auteurs ont-ils chercher à implanter le radium au niveau des ligaments larges : c'est la curiethérapie élargie du cancer du col, le « radium-Wertheim ».

La troisième thérapeutique qu'on peut opposer au cancer du col est la radiothérapie pénétrante. Des appareils marchant sous 200.000 volts de tension, ayant 40 centimètres d'étincelle équivalente permettent d'obtenir des rayons très durs, c'est-à-dire de courte longueur d'onde.

La quantité de rayons X reçue par la tumeur doit être légèrement supérieure à celle qui, au niveau de la peau, provoquerait un léger érythème. Le cancer du col situé à une profondeur de 10 centimètres ne reçoit que 30 à 40 p. 100 de la dose superficielle, d'où la nécessité de multiplier par cinq ou six ses portes d'entrée.

L'école de Seitz fait aborder la dose nécessaire en une seule séance. C'est le « Röntgen-Wertheim ». Six portes d'entrée, quarante minutes pour chacune d'elles, soit environ quatre heures d'irradiation. Cette technique risque de déclancher le röntgenkatès.

Ledoux-Lebard fragmente la séance unique en séances quotidiennes dont l'ensemble ne dépasse une semaine.

Les rayons X peuvent faire disparaître cliniquement et macroscopiquement le cancer de l'utérus. Les cas opérables ont donné jusqu'à 60 p. 100 de succès, les inopérables 23 p. 100.

Les trois méthodes donnent donc des résultats comparables.

La radiumthérapie et la röntgenthérapie ont une mortalité immédiate moindre. Les survies durables de l'intervention sanglante sont plus marquées.

Les auteurs conseillent : 1o dans les cas de début, néoplasme très localisé, opération sanglante très large. Très souvent, il aura été indiqué de faire précéder l'opération, à un délai n'excédant pas trois semaines, d'une application vaginale de radium, On aura avantage un mois après l'intervention, à faire une irradiation des ligaments larges par rayons X; 2o cas cliniquement opérables, mais avec présomption d'envahissement des ligaments larges : il faut utiliser la curiethérapie en faisant un « radium-Wertheim » ou compléter l'action du radium par celle des rayons X; 3o cas inopérables avec bon état général : le traitement principal doit se faire par les rayons X ; l'emploi du radium restant indiqué à titre complémentaire par application intra-utérine ; 4o cas très avancés : rayons X en se méfiant des fortes doses.

Restent à étudier les modalités d'association des trois méthodes. Comme stérilisation préopératoire, les auteurs acceptent la curiethérapie et rejettent la röntgenthérapie. Comme complément de l'action opératoire, ils approuvent la röntgenthérapie et rejettent la curiethérapie. Ils recommandent la curiethérapie élargie, soit sous forme de pose intraabdominale de radium, soit sous forme d'association avec la radiothérapie pénétrante.

Sur le traitement des cancers des lèvres par les rayons X et le radium (Cl. Regaud, J. Jolly, A. Lacassagne, J.-L. Roux-Berger, H. Cesbron, H. Coutard, O. Monod, G. Richard. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, séance du 18 juillet 1920.) — Les auteurs rapportent l'observation de 22 cas de cancers des lèvres traités par les rayons X et le radium. Ils rappellent les règles générales, communes à ces traitements, à savoir : 1o Toute la zone d'envahissement du néoplasme doit être traitée soit (de préférence) d'un seul coup, soit par secteurs irradiés à de courts intervalles; 2o le champ de rayonnement, dans lequel le néoplasme est compris en totalité, doit être homogène; 3o on doit compter, en fait d'efficacité curative, surtout sur le premier traitement, c'est-à-dire sur un traitement unique; 4o les auteurs recommandent une durée de l'ordre de huit jours pour le traitement unique (röntgenthérapie ou curiethérapie); 5o il faut donner au néoplasme la dose maxima de rayonnement compatible avec le maintien des tissus normaux en bon état.

La röntgenthérapie des cancers des lèvres présente des inconvénients et des dangers que l'on ne peut que difficile-

ment éviter (réactions profondes des muqueuses de la bouche et du pharynx) et qui justifient la préférence donnée à la curiethérapie.

La curiethérapie est la méthode de choix ; elle a été employée de deux manières : en application superficielle et par radiumpuncture.

Pour l'emploi de la curiethérapie superficielle, les tubes à parois de platine de 1 millimètre d'épaisseur sont inclus dans une pièce rigide modelée (cire de dentiste, caoutchouc vulcanisé) sur la région à traiter. Il faut employer en moyenne par centimètre carré de néoplasme, un élément placé à 1 centimètre de distance, contenant de 2 à 3,33 milligrammes de radium.

La radiumpuncture est pratiquée avec des aiguilles à parois de platine de 0,4 à 0,5 millimètres chargées à 1,33 ou à 2 milligrammes de radium. Une aiguille pour 2 à 3 centimètres cubes de tissu traité.

Les doses indiquées par les auteurs sont les suivantes :

En curiethérapie superficielle : 1/2 à 1 millicurie détruit par centimètre carré de surface traitée (la surface cutanée et la surface muqueuse étant additionnée), dose donnée en huit jours.

En radiumpuncture : 1/3 à 1/2 millicurie détruit par centimètre cube de tissu traité, dose à donner en huit jours.

La curiethérapie des ganglions est très difficile à pratiquer. Les auteurs conseillent le curage chirurgical chaque fois qu'il est possible. La röntgenthérapie des adénopathies paraît devoir être un procédé très efficace.

Les auteurs concluent que :

1. *La localisation tégumentaire du cancer épidermoïde des lèvres est curable par la röntgenthérapie et la curiethérapie, même lorsque le néoplasme a atteint un grand développement.*

2. La curiethérapie est à tous égards préférable à la röntgenthérapie dans le traitement du cancer des lèvres.

Dans les cancers minces, la curiethérapie par application superficielle suffit.

Dans les cancers épais, la curiethérapie par radiumpuncture est plus avantageuse et même indispensable.

3. Les très bons résultats obtenus dans des cancers qui avaient largement dépassé le stade d'opérabilité permettent de considérer, comme facile, la guérison, par curiethérapie, des cas opérables et *à fortiori* des cas au début.

4. En l'absence d'une technique radiothérapique ayant fait ses preuves pour la guérison des localisations ganglionnaires, celles-ci, quand elles sont opérables, doivent actuellement être traitées par l'exérèse chirurgicale.

Cf. — Sur la technique de la curiethérapie dans le cancer du col de l'utérus. (C. Regaud, Roux-Berger, Lacassagne, Cesbron, Coutard, Richard. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, séance du 19 juillet 1920.)

Radiumthérapie du cancer de l'œsophage sous le contrôle des rayons X. (R. Walter Mills et John S. Kimbrough. *Journ. of amer. med. Assoc.*, Chicago, n° 23, 8 juin 1920.)

Quelques réserves sur le traitement du cancer par le radium. (Villard. Communication à la *Soc. de chir. de Lyon.* Séance du 27 janvier 1921, *Lyon chir.*, mars-avril 1921.) — L'auteur déclare que, depuis sept ans, tous les cancéreux qu'il a confiés à la radiumthérapie sont morts ou en voie de récidive avec issue fatale certaine. Il annonce son désenchantement, au sujet de cette thérapeutique, qu'il trouve constamment inefficace au point de vue de la guérison à longue échéance du cancer. Le bistouri lui paraît infiniment supérieur au radium, parce qu'il agit avec plus d'intelligence. Dans le cancer du col de l'utérus, dit-il, le radium ne peut pas stériliser les extensions lymphatiques, si fréquentes, le long de l'hypogastrique, extensions que l'on découvre souvent au cours de l'hystérectomie.

L'auteur a remarqué que la curiethérapie favorisait la généralisation des néoplasmes et il pense que les métastases sont bien plus activés après la radio-destruction qu'après l'exérèse chirurgicale.

Dans le cancer de l'utérus, l'exérèse chirurgicale donne un pourcentage de guérisons intéressant. L'auteur en enregistre, pour son compte, 27 p. 100. Dans le cancer du sein, sa statistique personnelle lui donne 43 p. 100 de guérisons. L'avantage de l'exérèse chirurgicale, sur la curiethérapie, lui paraît prouvé.

Cependant, M. Villard reconnaît la merveilleuse action locale du radium pour le traitement palliatif de certains néoplasmes inopérables, parmi lesquels, le cancer utérin tient la première place. Mais il formule des réserves, car il accuse la radiumthérapie de provoquer, parfois, des douleurs intolérables.

Dans une discussion qui a suivi cette communication, M. Tixier a déclaré que la curiethérapie provoque parfois de graves accidents, et il a trouvé étonnant que ces accidents ne soient pas plus souvent signalés. Il a vu, chez certaines malades, survenir, après application de radium, des accidents fébriles, infectieux, à retentissement péritonéal impressionnant et cependant, la curiethérapie avait été exécutée là dans des conditions parfaites.

GYNÉCOLOGIE

Un procédé de traitement des fibromes par le radium. (Simone Laborde. Congr. pour l'avanc. des sc., *Journ. de radiol.*, t. IV, n° 11, p. 489.) — La technique employée par tous les radiumthérapeutes et qui consiste essentiellement dans l'introduction d'appareils radifères dans le canal cervico-utérin ne semble pas applicable à tous les cas.

Il n'est pas toujours possible d'introduire une sonde dans l'utérus :

1° Parce que la cavité utérine peut être occupée par le fibrome au point de devenir *filiforme*. Cette disposition n'est pas rare comme on peut le constater sur des coupes longitudinales d'utérus enlevés par le chirurgien;

2° Parce que la cavité, dans le cas de myomes sous-muqueux, par exemple, peut devenir sinueuse au point de ne pas permettre à la sonde de pénétrer au-dessus du canal cervical.

D'autre part, l'introduction du radium dans l'utérus présente certains inconvénients :

a. La dilatation du col, avec ou sans anesthésie, est toujours un temps pénible pour la malade;

b. Cette dilatation peut amener une nouvelle hémorragie;

c. Elle peut être, malgré les plus minutieuses précautions d'asepsie, une cause d'infection et réveiller, par exemple, un foyer de salpingite ancienne;

Et enfin, l'introduction dans le canal cervico-utérin est le plus souvent *inutile*; considération qui à elle seule serait suffisante pour que ce procédé soit abandonné. Les mêmes résultats satisfaisants sont en effet obtenus en plaçant le radium dans les culs-de-sac vaginaux.

L'auteur indique ensuite les doses à employer. Elles varient suivant l'âge des malades. On provoque l'arrêt définitif des règles chez les malades au voisinage de la ménopause, mais chez les femmes plus jeunes on doit chercher à obtenir l'arrêt des hémorragies sans provoquer une ménopause définitive, il faut pour cela répartir la dose qui doit être donnée en deux ou trois applications.

S. Laborde conclue que dans le traitement des fibromes de petit et de moyen volume, l'irradiation vaginale permet d'obtenir les mêmes résultats que les applications intra-utérines; c'est un procédé pratique en raison de sa grande simplicité et du minimum d'incommodités et de risques auxquels on expose la malade.

Curiethérapie des fibromes utérins. (J.-L. Faure. *Revue de gynécol. et d'obstétr.*, 1921, t. IV, n° 4, p. 290.) — C'est une question en pleine évolution sur laquelle on ne peut porter un jugement définitif. L'auteur apporte le résultat de son expérience personnelle; les applications de radium amènent dans presque tous les cas, l'arrêt des hémorragies et la régression et parfois même la disparition des fibromes. Il faut attribuer cette action à l'influence que le radium exerce à la fois sur tous les éléments de l'appareil génital, muqueuse utérine et ses vaisseaux, tissu musculaire, ovaire. L'action sur la muqueuse et sur le tissu musculaire indépendamment des ovaires est certaine. Les avantages de la curiethérapie sont sa rapidité d'action et la simplicité de son emploi. Une seule application suffit souvent et l'anesthésie, contrairement à l'opinion de Nogier est dans la majorité des cas inutile. Une des supériorités de la radiumthérapie c'est son inocuité, il n'existe pas de cas de morts; et les brûlures ou les accidents infectieux sont rares.

Parmi les inconvénients, il faut citer la stérilisation des ovaires rarement évitée; c'est une infériorité vis-à-vis de

l'opération sanglante lorsque celle-ci permet de pratiquer une simple myomectomie. Le reproche qu'on a fait au radium de déterminer ou de favoriser le développement ultérieur d'un néoplasme du corps utérin n'est appuyé sur aucune observation précise.

Le radium est supérieur aux rayons X tels qu'ils étaient appliqués jusqu'à ces derniers temps, mais les progrès de la radiothérapie lui feront peut-être regagner sur le radium de terrain qu'elle semble avoir perdu.

Il est cependant indiscutable que c'est l'opération qui réalise au suprême degré la perfection de la guérison. Mais c'est une opération sérieuse entraînant une mortalité de 5 p. 100.

Il est difficile d'établir une règle générale. Cependant on devra conseiller la curiethérapie dans les fibromes hémorragiques de volume moyen, et dans les cas où l'opération paraît particulièrement sérieuse.

Mais il faut opérer chaque fois que le diagnostic est incertain : les femmes jeunes quand on peut avoir l'espoir de pratiquer une opération partielle; lorsque le traitement par les radiations n'a donné que des résultats insuffisants; les malades atteintes de lésions inflammatoires; les malades chez lesquelle le fibrome est suspect d'infection, de nécrose, de calcification, celles dont le fibrome est trop volumineux ou manifeste une évolution inquiétante, et surtout les malades chez lesquelles on soupçonne le développement du néoplasme.

Cf. — La radiumthérapie des fibromyomes utérins. (Th. Nogier. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, t. IV, n° 12, p. 537.)

Le traitement des fibromes utérins par le radium. (*The Journ. of Amer. med. assoc.*, 20 sept. 1919.)

SANG

Résultats éloignés de la curiethérapie dans la leucémie myéloïde. Valeur de la méthode et conduite de la cure. (Rénon et Degrais. *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 15 fév. 1921.) — Huit malades atteints de leucémie myéloïde ont été traités par des applications de radium dont le nombre a varié, selon les cas, de 6 à 25. Ces malades ont succombé uu, deux, trois ou six ans, après le début du traitement.

La technique employée dans tous ces cas a été la suivante: Chaque application a été effectuée à l'aide de treize appareils à sels collés, d'une surface totale de 244 centimètres carrés contenant 101 milligrammes de radium-élément, filtrés par 2 millimètres de Pb et 1 centimètre de gaze. Les appareils restaient en place quarante-huit heures.

L'action de la curiethérapie a toujours été immédiate et puissante : diminution du volume de la rate, abaissement du nombre des globules blancs et des myélocites avec amélioration de l'état général. Deux malades devinrent enceintes, l'une d'elles mena sa grossesse à terme.

Il faut noter l'épuisement de l'action thérapeutique, quand surviennent les récidives qui semblent fatales. Se produit-il une accoutumance des éléments anormaux au rayonnement? Existe-t-il plutôt une action empêchante, rendant inefficaces les dernières tentatives de curiethérapie (tissu splénique devenu fibreux par l'action d'irradiations répétées)? De toute façon, pour retarder les récidives et diminuer leur gravité, il convient d'espacer les irradiations et de les faire chaque fois aussi intenses que possible. Il semble aussi qu'il serait utile de traiter la moelle osseuse pour agir sur un plus grand nombre d'éléments et éviter de localiser uniquement sur la rate, la totalité des irradiations.

Cf. — Grossesse survenue au cours d'une leucémie myéloïde traitée par la curiethérapie. Enfant vivant depuis cinq ans et demi. (Rénon et Degrais. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, n° 38, 16 déc. 1920, p. 1511.)

Dangers des rayons X. Sur un cas d'anémie mortelle. (H. Bordier. *Arch. d'électr. méd.*, juillet 1921.) — Le docteur Mottram avait fait connaître trois cas d'anémie pernicieuse mortelle déterminée par les rayons du radium. On pouvait, de ce fait, prévoir que les radiologistes allaient courir des risques du même ordre en utilisant les nouveaux appareils à rayons de Röntgen pénétrants.

Le docteur F. E. Larkins publie, en effet, un cas d'anémie mortelle chez un manipulateur radiographe qui occupait son poste depuis quinze ans et qui avait remplacé ses anciennes ampoules par des tubes émettant des rayons très pénétrants.

Il faut noter que dans ce cas d'anémie la destruction progressive des globules sanguins s'est produite sans lésions cutanées ni radiodermite.

En octobre 1920, une analyse du sang pratiquée fortuitement chez le sujet montra 4.200.000 globules rouges et 7.200 globules blancs. Les premiers signes pathologiques furent constatés en janvier 1921 : le teint devint jaune citron, l'appétit diminuait et la respiration paraissait plus courte, Le malade avait la fièvre vers quatre heures et souffrait de la région dorsale. L'examen du sang montra en février 2.700.000 globules rouges ; 1.600 globules blancs, 54 p. 100 d'hémoglobine. Les repos au lit, le fer et l'arsenic ont alors provoqué une amélioration sensible. Le 1er mars, des symptômes cérébraux apparaissent : perte partielle de la mémoire et diminution de la lucidité. Le 6, le nombre des globules rouges est tombé à 1.350.000. Le 9 mars, hémorragie rétinienne des deux côtés. Le 16, on fait la transfusion du sang qui est suivie d'hyperthermie à 41 degrés avec pouls à 150. Des épistaxis persistantes se produisent et le malade meurt le 21 mars.

Le docteur Larkins conclut qu'il serait bon pour dépister assez tôt l'anémie, d'examiner, tous les six mois, le sang des personnes qui vivent dans le voisinage des ampoules de rayons X et des tubes à radium.

TECHNIQUE

De la confection des appareils de radiumthérapie dans les néoplasmes des mâchoires. (J. Bercher. *Paris méd.*, 3 sept. 1921, n° 36.) — Dans le traitement des tumeurs malignes des mâchoires, le stomatologiste doit être appelé à prêter son concours au radiumthérapeute, aussi bien qu'au chirurgien. L'auteur a été ainsi chargé par M. le professeur Regaud et son assistant, M. Monod, de confectionner un certain nombre d'appareils destinés à porter le radium au contact des tissus néoplasiques.

Le radium est porté au contact des éléments cancéreux, soit au moyen d'aiguilles de platine, enfoncés directement dans la tumeur, soit au moyen de tubes de platine.

Des deux procédés employés pour porter le radium au contact des éléments cancéreux, le seul qui intéresse le prothéiste est celui des tubes de platine. Les tubes chargés de radium devant être maintenus, pendant quelques jours, il importe donc de leur construire un support bien toléré par le malade et possédant certaines propriétés vis-à-vis du radium lui-même.

Le choix de la substance à employer n'est donc pas indifférent.

Le métal doit être écarté en raison des radiations secondaires susceptibles de provoquer des brûlures à distance. Les cires et les compositions similaires manqueraient de résistance et se déformeraient à la chaleur de la cavité buccale.

Le caoutchouc rouge ou noir vulcanisé reste la substance idéale. La masse de caoutchouc devra être aussi épaisse que possible afin d'éloigner les tubes des tissus qu'il ne faut pas exposer aux irradiations.

On procède tout d'abord à l'extraction des dents situées près de la tumeur, puis on prend une empreinte en plâtre du maxillaire.

L'appareil est alors construit sur ce modèle.

Au niveau de la tumeur, la plaque-base doit avoir au minimum 2 centimètres d'épaisseur.

Si l'on est obligé d'utiliser des crochets métalliques pour la maintenir, ceux-ci devront être fixés du côté opposé au radium. Il reste à disposer les tubes dans la masse de vulcanite. Le radiumthérapeute ayant indiqué la place où les tubes doivent être appliqués, on creuse des logettes assez profondes et on les fixe au moyen de cire ou de paraffine.

Cet appareil peut être enlevé au moment des repas

L'auteur insiste sur l'ingéniosité qu'exige la construction de ces appareils de la part du stomatologiste ; les difficultés étant souvent considérables et à chaque cas répondant, une conception nouvelle.

Pour terminer, l'auteur remarque, d'après les résultats de son expérience personnelle, qu'il est désirable de ne pas se hâter dans l'application d'une prothèse réparatrice ; l'appareillage trop hâtif pouvant favoriser la récidive.

NOTES POUR L'INTERNAT

SYPHILIS CÉRÉBRALE[1]

2° *Diagnostic des gommes cérébrales.* — Le diagnostic des gommes cérébrales est à discuter avec :

— les *tumeurs cérébrales.* Le diagnostic est difficile; c'est seulement par l'étude complète du malade qu'on arrivera à poser le diagnostic : l'âge du malade, les antécédents, la recherche des stigmates syphilitiques, la recherche du Wassermann, l'étude du liquide céphalo-rachidien y contribueront. En cas de doute, le traitement d'épreuve devra toujours être essayé.

— le *tubercule cérébral.* Les signes cliniques constatés sont ici en rapport avec un tubercule localisé. Son évolution se traduit de temps en temps par une poussée méningée. Enfin, une méningite tuberculeuse ultime vient en terminer le plus souvent l'évolution.

3° *Diagnostic de l'épilepsie syphilitique.* — L'*épilepsie vraie* survient et se traduit dans l'enfance et non tardivement comme l'épilepsie d'origine syphilitique. Dans les deux affections, les accès sont d'allure clinique comparable, mais quelquefois on note dans la syphilis l'absence du cri initial ou de la perte de connaissance. Dans la syphilis, avant ou en même temps que la crise épileptique, on note l'apparition de la céphalalgie prodromique dont nous avons étudié déjà longuement les caractères essentiels.

Dans l'épilepsie syphilitique, la marche est différente ; les accès vont se rapprochant de plus en plus et à mesure que l'affection progresse, les intervalles qui les séparent deviennent de plus en plus courts. D'autres complications surviennent en général au cours de la syphilis, ce sont les hémiplégies, les troubles psychiques, l'aphasie, etc.

4° *La folie syphilitique.* — La déchéance intellectuelle et les troubles vésaniques peuvent en imposer pour de l'*aliénation mentale.* Il peut s'agir d'excitation maniaque avec ou sans idées délirantes. Mais dans l'aliénation mentale, le délire est systématisé et les facultés intellectuelles complètement disparues, alors qu'elles sont seulement amoindries dans la syphilis cérébrale. Les renseignements fournis par l'examen papillaire sont du plus haut intérêt.

5° *La pseudo-paralysie générale syphilitique.* — Dans la *paralysie générale progressive vraie*, les troubles psychiques et moteurs sont plus constants, plus fixes, alors que dans la syphilis ils sont variables et inconstants. De même, les facultés cérébrales sont moins atteintes dans la syphilis. Certains symptômes constatés sont plus en faveur de la syphilis : hémiplégie avec aphasie ou avec paralysies oculaires. L'embarras de la parole est rarement identique à l'hésitation caractéristique de la parole chez le paralytique général. Le tremblement des doigts et de la langue est aussi moins fréquent.

Quoiqu'il en soit, le diagnostic clinique peut paraître un peu théorique; il repose surtout sur l'importance de la céphalalgie, sur l'existence de rémissions fréquentes et sur l'influence du traitement spécifique qui sont en faveur de la syphilis cérébrale. Le diagnostic différentiel de ces deux affections est en effet d'autant plus délicat que dans la paralysie générale progressive on rencontre le plus souvent la syphilis dans les antécédents, et, suivant la conception de Fournier, on tend à ranger presque unanimement cette affection dans le cadre des lésions parasyphilitiques, c'est-à-dire reconnaissant la syphilis comme cause habituelle, mais caractérisées cependant par des lésions anatomiques différentes des altérations syphilitiques.

6° *Diagnostic de l'artérite syphilitique.* — Les troubles liés à de l'*artério-sclérose banale* seront dépistés par l'étude attentive des antécédents, l'examen du cœur, la détermination de la pression artérielle. S'il survient une *hémorragie cérébrale*, on pensera toujours à la syphilis s'il s'agit d'un individu jeune, dont le cœur est sain. L'hémiplégie est précédée d'ailleurs d'une longue phase prodromique.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 9, p. 143; n° 11, p. 174; et n° 13, p. 207.

Le *ramollissement grave* et *artério-scléreux* survient, au contraire, dans le dernier tiers de la vie, chez un malade porteur de lésions artérielles anciennes et généralisées. Le début est lent, progressif, précédé par une phase de parésie passagère traduisant une période d'ischémie.

Le *ramollissement par embolie cérébrale* se produit au cours du rétrécissement mitral, dans les deux premiers tiers de la vie. L'examen du cœur, la constatation d'autres embolies (poumons, reins, etc.), le début brusque par ictus apoplectique, l'absence de troubles mentaux profonds montrent qu'il s'agit d'un accident isolé au cours d'une cardiopathie et font faire le diagnostic avec la syphilis cérébrale.

II. **L'HÉRÉDO-SYPHILIS CÉRÉBRALE.** — La syphilis cérébrale héréditaire peut déterminer chez l'enfant et l'adulte des lésions extrêmement variées, allant depuis les lésions syphilitiques comparables aux précédentes, jusqu'aux arrêts de développement de l'encéphale.

Il s'agit souvent d'enfants nés avant terme, souvent précédés d'enfants morts pendant la vie intra-utérine. Les accidents observés peuvent être précoces ou tardifs :

1° *Précoces* : ce sont les crises convulsives, se terminant fréquemment par la mort au cours des premières semaines de la vie;

2° *Plus tard* : la mort est aussi assez fréquente par des accidents semblables à ceux de l'adulte (surtout paralysies oculaires).

Si l'enfant échappe, il est reconnaissable aux stigmates d'hérédo-syphilis (triade d'Hutchinson : érosions dentaires, surdité, kératite, etc.). Souvent il reste chétif, parfois idiot, présentant des crises d'épilepsie, de l'hémiplégie infantile.

3° Enfin, *tardivement*, la syphilis peut ne se manifester que tardivement, plusieurs années après la naissance (dix à vingt ans). Les accidents observés sont les mêmes qu'au cours de la syphilis acquise; l'idiotie est très fréquente.

Au point de vue anatomique, il faut signaler la multiplicité des lésions (gommes, méningites, artérites), la fréquence de l'hydrocéphalie, les atrophies des circonvolutions.

Le pronostic est encore plus grave que chez l'adulte; les malades succombent rapidement ou plus tard après des alternatives d'améliorations et de rechutes. Ils succombent fréquemment dans la démence et la déchéance complète.

TRAITEMENT. — 1. *Préventivement*, on conseillera aux syphilitiques d'éviter tout surmenage intellectuel, pendant les premières années de leur maladie. Le traitement général sera institué et appliqué le plus rigoureusement possible. Ultérieurement des cures d'entretien seront pratiquées.

2. Le *traitement curatif* sera employé dès que le soupçon de syphilis cérébrale sera posé : la maladie est surtout curable quand le traitement est appliqué dès le début des accidents. Donc, un *traitement précoce, énergique, prolongé* sera la règle dans tous les cas. Malgré l'introduction dans la thérapeutique de nombreuses médications nouvelles venues, la base du traitement de la syphilis cérébrale est et reste encore le *traitement mixte*, indiqué par Fournier : mercure et iodure de potassium. Mais si, dans certains cas, on se trouve obligé d'utiliser le mercure sous forme d'injections sous-cutanées (huile grise, calomel, etc.), il semble bien plus actif d'utiliser aujourd'hui les injections intraveineuses de sels solubles (biiodure, cyanure de mercure).

Les composés arsenicaux doivent être aussi utilisés combinés avec les sels mercuriels : l'hectine, l'arsenobenzol, le novarsenobenzol, etc., seront utilisés suivant les cas. Une idée semble dominer parmi tous les essais de traitement pratiqués ces dernières années : c'est l'emploi de petites doses de sels arsenicaux en injections intraveineuses ou intramusculaires, répétées fréquemment et alternées avec des injections de sels mercuriels (Ravaut, etc.). Le traitement devra être prolongé très longtemps pour éviter des rechutes.

Il faut noter également que l'introduction directe de sels mercuriels ou arsenicaux dans l'espace sous-arachnoïdien a été tentée par quelques auteurs, mais n'a point donné de résultats encourageants.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	3 mois : 7 fr.	6 mois : 13 fr.	1 an : 25 fr.
UNION POSTALE	3 mois : 10 fr.	6 mois : 18 fr.	1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Pierre Marie, Sainton, Ribierre, Babonneix, Vaquez, Garnier, Lortat-Jacob, Milian, Pissavy, Legry, Léri, Teissier.

— *Liste des candidats.* — MM. Leblanc, Bloch (Marcel), Chevallier, Giroux, Du Castel, Weissenbach, Gautier, Weil (André), Joltrain, Brissaud, Nathan, Léon-Kindberg, Feuillié, Richet, Bouttier, Géraudel, Voisin, Bénard (Henri), Dumont, Lévy (Pierre), May, Lévy (Fernand), Girard, Heuyer, Saint-Girons, Pruvost, Blechmann, Schæffer, Flandin, Gutmann, Schulmann, Cain, Huber, Donzelot, Haguenau, Touraine, Paraf, Leconte, Stévenin, Carrié, Philibert, Baumgartner, Rouillard, Bith, Nicaud, Bénard (René), Jacquet, Brodin, Thibaud, Godlewski, Weil (Pierre), Léchelle, Tzanck, Gaultier, Gastinel, Girault, Jacob, Thiers, François, Durand, Tinel et Salomon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Claude, agrégé libre près la Faculté de médecine, est nommé à partir du 1er avril 1922, professeur de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, en remplacement de M. Dupré, décédé.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — GRENOBLE. — Un concours s'ouvrira le 23 octobre 1922, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de médecine de Grenoble.

— TOURS. — Un concours s'ouvrira le 23 octobre 1922, devant l'Ecole de médecine de Tours, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à ladite Ecole.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. (Promotion du 7e centenaire de la Faculté de médecine de Montpellier). — *Au grade d'officier.* — M. le prof. Mairet, doyen honoraire.

Au grade de chevalier. — MM. les prof. Vallois, Granel, Vialleton et Courchet.

MINISTÈRE DU COMMERCE. — *Au grade de chevalier.* — MM. Baugnies, administrateur de la Compagnie fermière de Vichy; Jules Comar, fabricant de produits chimiques et pharmaceutiques à Paris.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Au grade de commandeur.* — M. le prof. Moure (de Bordeaux).

Au grade d'officier. — MM. les Drs Lesage, médecin des hôpitaux de Paris, et Thiercelin (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les Drs René-Léon Bloch (de Paris), Chevreau (de Vitry-sur-Seine), Deroyer (de Fougères), Desmarest, chirurgien des hôpitaux de Paris; Lian, médecin des hôpitaux de Paris; Pettidi (de Paris), Planson (de Paris), Proficheț (du Havre), Quiserne (de Bagnoles-de-l'Orne), Raoul (de Louargat) et Pons (d'Ille-sur-Tet).

GUERRE. (Active.) — *Au grade de chevalier.* — M. le médecin-aide-major de 1re classe Bressot.

PRÉFECTURE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — Un concours est ouvert pour la nomination d'un chef de laboratoire du médecin en chef, d'un chef du laboratoire de radiumlogie et d'un chef du laboratoire de radiologie à l'hospice départemental Paul Brousse, à Villejuif (Seine).

Les candidats (hommes ou femmes) qui désireraient concourir, devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine (direction des affaires départementales, service du département, 2e bureau, annexe de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau), jusqu'au 18 mars 1922 inclus, de 10 h. à 12 h. et de 14 à 17 h., dimanches et fêtes exceptés, où tous renseignements leur seront donnés.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Ont été nommés membres honoraires étrangers : MM. Sherrington, de Lapersonne et Cantacuzène.

Correspondants étrangers : M. Prenant et le regretté Monprofit, dont l'élection a précédé la mort de quelques jours à peine.

VOYAGE DES MÉDECINS FRANÇAIS EN ESPAGNE SOUS LE PATRONAGE DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE BORDEAUX, LYON, MONTPELLIER, PARIS, STRASBOURG ET SOUS LES AUSPICES DU COMITÉ FRANCO-ESPAGNOL. — Organisé pour répondre aux visites que nous ont faites les médecins espagnols au cours de la guerre et depuis 1919, ce voyage de courtoisie, d'étude et de tourisme aura lieu du 2 au 18 avril 1922. Des professeurs des Facultés en ayant accepté le patronage, y participeront.

Toutes facilités seront données aux médecins qui désireront avancer la date du départ ou retarder celle du retour.

Itinéraire : Paris-Barcelone-Valence-Madrid (excursion à Tolède), Valladolid ou Burgos (au choix), Saint-Sébastien (excursion projetée à Loyola et Cestona), Biarritz-Paris.

Le prix du voyage sera de 1.200 fr. environ. Le nombre des places est limité.

Pour tous renseignements et inscriptions s'adresser au Dr Mathé, rue Demours, 29 *bis*, Paris, 17e.

STATISTIQUE. — Le Bureau de la statistique de la ville de Paris a enregistré, pendant la 2e décade : 1909 décès, au lieu de 1373 pendant la décade précédente, et au lieu de 1472, moyenne ordinaire de la saison.

Les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration ont causé 579 décès, au lieu de 316 pendant la décade précédente, et au lieu de 306, moyenne ordinaire de la saison.

Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : bronchite aiguë, 3 décès (la moyenne est 9); bronchite chronique, 53 décès (la moyenne est 29); pneumonie, 119 décès (la moyenne est 56). Autres affections de l'appareil respiratoire, 404 décès (la moyenne est 212), dont 189 sont dus à la broncho-pneumonie et 181 à la congestion pulmonaire).

En outre, 136 décès ont été attribués à la grippe.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Leudet (de Paris), ancien président de la Société d'hydrologie et de la Société de médecine de Paris ; Just Navarre (de Paris) et Vullien (de Tunis).

CHRONIQUE

L'ARME BACTÉRIOLOGIQUE, FUTURE CONCURRENTE DES ARMES CHIMIQUE ET BALISTIQUE. TENTATIVES ALLEMANDES RÉPÉTÉES DE SON EMPLOI DE 1914 A 1918. SES LIMITES DE RENDEMENT.

Dans une remarquable conférence faite aux médecins de réserve de Nancy, M. le médecin inspecteur Georges, directeur du Service de santé du 20e corps d'armée, vient de traiter un sujet peu connu et dont le titre peut même surprendre beaucoup de lecteurs. Le danger, dont il a entretenu ses auditeurs, n'est pas le produit de l'imagination d'un romancier, c'est un danger bien réel auquel furent déjà exposées les armées alliées et qu'il importe d'envisager pour l'avenir.

Il résulte des documents très suggestifs que le conférencier a pu réunir, soit en s'adressant au général Nollet, président de la Commission interalliée à Berlin, soit en consultant les archives de guerre, que les Allemands non contents d'utiliser les gaz et les obus toxiques, ont envisagé l'empoisonnement des sources, l'emploi de cultures microbiennes pour la dissémination de la morve et du charbon, sur le front français en 1917 et en Roumanie en 1916 et que certains pangermanistes préconisent, pour l'avenir, la guerre biologique.

Quelle serait la valeur *militaire* d'une offensive aussi monstrueuse de la part d'un peuple qui se dit civilisé?

Quels sont les moyens de nous protéger contre ce danger?

Telles sont les questions qu'étudie M. le médecin inspecteur Georges. Voici sa conclusion :

« Nous sommes en face, dit-il, d'un nouveau danger. Examinons-le d'abord froidement, bien en face, sous toutes ses incidences. Danger bien repéré est déjà à demi conjuré.

Souvenons-nous d'abord de ce qu'a été, pour nous, le péril des gaz, en avril 1915. Nous avons su nous adapter à cette tactique nouvelle pour nous et même la retourner victorieusement contre l'ennemi.

Souvenons-nous aussi que toute arme a ses limites d'emploi dont il convient de fixer les frontières

Avons-nous oublié, par exemple, qu'en 1918, l'ennemi n'hypéritait méthodiquement que les terrains dont il entendait, sans doute, nous interdire temporairement l'accès, mais c'était, de toute évidence, seulement pour retarder notre poursuite, alors qu'il savait ce terrain perdu pour lui à jamais ?

Souvenons-nous aussi que nos armées possèdent des laboratoires de toxicologie et de bactériologie, outillés précisément pour dépister les poisons chimiques et biologiques et dont la valeur a fait sa preuve. Qu'il y ait lieu de les multiplier, de renforcer leur puissance et de les articuler sur le front, d'une façon adéquate, au nouveau danger signalé, c'est possible ! Mais c'est là une question d'ordre secondaire !

Souvenons-nous aussi surtout que presque toutes les maladies citées (peste, choléra, fièvre typhoïde) ont d'ores et déjà des antidotes spécifiques représentés, pour les unes, par des vaccins préventifs, pour les autres, par des sérums curatifs et pour quelques-unes mêmes à la fois par des vaccins et par des sérums.

Rappelons-nous à cet égard, les résultats décisifs des vaccinations antityphoïdique, anticholérique et antipesteuse systématiquement appliquées dans nos troupes de France, des Balkans, et du Levant.

Nous savons bien que la production matérielle de ces sérums et vaccins se heurte à des difficultés de temps — on n'immunise pas les chevaux producteurs en un tour de main — et d'outillage de laboratoire. Nous n'ignorons pas les difficultés énormes qu'ont rencontrées en 1914-1918 les services compétents, pour se maintenir à la hauteur de la situation dans une tâche dont les complications sont totalement inconnues du grand public.

Mais si la pleïade de nos savants et notamment ceux de notre Institut Pasteur ont su et pu surmonter tous les obstacles, nous sommes certains que l'avenir révélerait les mêmes qualités.

Il n'est que de prévoir et d'agir à temps, aussi bien pour le recrutement des aides de toute nature à fournir à nos éminents spécialistes, que pour l'outillage de leurs laboratoires. »

On doit remercier M. le médecin-inspecteur Georges d'avoir envisagé une éventualité redoutable et d'avoir montré, avec l'esprit clair, précis et pondéré que lui connaissent tous ceux qui out eu l'honneur de servir sous ses ordres, que le génie français saura se défendre contre les poisons microbiens comme il a su le faire contre les gaz toxiques. F. L. S.

NOTES DE PRATIQUE

DIABÈTE ARTHRITIQUE

Prendre cinq jours de suite : antipyrine, 1g50 en deux paquets, à prendre dans de l'eau de Vichy avant les deux principaux repas.

Les vingt jours suivants : Vanadarsine, v à x gouttes, dans un peu d'eau, avant les repas.

Laissez reposer le malade une quinzaine de jours et recommencer ensuite la double série d'antipyrine et de Vanadarsine.

Contribution à l'étude des mycoses pulmonaires. Etude d'une nouvelle espèce d'Oospora. [Oospora Catarrhalis n. sp.] (1), par M. Amour Bailly.

Excellente étude des Oosporoses pulmonaires, buccales, etc. A l'occasion de l'étude d'une oosporose pulmonaire, l'auteur décrit un oospora nouveau qu'il propose d'appeler : *Oospora Catanhalis*. Il en fait une étude complète au point de vue botanique, biologique et expérimental.

(1) *Th. de Strasbourg.* — Paris 1921, Hénon, 11, rue Stendahl.

REVUE GÉNÉRALE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PULMONAIRES [1]

Par le Dr DE VERNEJOUL,
Chirurgien des hôpitaux de Marseille.

Diagnostic différentiel. — Il sera à faire surtout entre les suppurations pulmonaires et les suppurations pleurales.

Les *épanchements purulents de la grande cavité* se reconnaîtront à leurs signes physiques et radioscopiques. S'ils se terminent par ouverture dans les bronches, ce qui est fréquent surtout dans les pleurésies à pneumocoques, la vomique sera caractérisée par son abondance ; production habituelle d'un pyopneumothorax.

Les *pleurésies enkystées* se reconnaîtront à leurs signes distinctifs :

Les *pleurésies diaphragmatiques* s'accompagnent de dyspnée, de hoquets, de points douloureux phréniques. Le diaphragme est immobilisé. La matité occupe en avant l'espace de Traube ou se continue avec la matité hépatique. L'écran montre une ombre horizontale se continuant avec l'ombre du foie à droite, limitée par la clareté gastrique à gauche, effaçant le cul-de-sac costo-diaphragmatique.

Les *pleurésies médiastines* s'accompagnent de dyspnée avec cornage. La matité occupe une zone paravertébrale. A la radioscopie, on observe de l'obscurité de l'espace médian normalement clair (Béclère) entre le rachis et la masse cardio-aortique.

Il ne faudra enfin pas confondre une suppuration pulmonaire ouverte dans les bronches avec :

— les *abcès du foie* ouverts dans les bronches.
— les *abcès sous-phréniques*,
— les *abcès*, les *infarctus suppurés de la rate* ouverts dans le poumon,
— les *phlegmons périrénaux*,
— les *phlegmons péri-œsophagiens*,
— les *abcès de congestion* provenant d'un mal de Pott cervical ou dorsal.

Chacune de ces affections sera reconnue à son histoire, à son évolution, aux signes physiques et surtout aux résultats de l'examen radioscopique.

Les abcès du foie seront parfois d'un diagnostic difficile, d'autant plus que souvent, les lésions hépatiques et pulmonaires coexistent : il ne faut, en effet, pas oublier qu'un abcès du poumon peut être provoqué par un abcès du foie déjà cicatrisé.

Traitement. — Le traitement des suppurations pulmonaires fut pendant longtemps d'ordre purement médical : absorption de médicaments éliminés par les bronches, inhalations d'essences antiseptiques. Plus tard, entrées dans le domaine de la chirurgie, ces suppurations relevèrent toutes de la pneumotomie. Aujourd'hui, des méthodes plus récentes ont donné, dans certains cas, d'excellents résultats, remplaçant souvent la pneumotonie.

Les principales de ces méthodes sont les injections médicamenteuses intratrachéales, le pneumothorax artificiel, le pneumothorax extrapleural, le traitement par la médication arsenicale, la sérothérapie antigangréneuse et la vaccinothérapie. Toutes ces méthodes se complètent, présentent des indications et des contre-indications que nous allons essayer de dégager des travaux les plus récents et, en particulier, des communications à la Société de chirurgie de Delbet, Tuffier, Roux-Berger.

Nous diviserons l'étude du traitement des suppurations pulmonaires en trois parties :

1. Nous passerons tout d'abord en revue les différentes méthodes thérapeutiques utilisées, et résumerons la technique de chacune des interventions.

2. Nous essayerons ensuite d'indiquer les principales indications et contre-indications de chacune de ces méthodes.

3. Dans un dernier chapitre, nous indiquerons la conduite à tenir, dans chacune des principales formes de suppurations pulmonaires.

I. Des diverses méthodes thérapeutiques utilisées. — 1° INTERVENTIONS D'ORDRE MÉDICAL. — Nous ne dirons rien des nombreux médicaments utilisés soit par inhalation, soit par ingestion, soit par injection.

Trois médications plus récentes retiendront notre attention.

A. *Les injections médicamenteuses intratrachéales.* — Guisez eut l'idée, d'utiliser la voie endobronchique, pour faire pénétrer dans le foyer pulmonaire, des substances antiseptiques et modificatrices. L'accord est loin d'être fait sur la technique à employer pour pratiquer cette injection. Deux des procédés employés sont particulièrement efficaces : c'est l'injection faite dans la trachée, à travers la fente glottique et, l'injection pratiquée par ponction de la membrane intercricothyroïdienne.

La solution à utiliser sera de préférence : l'huile goménolée à 10 p. 100 ou l'huile eucalyptolée à 3 ou 5 p. 100, ou l'huile goménolée gaïacolée à 1 p. 100.

A la suite de ces injections, il est fréquent de voir la fétidité disparaître rapidement, la température s'abaisser, l'expectoration diminuer.

Les injections sont renouvelées tous les deux ou trois jours; il est souvent nécessaire d'en pratiquer un grand nombre, pour obtenir la désinfection du foyer pulmonaire.

B. *Médication arsenicale.* — C'est Maurice Perrin, qui, ayant remarqué la présence de la symbiose fuso-spirillaire dans la flore microbienne de certaines suppurations gangréneuses du poumon, eut l'idée, de traiter ces cas, par des injections de novarsénobenzol. Le même médicament a été employé et très bien toléré par voie intercricothyroïdienne.

C. *Sérothérapie et vaccinothérapie.* — On a utilisé avec succès des injections intraveineuses d'un mélange de sérum antiperfringens, anti-œdématieus, antivibrion et antitétanique dans du sérum artificiel (Dufour et Sémelaigue, 1920). Après une réaction très forte, la température tomba et l'état général s'améliora rapidement.

Enfin il est un autre mode de traitement avec lequel il faut désormais compter : c'est la vaccinothérapie, stock-vaccins ou mieux autovaccins. Abadie montrait encore tout récemment, à la Société de chirurgie, par une belle observation d'abcès du poumon, les brillants résultats qu'on est en droit d'attendre de l'autovaccinothérapie.

2° INTERVENTIONS CHIRURGICALES. — Il importe avant tout, de rappeler en quelques mots, quelles

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 14, p. 213.

sont les conceptions actuelles de la chirurgie intrathoracique.

Il semble bien admis actuellement que, dans les interventions intrathoraciques *aseptiques*, aux méthodes allemandes dites physiologiques (hypopression périthoracique, hyperpression respiratoire, chambre de Sauerbrück, dispositifs de Brauer, Garré, Meltzer, Willy Heyer), s'oppose la méthode simple du pneumothorax chirurgical total. Les auteurs français sont d'accord pour affirmer que, dans la chirurgie transpleurale *aseptique* et *unilatérale*, la méthode du pneumothorax chirurgical est la méthode de choix, parce que :

1. Le pneumothorax chirurgical unilatéral ne comporte pas de danger. Pierre Duval le redisait il y a peu de temps à la Société de chirurgie. « Le grand pneumothorax chirurgical, avec collapsus total du poumon, lorsque cet organe ratatiné sur son hile, reste immobile le long de la colonne vertébrale, le grand pneumothorax chirurgical ne crée aucun accident et, ne provoque aucune modification ni du rythme respiratoire, ni du pouls ». Il insiste, sur la différence qu'il faut faire entre ce pneumothorax chirurgical total, et, le pneumothorax partiel dans lequel le poumon respire encore en partie. Dans ce dernier cas le poumon, au lieu de rester immobile dans le sinus costo-vertébral, est agité de mouvements dus à la circulation de l'air à son intérieur; la situation serait alors instable et souvent grave, s'accompagnant souvent de phénomènes alarmants, que P. Duval explique par l'excitation réflexe et, qui cessent par l'immobilisation du poumon.

2. Ni le poumon opposé, ni le cœur, s'ils sont sains, n'en sont incommodés.

3. Le collapsus pulmonaire obtenu par cette technique, est indispensable pour toute manœuvre opératoire sur le poumon ou sur le médiastin.

4. La fermeture complète du thorax avec aspiration de l'air pleural, permet le fonctionnement total du poumon aussitôt l'acte opératoire terminé (Lapointe estime même cette aspiration inutile; le pneumothorax opératoire se résorbe seul et vite; il n'y a pas lieu de s'en préoccuper). Par contre, dans les cas où les deux plèvres doivent être ouvertes, il est impossible de recourir à cette méthode; il faut alors utiliser les appareils à pression différentielle.

Telles sont les conclusions de P. Duval et de Tuffier (1921).

Il n'en est pas de même, lorsque l'intervention intrathoracique porte sur un foyer septique : ce n'est plus alors le pneumothorax qui est à redouter, mais l'infection pleurale. De là, la très grande importance des adhérences pleurales qui facilitent singulièrement l'opération, en mettant la plèvre à l'abri des liquides septiques du foyer.

A. *Pneumotomie.* — Lorsque les adhérences pleurales existent, le foyer pourra être directement incisé.

S'il n'existe pas d'adhérences, on a cherché à les produire artificiellement en découvrant, dans un premier temps, la surface externe de la plèvre pariétale et en appliquant sur ce feuillet, une substance caustique ou un simple tamponnement. Au bout de quelques jours, les adhérences se sont constituées et on peut inciser le poumon sans ouvrir la cavité pleurale. Aujourd'hui, on préfère obtenir une réunion artificielle immédiate, des deux feuillets pleuraux au moyen d'une suture continue, encerclant la ligne d'incision sur le foyer.

Avant le début de l'intervention, il sera bon de pratiquer, sous le contrôle radioscopique, une ponction exploratrice et évacuatrice. La pneumotomie pourra alors être aussitôt pratiquée en utilisant l'aiguille à ponction comme instrument conducteur.

L'incision du poumon sera large, pratiquée au bistouri ou au thermo; la cavité sera effondrée; s'il existe plusieurs foyers à côté les uns des autres, ils seront réunis; les lambeaux sphacélés seront enlevés, la cavité sera nettoyée et drainée.

B. *Pneumothorax artificiel.* — « Les résultats remarquables, souvent même inespérés, que donne la méthode de Forlanini lorsque son emploi est légitimé par des indications précises, devaient engager les auteurs à provoquer le collapsus pulmonaire, dans tous les cas de lésions pulmonaires unilaterales où il y aurait utilité, soit à immobiliser le parenchyme pulmonaire, soit à vider une zone en suppuration pour obtenir l'arrêt des phénomènes inflammatoires. » (Weil et Rosenthal.)

Le point délicat, pour créer le pneumothorax artificiel, est de pénétrer avec une aiguille dans un espace linéaire, normalement inexistant, puisque les deux feuillets viscéral et pariétal de la plèvre sont normalement accolés. En avançant, la pression à la main, au moment où l'on pénètre dans la cavité pleurale, le gaz y pénètre brusquement, ce qui se traduit par une chute brusque du manomètre. La quantité de gaz (azote, air, oxygène) à injecter, est impossible à fixer; elle varie suivant les auteurs entre 200, 1000 centimètres cubes et plus. Cette injection d'air sera faite loin du foyer, en un point où l'on est sûr qu'il n'y a pas d'adhérences pleurales. Le poumon ne sera exprimé ni trop violemment, ni trop rapidement.

C. *Pneumothorax extrapleural. Décollement pleuro-pariétal.* — Tuffier décrivit pour la première fois en 1892, à l'occasion d'une résection pulmonaire, son procédé du décollement pleuro-pariétal. Plus tard, il le préconise pour affaisser le sommet du poumon dans les cas d'hémoptysies tuberculeuses incoercibles.

En 1910 et 1911, il traite et guérit deux abcès gangréneux du poumon par le décollement pleuro-pariétal, assurant l'affaissement du poumon par la greffe d'un fragment d'épiploon ou d'un lipome.

Tuffier montre que ce collapsus local correspond exactement à la lésion pulmonaire à affaisser, alors que le pneumothorax classique intrapleural met en rétraction tout le poumon, sauf la région du malade très souvent adhérente.

Une application nouvelle a été donnée de ce pneumothorax extrapleural pour le traitement des suppurations pleurales, en octobre 1920, par un élève de Finney (de Baltimore).

La technique de ce décollement pleuro-pariétal a été réglée par Tuffier. Le point le plus intéressant est de savoir *quelle sera la durée de la compression du poumon ?* Pour répondre à cette question, Roux-Berger est guidé par l'idée qu' « une lésion non tuberculeuse ne nécessite pas une compression définitive du poumon ». Pour cela, il réalise un *tamponnement temporaire* du poumon, soit avec des mèches tassées, très serrées, soit avec un coussinet à air en caoutchouc. La durée de la compression chez les malades ayant guéri a été d'environ quinze jours. On supprimera la compression dès que la

température, l'expectoration, les signes fonctionnels se seront améliorés. Le retour du poumon à la paroi se fera alors assez rapidement. On le hâtera par des exercices respiratoires, par la spirométrie.

II. **Indications et contre-indications des diverses méthodes.** — 1° INJECTIONS INTRATRACHÉALES. — *Dans les cas aigus*, la fétidité disparaît rapidement, la température s'abaisse, l'expectoration diminue.

Picot cite l'observation d'un abcès postbroncho-pneumonique guéri en quatre injections.

Dans les suppurations chroniques, les injections intratrachéales apportent un soulagement assez rapide : chute de la température, disparition de la fétidité, diminution très notable de l'expectoration, mais la guérison définitive ne peut être obtenue par cette méthode puisqu'il persiste une cavité où le pus stagne en rétention.

« On doit considérer cette méthode comme un moyen thérapeutique donnant dans les suppurations subaiguës ouvertes dans les bronches, des résultats excellents, mais qui ne sont ni constants ni durables s'il persiste une cavité, puisque les parois de cette dernière ne peuvent s'accoler du fait de la rigidité du thorax (Picot). »

Il est évident que les gros blocs de gangrène, toutes les suppurations qui ne communiquent pas avec les bronches, les suppurations développées à la périphérie du poumon, ne peuvent tirer aucun bénéfice de ce mode de traitement.

2° PNEUMOTOMIE. — Aujourd'hui on limite de plus en plus la pneumotomie à une opération qui se propose de drainer à l'extérieur un foyer pulmonaire qui ne communique pas avec les bronches ou qui, s'étant simplement fistulisé dans les voies aériennes, se draine mal.

Indications. — La pneumotomie est formellement indiquée :

— dans les gangrènes aiguës d'origine embolique et à foyer unique : dans ces cas où un bloc se mortifie en plein poumon, sans communiquer avec les bronches, il ne faut pas attendre l'ouverture dans les voies aériennes, parce qu'elle ne se fera peut-être jamais et parce qu'elle risque de se faire dans la plèvre.

— dans tous les cas aigus, où il existe une complication pleurale : pleurésie purulente par communication d'un foyer pulmonaire avec la cavité pleurale : dans ce cas, l'ouverture de la plèvre seule est insuffisante ; il faut ouvrir la lésion pulmonaire et la drainer directement.

— dans toutes les suppurations pulmonaires aiguës fermées.

— dans les suppurations de volume considérable.

Contre-indications. — La pneumotomie devra être rejetée :

— lorsqu'il existe des foyers multiples ou bilatéraux.

— lorsque l'état général du malade ne lui permet pas de faire les frais d'une intervention grave.

— dans les suppurations chroniques : en effet, dans ces cas, les parois de la cavité sont rigides ; il existe des lésions de sclérose pulmonaire et des dilatations bronchiques sur lesquelles la pneumotomie n'a aucune action (Picot).

3° PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL. — Le pneumothorax artificiel fut appliqué aux suppurations pulmonaires aiguës, dans le but de permettre à la collection de se vider plus facilement par les bronches et de favoriser l'accolement des parois de la cavité.

« L'injection d'air réalise l'expression du poumon, le contenu du foyer est rejeté par vomique, puis le poumon étant atélectasié, les parois du foyer s'accolent et la guérison tant clinique qu'anatomique se produit dans un laps de temps très court (P.-E. Weil). »

En 1910, Forlanini traite et guérit par cette méthode, un *abcès pulmonaire*. En France, Leuret et Aubert publient, en 1914, deux observations d'abcès du poumon ou de l'interlobe traités de la même façon.

En 1920, P. Marie analyse quatorze cas d'abcès pulmonaires traités en Amérique par le Forlanini.

Il fut toujours nécessaire de pratiquer plusieurs insufflations. Le traitement médical donnait une mortalité de 80 p. 100 ; la résection costale avec drainage donnait une mortalité de 37 p. 100. Avec le pneumothorax artificiel, la mortalité tombait à 27 p. 100.

Toutefois cette méthode ne peut pas s'appliquer à tous les cas et certaines conditions essentielles doivent présider à sa mise en œuvre : ce sont « l'unilatéralité ou au moins la prédominance unilatérale des lésions, l'absence d'adhérences définitives, le contrôle des rayons X » (Weil). Et, en particulier, « pour que la méthode puisse être mise en œuvre, il faut que la poche purulente ne soit pas fixée à la paroi par des adhérences solides, or souvent il y a « pleurite adhésive en champignon ». Le contrôle aux rayons X sera donc indispensable, tant avant l'intervention pour en déterminer la possibilité qu'après l'opération pour en vérifier l'efficacité et pour poursuivre les nouvelles insufflations » (Weil).

Dans ces cas d'adhérences pleurales si fréquentes, le grand danger du pneumothorax artificiel est de fissurer un bloc infectieux en rompant brutalement ces adhérences. P.-E. Weil, Sœwenhjelm eurent des malades qut moururent ainsi de pyopneumothorax.

Il semble bien qu'on puisse établir que dans ces cas de symphyse pleurale, le pneumothorax artificiel devra céder le pas au décollement pleuro-pariétal.

La *gangrène pulmonaire* peut être également traitée par le pneumothorax artificiel. Weil a déterminé les conditions de ce traitement et en a précisé les indications et la technique :

« Le pneumothorax ne convient pas aux cas de gangrène pulmonaire secondaire, à la forme dite embolique. Il ne sera tenté que dans la gangrène primitive du poumon, dans la forme pneumonique ; et la vraie forme de gangrène pulmonaire qui soit justiciable du pneumothorax est celle où il y a cavité gangréneuse. Il faudra donc recourir au pneumothorax non d'une façon précoce, mais au bout d'un certain temps, quand l'organisme est arrivé à fournir un effort de limitation et d'élimination du foyer » (Weil et Rosenthal).

Dans les bronchectasies, il faudra se défier de la bilatéralité des lésions, de la fréquence des adhérences. Il faudra commencer par mettre en œuvre tous les procédés de désinfection bronchique et, si la guérison n'est pas obtenue, affaisser les cavités par un pneumothorax.

Les *contre-indications* principales du pneumothorax artificiel sont :

— la bilatéralité des lésions.

— l'existence d'adhérences pleurales définitives.

— la non-ouverture du foyer dans les bronches.

4° Décollement pleuro-pariétal avec compression du poumon. — L'opération consiste à décoller la plèvre pariétale au niveau du foyer pulmonaire et à remplir la cavité ainsi créée par une masse non résorbable.

Les principales indications en sont les suivantes :

A. *Les suppurations pulmonaires ne présentant pas de collections susceptibles d'être drainées.* — La lésion doit être unilatérale et les chances de succès seront d'autant plus grandes que la lésion sera plus limitée et qu'elle sera plus récente, les tissus plus souples.

Les collections multiples, les abcès disséminés dans un lobe, échappent au drainage et constituent une des principales indications du pneumothorax extrapleural.

B. *La plèvre doit être soudée au niveau de la lésion.* — Les cas dans lesquels la plèvre est libre appartiennent au pneumothorax artificiel. Les cas où il existe une symphyse pleurale appartiennent, au contraire, au décollement pleuro-pariétal qui entraînera un affaissement de la partie malade du poumon, un collapsus local correspondant exactement à la lésion pulmonaire à affaisser.

C. *Il faut que la lésion soit ouverte dans les bronches, c'est la condition essentielle du succès.* — Ce sont donc les malades atteints d'expectoration abondante qui bénéficieront de cette intervention.

Le décollement pleuro-pariétal présente sur le pneumothorax artificiel l'avantage de pouvoir être pratiqué lorsqu'il existe des adhérences pleurales et de ne comprimer que la lésion elle-même, laissant libre le reste du poumon. Il présente sur la pneumotomie l'avantage d'affaisser les cavités des suppurations chroniques, « cavités scléreuses, rigides qui ne bourgeonnent pas et qui entretiennent des dilatations secondaires des bronches » (Picot).

III. **Conduite à tenir dans les principales formes de suppurations pulmonaires.** — Au point de vue général de leur traitement, il convient de diviser avec Tuffier, les collections suppurées du poumon, en deux grandes classes :

1° Les lésions aiguës.

2° Les processus chroniques.

Le choix du traitement de ces lésions sera, en effet, dominé par l'état de la paroi du foyer : « Paroi bien souple, susceptible de céder à l'ampliation dans les lésions aiguës; coque fibreuse, épaisse, scléreuse, inextensible dans les suppurations chrouiques » (Tuffier).

1° Traitement des suppurations aiguës. — Il dépend, avant tout, de la communication ou de l'absence decommunication du foyer avec les bronches.

A. *Si la collection suppurée est ouverte dans les bronches*, elle peut guérir spontanément; Tuffier en a vu de nombreux cas.

Si le drainage de la collection se fait incomplètement, le foyer s'étant seulement fistulisé dans les voies aériennes, on aura recours à la pneumotomie.

Dans le cas contraire, ou bien dans le cas d'abcès à foyers multiples, on facilitera l'accolement des parois souples de la cavité par l'expression du poumon.

Cette dernière sera réalisée :

— par le pneumothorax artificiel, si la plèvre est libre et l'abcès profond, siégeant près de la face interne du poumon.

— par le décollement pleuro-pariétal, s'il existe des adhérences pleurales, si l'abcès est périphérique.

B. *Si la collection suppurée est enkystée et volumineuse*, il faudra « intervenir hâtivement pour éviter tous les inconvénients nombreux et graves de la chronicité », transformation fibreuse de la paroi, foyers secondaires, foyers métastatiques (Tuffier). On aura alors recours au drainage externe par pneumotomie.

Il est de toute évidence que le traitement chirurgical des suppurations pulmonaires aiguës devra être complété par la vaccinothérapie, par l'emploi des sérums antigangréneux ou de l'arsenobenzol dans les formes fuso-spirillaires.

2° Traitement des suppurations chroniques. — La chronicité des suppurations pulmonaires relève de deux facteurs essentiels :

1° La nature de l'affection.

2° L'état des parois de la cavité, coque fibreuse, épaisse, inextensible qui, si on l'incise ne bourgeonne pas. Ces parois ne peuvent se rétracter, ni s'affaisser ; la cavité reste béante et il persiste une caverne où le pus stagne.

La rigidité des parois et leur absence de bourgeonnement explique que la pneumotomie donne dans ces cas des résultats déplorables.

Pour obtenir la guérison des suppurations chroniques, il faut permettre aux parois de la cavité de s'affaisser, de s'accoler et pour cela, il importe d'obtenir l'affaissement du poumon. On l'obtenait autrefois par des opérations mutilantes, les *thoracoplasties* ; il s'agissait de pratiquer des résections costales dans la région correspondant à la cavité pulmonaire et dans une étendue plus considérable que cette lésion elle-même ; si la première résection était insuffisante, elle était renouvelée jusqu'à affaissement complet de la paroi thoracique au point correspondant à l'excavation.

Tuffier, grâce à son décollement pleuro-pariétal, a obtenu la même action avec des délabrements beaucoup moins considérables.

Les suppurations chroniques ouvertes appartiennent à l'heure actuelle au pneumothorax artificiel ou au pneumothorax extrapleural ; ce dernier présente l'avantage de pouvoir être pratiqué lorsqu'il existe des adhérences pleurales, de limiter la compression du poumon au niveau de la lésion elle-même, de pouvoir être complété par un tamponnement temporaire ou définitif.

Nous signalerons enfin des interventions d'exception dirigées contre la bronchiectasie :

La *pneumectomie* qui s'adresse aux cas où la bronchiectasie est limitée au lobe inférieur.

Braüer et Saüerbrück ont proposé la *ligature de l'artère d'un des lobes pulmonaires* à laquelle ils ajoutent la *phrénicotomie cervicale* pour paralyser le côté correspondant du diaphragme. Ils auraient de la sorte, obtenu l'atrophie du tissu du poumon avec des améliorations portant sur l'expectoration et la fétidité.

TRAVAUX CONSULTÉS

Gilbert et Thoinot. *Maladies des poumons*, t. XXIX. *Traité de pathologie externe.*
Tuffier. *Etat actuel de la chirurgie intrathoracique*, 1914.
Delanglade et Fiolle. *Lyon chir.*, 1er juin 1910.
Jean. Adénophlegmons hilaires, *Presse méd.*, 1919, n° 33.
Journ. méd. franç., mai 1920.
Picot. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 mars 1921.
Bull. de la Soc. de chir. de Paris, 1920, n° 34 ; 1921, nos 5, 6, 7, 12.

LETTRE D'AMÉRIQUE

Dans un article récent (1), résumant et développant plusieurs travaux antérieurs (2), DANDY a exprimé les idées de la grande clinique du professeur HALSTED, de Johns Hopkins University, sur le *traitement des tumeurs cérébrales*. Ces idées diffèrent assez radicalement de beaucoup de notions aujourd'hui courantes et dans la diffusion desquelles le chirurgien dont le nom domine actuellement la neurologie opératoire d'Amérique, je veux dire Harvey CUSHING, de Boston, a joué un rôle éminent.

D'une façon particulière, Dandy attaque les décompressions, aujourd'hui si à la mode, les craniotomies exploratrices et les ablations de tumeurs en deux temps. Il commence par déclarer que les tumeurs cérébrales sont parmi les plus fréquentes. Dans les statistiques de Johns Hopkins, elles occupent le troisième rang, immédiatement après les tumeurs du sein et de l'utérus. La conception erronée de leur rareté est due en grande partie à des erreurs non rectifiées de diagnostic. Il n'y a pas, à proprement parler, de tumeurs cérébrales bénignes; leur accroissement est toujours progressif et mène presque invariablement à une série de séquelles terribles et à la mort.

Il n'y a qu'une forme de traitement des tumeurs du cerveau, l'extirpation opératoire complète. Les rayons X et le radium n'ont pas de place ici. Pour obtenir les meilleurs résultats opératoires, il faut diagnostiquer et localiser ces tumeurs le plus précocement possible. La raison du bilan peu encourageant de la chirurgie des tumeurs cérébrales jusqu'à présent se trouve surtout dans le fait qu'elle est trop basée sur l'empirisme et les conjectures. Les progrès du passé ont été individuels et techniques, plutôt que fondamentaux et scientifiques. Nous n'avons pas eu à notre disposition dans ce domaine de nouvelles méthodes comparables à celles qui ont transformé si radicalement le diagnostic des lésions des reins, de la vessie, du tractus gastro-intestinal. S'il en était autrement, si nous avions quelque chance de diagnostiquer l'existence et la situation d'une tumeur du cerveau avec un peu de la précocité que l'on met aujourd'hui à diagnostiquer une appendicite ou un calcul du rein ou des voies biliaires, nous n'aurions pas à attendre la destruction de tissu cérébral pour savoir de quel côté porter nos efforts et le traitement habituel ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui, même dans les mains des maîtres de la neurologie chirurgicale, la temporisation et la palliation.

Or, suivant Dandy, il est aujourd'hui possible de diagnostiquer et de localiser la presque totalité des tumeurs cérébrales, même à un stade de début. Quand l'anamnèse et l'examen neurologique habituel n'aboutissent point à une localisation — ce qui arrive dans plus de la moitié des cas, — la *pneumographie cérébrale* permet de faire un diagnostic positif et une localisation certaine et d'exclure avec autant de certitude l'existence d'une tumeur, s'il n'y en a pas.

Par ce terme de pneumographie cérébrale, suggéré par Halsted, on entend l'examen radiographique des cavités cérébrales et des espaces sous-arachnoïdiens, après que l'on a remplacé progressivement le liquide qu'ils contiennent par de l'air, soit par injection directe dans les ventricules latéraux, soit par ponction lombaire lorsqu'il s'agit de l'espace sous-arachnoïdien. Dandy a réussi à entourer toute la moelle par une gaîne d'air, après injection intraspinale; dans ce cas, les scissures cérébrales se remplissent aussi d'air et l'on peut se rendre compte de la perméabilité ou de l'occlusion des trous de Luschka et de Magendie. Dandy admet que ces explorations, qu'il a effectuées dans de nombreux cas (plus de 200) chez l'homme, ne sont point sans danger — ce que l'on croira sans peine, sauf dans des mains exercées — restriction que d'aucuns, sceptiques n'ayant point le feu sacré, pourraient ne pas reconnaître comme pleinement suffisante.

Mais peut-être n'est-ce là qu'une prévention injustifiée, due au manque d'habitude. Il est certain que si la pneumographie cérébrale peut faire tout ce que Dandy affirme qu'elle peut, il y a bien des cas où les risques seraient largement compensés par le résultat obtenu. Dans sa série de plus de deux cents injections, il n'a jamais jusqu'à présent manqué de faire une localisation exacte, ou de trouver la tumeur ainsi localisée à l'opération. Certaines de ces tumeurs étaient situées profondément au-dessous de la surface cérébrale, si profondément, en fait, qu'il n'y avait point le moindre changement dans les circonvolutions et scissures cérébrales ou cérébelleuses qui pût suggérer la présence de la lésion sous-jacente. Mais la certitude donnée par la pneumographie était telle que le chirurgien s'est senti autorisé à faire une incision transcorticale de profondeur suffisante pour arriver sur la tumeur, qu'il a toujours trouvée là où il s'attendait à la trouver. Parfois, il a été possible d'extirper complètement une de ces tumeurs profondes qui, sans la pneumographie n'auraient pu être localisées. La localisation a été ainsi faite et la tumeur enlevée avec succès chez plusieurs malades dans le coma.

L'espace nous manque pour donner des détails de la technique de la pneumographie. Nous donnons plus loin les indications bibliographiques des articles où cette question est traitée. Mais voici en quelques lignes les principes fondamentaux. De même que l'urologiste localise exactement les lésions du rein et de l'uretère en remplissant leurs cavités avec du thorium ou du collargol, de même le neurologiste remplit les cavités de l'encéphale — les ventricules au dedans du cerveau même et les espaces sous-arachnoïdiens autour du cerveau — et localise la lésion intracrânienne par les effets directs ou indirects qu'elle exerce sur ces cavités remplies de liquide. Et toute tumeur cérébrale doit nécessairement produire des changements pathognomoniques en un point de ces espaces. Certaines tumeurs oblitèrent en totalité ou en partie un ventricule; d'autres font saillie à l'intérieur, d'autres luxent un ou plusieurs ventricules; d'autres, encore, amènent une dilatation partielle ou totale du système ventriculaire; d'autres, enfin, déterminent l'occlusion de certaines parties de l'espace sous-arachnoïdien.

En enlevant par petites quantités à la fois le liquide cérébro-spinal et en remplaçant chaque fois la quantité de liquide soustraite par une quantité rigoureusement égale d'air, ce qui se fait au moyen d'une seringue de Record munie d'un robinet à deux voies, il ne se produit pas de dangereux changements de pressions autour du névraxe et le malade est prêt pour une série de radiographies qui font voir le système des cavités encéphaliques, dont

toute déformation et toute occlusion anormale deviennent évidents.

Une fois la tumeur localisée, le chirurgien doit l'aborder par la voie la plus directe et non point par une voie indirecte choisie le plus souvent avec l'idée, consciente ou inconsciente, que l'on finira par une simple décompression. « Avec un diagnostic précis, il est surprenant de voir combien de tumeurs en apparence inopérables peuvent être abordées directement et extirpées en totalité. J'ai enlevé des tumeurs des ventricules latéraux, de l'aqueduc de Sylvius, du quatrième ventricule, de grosses tumeurs du corps pituitaire, de l'angle ponto-cérébelleux et, récemment, de la glande pinéale. Il règne des notions très erronées au sujet de la mortalité opératoire des tumeurs cérébrales. Je suis convaincu qu'il y a une mortalité beaucoup moindre après ablation de tumeurs dans les hémisphères cérébraux ou cérébelleux qu'après les opérations infructueuses dans lesquelles on a cherché une tumeur sans la trouver ou trouvé une tumeur que l'on a pu enlever. La grande cause de mort dans la chirurgie de l'encéphale, c'est l'exacerbation aiguë de la pression intracrânienne, laquelle résulte du trauma direct ou indirect infligé au cerveau par l'acte opératoire, et qui vient s'ajouter à la pression existant déjà avant l'opération. Toutes les tumeurs cérébrales doivent être extirpées avec le plus grand soin et le minimum de trauma. Le succès ne peut s'obtenir qu'à travers une voie d'accès très large et très directe. Il y a d'ordinaire très peu de justification pour une énucléation rapide suivie d'un furieux tamponnement pour arrêter l'hémorragie. Il est certain qu'avec de si primitives méthodes, la mortalité restera élevée et les tumeurs ne seront presque jamais enlevées en totalité. Les tumeurs profondes et inaccessibles et celle du type endothélial, qui sont d'ordinaire excessivement vasculaires, offrent encore de très grandes difficultés d'extirpation, mais avec du soin et un sain jugement, la plupart peuvent être enlevées avec sécurité, pourvu que la vitalité du malade n'ait point été trop minée par les ravages de la maladie ».

Voilà un credo qui n'est certes point réactionnaire et la publication détaillée de la statistique que Dandy annonce pour bientôt ne manquera point d'intérêt. On s'explique facilement pourquoi l'auteur est si acerbe dans ses critiques du traitement ordinaire, qu'il ne considère que fait de demi-mesures. De la décompression, il dit qu'elle est loin d'être inoffensive, ainsi qu'on le prétend couramment, et qu'elle est inefficace. Si les chirurgiens voyaient les effets d'une décompression sur le cerveau après plusieurs mois, ils n'en feraient pas tant à la légère. Il se forme toujours des adhérences, des collections séreuses, voire des kystes ; tout cela fait partie de l'effort de la nature pour créer une surface de glissement. Les vaisseaux s'altèrent et le cortex se ramollit. Une décompression sous-temporale ne peut rien donner dans une tumeur s'accompagnant d'hydrocéphalie interne. Les ventricules cérébraux se dilatent aussi vite que le cerveau sus-jacent et les méninges le leur permettent. Faites une décompression et le seul résultat est plus de place pour le liquide, une augmentation de la quantité de celui-ci, mais pas d'abaissement de la pression intracrânienne. La décompression sous-occipitale est beaucoup plus dangereuse au point de vue opératoire que la sous-temporale. Elle ne peut donner d'amélioration que dans le cas de tumeur cérébelleuse ; dans ce cas, comme elle n'est que palliative, elle fait perdre un temps précieux. Elle ne peut rien dans les tumeurs du mésocéphale. La craniotomie exploratrice présente, à un plus haut degré, tous les dangers des décompressions. Elle ne doit jamais être pratiquée quand il existe de l'hydrocéphalie interne. La ponction du corps calleux n'a aucune valeur. La ponction lombaire est dangereuse et inutile dans tous les cas de tumeurs cérébrales ; elle ne fournit aucun renseignement utile ; elle peut amener la mort par compression du bulbe, une portion des lobes cérébelleux venant se pincer dans le trou occipital. Dandy a vu quatre cas de mort par ce mécanisme et considère la ponction lombaire comme formellement contre-indiquée quand il existe un soupçon de tumeur cérébrale.

Comme nous l'avons déjà dit, les esprits conservateurs ne seront probablement pas disposés à accepter les procédés préconisés par Dandy sans quelque résistance ; toutefois, il faut reconnaître qu'il y a beaucoup de vrai dans les reproches qu'il adresse au mode de traitement habituel et que ses critiques ne sont point simplement inspirées par le zèle d'un iconoclaste. Il y a quelque chose pour mettre à la place de ce qu'il veut renverser.

FAXTON E. GARDNER
(de New-York).

(1) *Journ. A. M. A.*, 10 déc. 1921, p. 1853.
(2) *Ann. Sug.*, juillet 1918, p. 5 ; *Ibid.*, oct. 1919, p. 397 ; *Surg., Gyn., Obstet.*, avril 1920, p. 329.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1922)

Résistance des femelles en état de gestation aux chocs anaphylactiques et anaphylactoïdes. — MM. Auguste Lumière et Henri Couturier.

Les gymnastiques respiratoires et les épreuves de Valsalva et de Müller. — M. Henri-Jean Frossard.

La radiothérapie combinée du sein et des ovaires contre les tumeurs du sein. — M. Foveau de Courmelles. Les tumeurs bénignes du sein cèdent facilement à la radiothérapie ; les tumeurs malignes sont plus difficiles à fondre et exigent en général, souvent, pour une action momentanée, des irradiations locales de la tumeur et des ganglions axillaires. Quand ceux-ci manquent, qu'il existe encore de la sensibilité, bien que le sein rétracté indique déjà la nature squirrheuse, voire même dans des cas plus avancés, on peut, *en agissant à la fois sur le sein et les ovaires* (2 milliampères, 20 centimètres d'étincelle, cinq minutes, 23 centimètres de distance de l'anticathode, répétés en chacun de ces trois points), obtenir une amélioration rapide de l'état local et général : le mamelon se dégorge, la tumeur régresse, les douleurs et les élancements cessent (cinq à vingt séances).

Deux cas de ce genre soignés il y a une quinzaine d'années et six cas récents ont donné des résultats curatifs rapides identiques.

On peut ajouter que maints chirurgiens, même pour des cancers du sein inopérables, ont eu de longues et supportables survies en se bornant à enlever les ovaires : l'irradiation de ceux-ci et de la tumeur mamellaire est donc à ajouter aux procédés habituels.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1922)

M. LE GENDRE prononce l'éloge de Galippe.

Les réformes de l'enseignement secondaire. — M. CAZENEUVE ayant voulu se renseigner sur l'état actuel de l'enseignement secondaire a trouvé auprès de M. Ferté, proviseur du lycée Louis-le-Grand, administrateur des plus distingués et au courant des moindres faits concernant l'organisation de l'enseignement dans ce lycée, des renseignements et des documents qu'il désire soumettre à l'appréciation de l'Académie. Bien des progrès ont déjà été réalisée au lycée Louis-le-Grand.

Toutefois, les élèves n'ont que deux heures de récréation par jour. Evidemment, c'est insuffisant. Ils se couchent à neuf heures et ne se lèvent qu'à six heures. Auparavant le coucher était à dix heures et le lever à cinq heures.

De grandes améliorations ont été apportées. Les élèves ont leur musique et leur orchestre. Les classes sont moins peuplées.

On a proposé de séparer les élèves forts et travailleurs des faibles et des paresseux, M. le proviseur a fait observer que cette séparation était impossible. En effet, tel élève très faible en composition française pourra avoir le goût des mathématiques et y devenir très fort. Réciproquement, tel élève fort en mathématiques se montrera très faible en composition française.

Les exercices gymnastiques sont très scrupuleusement exécutés, aussi bien par les externes que par les internes.

M. Cazeneuve indique d'autres heureuses modifications introduites au lycée Louis-le-Grand. Ce que fait ce lycée, les autres pourraient le faire. Le rôle du médecin est très important au lycée Louis-le-Grand : Les questions d'hygiènes sont toutes sous son contrôle absolu. Il est en rapport constant avec les professeurs. Il y a un médecin résidant qui couche au lycée et est toujours là pour les cas d'urgence.

Les exercices gymnastiques sont obligatoires pour tous les élèves. Il faut un certificat du médecin pour qu'un élève en soit dispensé, une grande partie des réalisations possibles ont été faites au lycée Louis-le-Grand qui pourrait servir d'exemple aux autres lycées.

M. LANGLOIS insiste sur l'importance des exercices respiratoires qu'il considère comme étant très utiles. En outre, il faudrait obtenir que les classes n'eussent jamais plus de trente élèves. M. Langlois ajoute qu'on ne saurait compter sur les inspecteurs généraux pour apporter des modifications dans le système actuel. Ils ignorent ce qui se passe. Il serait à désirer que l'Académie de médecine eût un représentant au conseil supérieur de l'instruction publique.

M. ROUX maintient sa proposition de n'avoir qu'une seule classe le matin et de consacrer la journée au sport, aux jeux, au cinéma, à la lecture. Ainsi comprise cette journée ne serait pas perdue pour l'instruction.

M. LINOSSIER rapporteur de la Commission donne lecture des vœux préparés par elle. Cette lecture donne lieu à une nouvelle discussion à laquelle prennent part MM. Cazeneuve, Fourneau, Vaillard, Mme Curie, MM. Quénu, Marcel Labbé, Maurice de Fleury, Balthazard.

— La discussion, de ce fait, est encore renvoyée à mardi prochain.

Le traitement de l'érythrémie ou maladie de Vaquez par les rayons de Roentgen. — M. BÉCLÈRE. La rœntgenthérapie, seul traitement efficace des leucémies, est devenue aussi dernièrement le traitement par excellence de l'érythrémie ou maladie de Vaquez, en dehors des soignées, médication purement symptomatique.

Mais tandis que dans les leucémies avec splénomégalie les irradiations sont dirigées principalement sur la rate, dans l'érythrémie, avec ou sans splénomégalie, c'est la moelle osseuse qu'il faut irradier, comme l'a démontré le premier, en 1916, le docteur Ludin (de Bâle).

A l'appui de cette démonstration, M. Béclère apporte deux observations nouvelles où l'irradiation des divers os du squelette a ramené au chiffre normal le nombre très exagéré des globules rouges, supérieur dans un cas à 14 millions par millimètre cube et donné à deux malades atteints d'érythrémie une guérison durable, sinon définitive.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1922)

De la valeur médico-légale du syndrome parkinsonnien chez les jeunes pour le diagnostic rétrospectif d'une encéphalite épidémique. — M. ROGER (de Marseille) insiste sur l'importance d'un syndrome parkinsonnien postencéphalitique permettant, chez les militaires, d'affirmer une maladie épidémique contractée en service. De même, chez un accidenté du travail, un état parkinsonnien permet d'écarter le traumatisme quand il peut être rapporté à une infection intercurrente.

La rigidité parkinsonnienne sera parfois la signature tardive qui rapportera à un état mental des actes anormaux ou des délits commis au cours d'une poussée psychique méconnue de névraxite épidémique.

Influence de la ponction lombaire sur la polyurie et la glycosurie du diabète sucré. — MM. LHERMITTE et FUMET ont noté, chez deux malades atteintes de diabète glycosurique non syphilitique, un abaissement très accusé de la polyurie et de la glycosurie. Cet abaissement est temporaire, car dans les jours qui suivent la ponction, la polyurie et la glycosurie atteignent un chiffre voisin, quoique inférieur, à celui que l'on constatait avant la rachicentèse.

Lésions auriculaires et arythmie complète. — MM. RIBIERRE et R. GIROUX rapportent l'observation d'un jeune homme qui reçut une balle de revolver dans la région thoracique gauche. Il succomba après avoir présenté, pendant quarante-huit heures, de la tachyarythmie complète ayant succédé immédiatement à la blessure. L'autopsie ne révéla aucune plaie du cœur, de l'aorte, ni du péricarde, mais un épanchement hémorragique moyen du péricarde et de la plèvre droite et un hématome dans le myocarde de l'oreillette droite. L'existence de lésions auriculaires, prévue durant la courte survie du blessé, en raison des caractères de l'arythmie a donc été pleinement confirmée, et ce fait tiré des circonstances dans lesquelles il a été recuilli une valeur quasi-expérimentale.

Transmission horizontale et verticale des bruits pulmonaires. — MM. GÉNÉVRIER et A. ROBIN rapportent l'observation de deux malades, l'une atteinte de ramollissement du sommet droit qui, après pneumothorax artificiel, présente une absence complète de bruits du côté malade, alors que du côté sain, les bruits humides apparaissent pour disparaître cinq à six jours.

L'autre malade atteinte de pneumonie tuberculeuse du lobe inférieur du poumon gauche présente son foyer d'auscultation maximum sur la clavicule dans le deuxième espace intercostal.

M. AMEUILLE signale d'autres faits de transmission verticale et horizontale.

M. BERNARD insiste sur l'importance du contrôle radioscopique dans la cure du pneumothorax.

Dilatation bronchique généralisée et tuberculisation secondaire. — MM. E. RIST et P. AMEUILLE montrent les radiographies et photographies en couleur, se référant au cas d'une jeune fille qui fût longtemps considérée indûment comme tuberculeuse. L'absence de bacilles tuberculeux dans les crachats et une série de constatations négatives démontrèrent qu'il s'agissait de dilatation bronchique simple. Les bacilles n'apparurent que plus tard et l'autopsie démontra qu'il s'agissait d'une tuberculisation tardive, d'une seule dilatation bronchique.

Un cas de vulvo-vaginite gangréneuse. Sérothérapie antigangréneuse. Guérison. — MM. G. LAROCHE et DEGLAIRE communiquent un cas de vulvo-vaginite gangréneuse guérie par trois injections de 60 centimètres cubes de sérum antigangréneux (mélange de sérum antivibrion, antiperfringens

et antiœdématiens) par la voie intramusculaire. En dehors de la rareté du fait, les auteurs insistent sur la rapidité avec laquelle sont tombées les escarres et s'est effectuée la guérison de la lésion vulvo-vaginale.

Des lésions médullaires dans les polynévrites alcooliques. — MM. Œttinger et Manouélian relatent leurs recherches dans deux cas de paralysie alcoolique à type paraplégique ; en dehors des lésions des nerfs périphériques bien connues, et alors que les racines et les ganglions spinaux sont relativement intacts, ils ont constaté des altérations des cellules des cornes antérieures de la moelle lombo-sacrée : chromatolyse très marquée dans le cytoplasme, disposition excentrique du noyau, caryclyse, pycnose, corpuscules acidophiles dans le cytoplasme, dégénérescence granuleuse des neurofibrilles. Ce qui donne un cachet particulier à la paralysie alcoolique, c'est la vacuolisation des cellules motrices ; le nombre et la dimension des vacuoles sont variables : à côté de véritables « cellules-éponges », il existe d'autres cellules où la vacuole est unique et le cytoplasme réduit à un mince liseré délimitant celle-ci.

On comprend qu'avec de telles lésions les paralysies alcooliques soient incurables.

L'instrumentation de la trachéofistulisation. — M. G. Rosenthal présente la boîte construite par Aubry.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 8 février 1922)

Hernie diaphragmatique. — M. Hallopeau fait un rapport sur une observation concernant un enfant âgé de trois mois et demi, qui était atteint d'une hernie diaphragmatique congénitale. Cet enfant a d'abord présenté des troubles de la respiration, de la dyspnée. La radiographie montrait que l'estomac, à mesure qu'il se remplissait, envahissait de plus en plus la cavité thoracique, refoulait le poumon en haut et le cœur à droite. Un lavement bismuthé montra que l'intestin lui-même envahissait la cage thoracique. Le chirurgien intervint. Il réséqua deux côtes, ouvrit la plèvre et chercha à réduire la masse gastro-intestinale dans la cavité abdominale. Il ne put y parvenir. Il fit alors une laparotomie médiane et parvint à attirer toute la masse gastro-intestinale dans la cavité abdominale et put suturer le diaphragme. L'enfant, qui était déjà très affaibli et avait beaucoup maigri, succomba quelques heures après l'opération.

Obstruction intestinale d'origine tuberculeuse. — M. Lardennois, pour répondre à l'appel de M. Delbet, apporte l'observation suivante : Il insiste sur ce fait qu'il est souvent difficile de fixer les indications d'une intervention. M. Terrien lui adressa un enfant de sept ans qui avait le ventre distendu et présentait des contractions intestinales sous la paroi. On pensa d'abord à un mégacôlon. Mais l'enfant avait des selles très rares et très insuffisantes alors que, dans le mégacôlon, il y a, au contraire, des selles abondantes. Il y avait un état nauséeux, permanent, de fréquentes contractions intestinales et des vomissements fécaloïdes. Le diagnostic de péritonite tuberculeuse s'imposait. MM. Hutinel et Jalaguier la confirmèrent. Un séjour à Berck améliora la situation.

Quand M. Lardennois vit cet enfant pour la première fois il était dans un état alarmant, sa température était de 38°5. Une intervention d'urgence s'imposait. L'examen radio-bismuthé était impossible, l'enfant rejetant tout ce qu'on voulait lui faire prendre, M. Lardennois fit la laparotomie et constata une sténose fibreuse très serrée de l'iléon, à l'angle iléo-cæcal. Au-dessus l'intestin était très dilaté, au-dessous très aplati. M. Lardennois fit une résection et une réunion termino-terminale. L'enfant succomba.

L'examen de la pièce montra qu'il s'agissait bien de lésions spécifiques de la tuberculose.

M. Lardennois se demande si, au lieu de faire la résection, il n'aurait pas mieux fait de pratiquer une fistulisation du grêle dans le gros intestin.

M. Baumgartner communique l'observation d'une jeune femme qui présentait des crises d'occlusion intestinale passagère, des coliques, des contractions intestinales sous la peau, une constipation opiniâtre. La radiographie montra qu'il existait une sténose du grêle. Anesthésie locale à la novocaïne, laparotomie. On trouve deux rétrécissements du grêle très serrés, l'un à l'angle duodéno-jéjunal, l'autre vers la région iléo-cæcale. Double résection. Anastomose latéro-latérale pour le segment supérieur, au bouton de Jaboulay pour le segment inférieur. Suites bonnes. Guérison. L'examen histologique a montré les lésions typiques d'une double tuberculose du grêle.

Enfouissement de l'appendice. — M. Jalaguier dont, en matière d'appendicite, il est toujours intéressant de connaître l'opinion, répond à l'appel de ses collègues.

Au début des appendicectomies, vers 1891-1892, aucun chirurgien n'enfouissait le moignon de l'appendice. On se contentait de le thermocautériser et de gratter la muqueuse avec une curette. Un peu plus tard, M. Jalaguier prit soin parfois d'appliquer au-dessus du moignon un petit tablier d'épiploon qu'il suturait avec un fin catgut. Il arrivait encore parfois qu'il y avait un peu de suppuration. Il chercha alors à faire mieux et commença à pratiquer le véritable enfouissement du moignon appendiculaire. Les résultats furent meilleurs. Il n'hésita donc plus à préconiser l'enfouissement. Toutefois, il y a des cas où il est contre-indiqué, quand, par exemple, le cæcum est très dilaté et que sa paroi se trouve très amincie, ou qu'il existe une péritonite péricæcale.

Il importe que la suture séro-séreuse soit pratiquée aussi près que possible du moignon, de façon à ne pas créer de cavités, de vases clos dans son voisinage. Il faut éviter de faire des points perforants. Il faut se servir d'aiguilles très fines ou de fils très fins. L'aiguille de Reverdin est beaucoup trop large.

M. Jalaguier insiste sur l'importance d'une bonne stérilisation des catguts. Dans un cas, il a eu un abcès dont le pus avait une odeur infecte et qui a entraîné une gangrène de la peau, tout cela pour un mauvais catgut. Après bien des expériences, c'est aux catguts de Triollet qu'il donne la préférence.

L'écrasement est une bonne pratique, mais il y a des appendices qui se prêtent mal à l'écrasement.

En résumé, M. Jalaguier ne voit que des avantages à l'enfouissement.

Occlusion intestinale. — M. Sencert (de Strasbourg) communique l'observation d'une femme de trente-huit ans qui présenta des phénomènes d'occlusion aiguë qui nécessitèrent une cæcostomie d'urgence. Une radioscopie montra une forte dilatation du côlon, un véritable mégacôlon résultant d'une coudure de cet intestin. M. Sencert intervint, bien que la malade fut enceinte. Il fit une laparotomie et pratiqua une colectomie du transverse, avec suture bout à bout. Suites simples, fermeture de l'anus cæcal, accouchement à terme.

M. Okinczyc fait remarquer que M. Couvelaire a appelé l'attention sur ces coudures du côlon pelvien par suite d'adhérences avec le ligament large dans les cas de grossesse.

Diverticule de l'œsophage. — M. Sencert apporte trois cas de diverticules de l'œsophage dont deux n'ont présenté aucun symptôme, mais dont le troisième était une coudure cervicale latérale droite qui avait entraîné une dysphagie nécessitant l'intervention. Résection, suture, petit drainage, guérison. L'examen de la pièce excisée a montré qu'il s'agissait d'une hernie de la muqueuse.

Contraction permanente de la mâchoire. — M. Sencert rapporte, enfin, une observation d'ankylose osseuse complète de la mâchoire pour laquelle il a creusé dans la fosse temporale une nouvelle cavité ; il inséra un greffon de tendon mort et ferma la plaie sans drainage. Le traitement orthopédique consista à abaisser la mâchoire, non par sa partie antérieure mais par sa partie postérieure. Le résultat obtenu fut satisfaisant.

Radiothérapie. — Parmi les présentations, signalons celle qu'a faite M. Proust en son nom et au nom de M. Mallet, d'une femme atteinte d'une tumeur ulcérée du sein qui a été

traitée par la röntgenthérapie et chez laquelle il y a eu récidive en dehors des points où avaient porté les rayons.

Cancer du rectum. — M. LARDENNOIS présente un malade intéressant. Il s'agit d'un néoplasme du rectum qui a été opéré, il y a quinze mois, en deux temps : 1er temps : laparotomie médiane, préparation de la descente du néoplasme, libération des adhérences, décollement, ablation des ganglions ; deuxième temps : quinze jours après ablation du rectum sur plus de 30 centimètres, pas de troubles, suites simples. Aujourd'hui, quinze mois après, continence parfaite, bonnes contractions du sphincter.

Le néoplasme siégeait à la partie supérieure de l'ampoule, ce qui a permis de conserver le rectum.

Guérison d'ulcères récidivants d'une cornée hypo-esthésique par la sympathectomie péricarotidienne interne. Nature de la kératite neuro-paralytique. — M. R. LERICHE. A la suite d'une blessure de la région frontale, un homme voit apparaître de la kératite avec ulcère, ayant les caractères de la kératite neurotrophique. L'ulcère récidive treize fois en trois ans et devient de plus en plus rebelle.

Leriche fait une sympathectomie péricarotidienne interne.

L'ulcère guérit en trois jours et ne récidiva pas.

Durée de l'observation postopératoire : deux ans et trois mois.

Qu'il se soit agit d'une kératite neurotrophique, ce n'est pas douteux, mais comment l'expliquer?

Classiquement, kératite neurotrophique veut dire lésion grave du trijumeau. A l'inverse de cette opinion, Leriche pense qu'il s'agit dans son cas, d'un syndrome sympatique posttraumatique, assimilable aux troubles physiopathiques observés après les traumatismes de la main ou du pied et en rapporte plusieurs exemples personnels.

D'ailleurs, la kératite neuroparalytique ne peut relever elle-même que de la lésion des fibres vaso-motrices du trijumeau. Ce qui le prouve, c'est que la section de la racine protubérantielle n'en est pas suivie, les fibres sympathiques ne rejoignant le nerf qu'au niveau du ganglion de Gasser.

(SÉANCE DU 15 FÉVRIER 1922)

Hématome anévrismal de l'artère fémorale — M. MATHIEU fait un rapport sur une observation de M. Robert Monod; un jeune homme de dix-neuf ans, robuste, sportif, est pris d'une vive douleur à la partie inférieure de la cuisse en faisant un violent effort dans une partie de foot-ball. Il se traîne pendant quelque temps, puis présente une température de 39 degrés, un gonflement de la portion externe et inférieure de la cuisse. Le diagnostic hésitant entre un abcès ou une ostéomyélite, M. Monod fait une incision, trouve un hématome, arrive sur l'artère qu'il lie, l'hémorragie ne s'arrêtant pas, il fait une ligature plus haut, au-dessus du canal de Hunter. L'hémorragie s'arrête. Une ligature est faite également au-dessous. En explorant la plaie, M. Monod trouve une exostose au contact de l'artère, exostose qui avait entraîné une certaine usure de cette artère. Le moindre traumatisme, un effort un peu violent avaient suffi pour déterminer l'hémorragie. Les suites de l'intervention furent des plus simples.

Ces cas ne sont pas fréquents. M. Mathieu n'a pu en réunir que cinq exemples. Dans tous ces cas, il s'agit toujours de jeunes gens. On y trouve la même brusquerie du début des accidents, la même cause occasionnelle, c'est-à-dire un léger traumatisme, la même tuméfaction qui va en augmentant ; dans deux cas observés par MM. Terrier et Hartmann, on avait même constaté du souffle et des battements qui avaient permis de porter le diagnostic de tumeur anévrismale.

En l'absence de ces signes, on peut croire à une lésion inflammatoire. La radioscopie peut permettre de reconnaître la présence des exostoses, dans certains cas, on en a trouvé plusieurs.

La conduite thérapeutique doit être toujours la même, incision, double ligature de l'artère. C'est là l'opération de choix et elle est sans danger.

M. ARROU pense que dans ces cas, on pourrait se contenter de ligatures temporaires et d'une bonne compression par des compresses de gaze stérilisée qu'on enlèverait ensuite prudemment une à une.

Kystes paranéphrétiques. — M. LECÈNE fait un rapport sur une observation adressée par M. Desplats : Femme de quarante-sept ans, antérieurement hystérectomisée par Alglave et qui vit se produire, dans le flanc droit, une tumeur qui grossit peu à peu. Le gros intestin est repoussé en avant, ce qui semblait bien indiquer une tumeur de la fosse lombaire. M. le rapporteur pense qu'il eut été utile de recourir à un lavement bismuthé qui aurait nettement confirmé le siège de cette tumeur kystique.

M. Desplats fit une incision médiane antérieure, arriva sur la tumeur qui était bien rétromésocolique ascendante droite, et put extraire la tumeur, préalablement ponctionnée par la voie transmésocolique, après avoir libéré la veine cave et l'uretère. Il sutura sans drainage.

Les suites de l'opération furent bonnes.

L'examen histologique montra que c'était un exemple typique de kyste paranéphrétique.

M. Lecène a pu ressembler 45 observations semblables. Le diagnostic de la tumeur est difficile.

L'examen radiobismuthé du gros intestin peut la faciliter. M. Lecène pense qu'il eut été peut-être préférable de faire l'incision dans le flanc droit, de traverser le péritoine et d'arriver ainsi directement sur la tumeur. En passant par une incision abdominale antérieure, on risque de léser les vaisseaux mésocoliques.

M. OKINCZYC a observé un cas analogue. Il s'agissait d'une malade qui avait un fibrome utérin et un kyste paranéphrétique. Comme il fallait d'abord l'hystérectomiser, M. Okinczyc a bien été obligé de passer par une incision médiane antérieure. Le fibrome enlevé, il arriva assez facilement sur le kyste qu'il put extraire.

Perforation du pylore. — M. LECÈNE analyse une observation de M. Miginiac (de Toulouse) dans laquelle il s'agit d'un homme de trente-six ans qui fut pris brusquement d'une douleur très vive et présenta tous les signes d'uue perforation gastrique ou duodénale, M. Miginiac intervient trois heures après le début des accidents. Il trouve une rupture du pylore bloqué sous le foie. La perforation était très large. Il la sutura rapidement, l'enfouit sous une lame épiploïque et, se méfiant un peu de la solidité de sa suture, fit une gastro-entérostomie postérieure. Le malade succombe quarante-huit heures après.

A l'autopsie, on constata qu'il s'agissait d'un cancer. Dans les cas de cancer, les perforations sont rares. On n'en a relevé que 9 sur 710 cas. Elle est particulièrement grave dans ces cas, à cause de la virulence spéciale du liquide qui s'écoule par la perforation.

MM. SAVARIAUD et BAUDET rapportent des faits analogues.

Cholécystectomie. — M. LECÈNE analyse une observation d'un confrère, dans laquelle il s'agit d'une cholécystite aiguë que l'auteur traita avec succès par la cholécystectomie.

Les amputations du pied. — La discussion sur ce sujet, depuis longtemps interrompue, reprend.

M. GERNEZ établit un parallèle entre l'amputation de Chopart, celle de Pirogoff et celle de Ricard. C'est à cette dernière qu'il donne la préférence.

M. LAPOINTE prend nettement la défense de l'amputation de Chopart. Selon lui, elle a été condamnée à tort. C'est une très bonne opération quand elle est bien faite. Toutefois, M. Lapointe reconnaît que l'appareillage, après cette opération, est souvent difficile. Mais on peut s'en passer. Le renversement ne paraît pas, à M. Lapointe, une mauvaise condition. Le moignon, dans l'amputation de Chopart, est toujours renversé. En résumé, de toutes ses amputations du pied, c'est à celle de Chopart que M. Lapointe donne la préférence.

M. MOUCHET estime qu'il faut distinguer les faits. Il a vu un grand nombre d'amputés de Chopart et beaucoup présentaient de mauvais résultats. Il a compté jusqu'à 18 mauvais résultats sur 21 amputés. Il reconnait avoir constaté un très bon résultat chez un amputé d'Alglave.

Les partisans du Chopart expliquent les mauvais résultats

constatés par ce fait que ces blessés ont dû être opérés par de mauvais chirurgiens, au début de la guerre. Mais à la fin, les opérations étaient meilleures et les résultats ne l'étaient pas.

En résumé, M. Mouchet estime que le Chopart est une mauvaise opération et qu'il faut lui préférer le Pyrogoff ou le Ricard. Il a surtout obtenu de très bons résultats du Ricard.

M. BROCA a vu un très bon résultat d'un Chopart, pratiqué par M. Riche. Son opéré marche très bien. Les résultats dépendent donc beaucoup plus de l'opérateur que de l'opération.

M. POTHERAT donne la préférence au Syme.

Parmi les présentations, citons un petit opéré très remarquable de M. HALLOPEAU : C'est un enfant de sept ans qui était atteint d'**ostéomyélite de l'humérus gauche**. Insuccès complet du vaccin de Delbet. La température s'élevant, l'état s'aggravait, au point qu'on pouvait craindre une issue fatale. M. Hallopeau enleva toute la diaphyse humérale. Un mois après, cet enfant avait refait tout son humérus. On peut le constater à la radiographie. Il a un bon humérus, pas de pseudarthrose.

M. DUJARRIER félicite M. Hallopeau de ce très beau résultat.

M. VEAU trouve également ce résultat, d'autant plus beau, que la résection totale d'un humérus entraîne, généralement, une pseudarthrose.

M. BROCA se trouve quelque peu gêné pour faire ses réserves en présence d'un aussi beau succès. Et cependant, il croit devoir en faire. Quel est l'avenir de ce nouvel humérus? Gérard-Marchant avait fait un certain nombre de résections de ce genre. Il y avait ensuite renoncé, parce que ces beaux résultats ne se maintenaient pas toujours par la suite. Il semble donc à M. Broca qu'il ne faudrait pas ériger en méthode cette manière de faire. M. Hallopeau est convaincu que son petit malade serait mort, s'il ne l'avait pas opéré ainsi. Il n'en sait rien. M. Broca a condamné des enfants qui ont très bien guéri et il a porté un pronostic favorable chez d'autres qui sont morts.

Il est bon aussi de rappeler qu'à côté de l'ostéomyélite, il y a la lymphangite profonde, et des erreurs de diagnostic sont possibles.

M. MOUCHET pense que des trépanations multiples de la cavité médullaire auraient peut-être suffi.

M. OMBRÉDANNE tient à répéter, après de nouvelles et nombreuses expériences, que le vaccin de Delbet reste absolument sans effet sur l'ostéomyélite.

M. HALLOPEAU déclare n'avoir jamais eu la prétention d'ériger, en méthode générale, cette résection de la totalité de la diaphyse humérale dans le traitement de l'ostéomyélite. Il répète qu'il considérait l'état de ce petit malade comme très grave, qu'il le considérait comme perdu et qu'il a cru devoir intervenir d'une façon radicale et prompte. C'est ce qu'il a fait et son petit malade a très bien guéri, sans pseudarthrose.

Procédé d'aspiration de la bile du duodénum et des voies biliaires. — M. GOSSET indique un ingénieux procédé permettant d'examiner la bile et de reconnaître si la vésicule biliaire est libre ou bouchée par la présence d'un calcul. Ce procédé peut donner de très utiles renseignements pour les indications d'une intervention sur les voies biliaires.

Rein polykystique. — M. BRIN (d'Angers) présente un rein polykystique qui a été rompu à la suite d'un coup de pied de cheval. L'opération a eu lieu quatre heures après l'accident. L'écrasement du rein était tel qu'il a fallu l'enlever, bien qu'il y eut des chances pour que l'autre rein fut également polykystique. Le blessé a bien guéri.

Les résultats de la staphylorraphie. — M. VEAU donne la statistique de 89 cas de division congénitale du voile du palais, opérés depuis quinze ans, à l'hôpital des Enfants-Assistés par le procédé de Trélat. Après une seule opération, il compte : 48 p. 100 de fermeture totale, 35 p. 100 de fermeture incomplète, 15 p. 100 de désunion totale.

Après plusieurs opérations, il compte : 73 p. 100 de fermeture totale, 13 p. 100 de fermeture incomplète, 3 p. 100 aucun résultat.

Il a eu un cas de mort.

Mais tout l'intérêt de la communication de M. Veau vient de ce qu'il a revu 40 malades opérés depuis plusieurs années ; il a recherché quels étaient les résultats fonctionnels de l'opération. Les parents ne font pas opérer leurs enfants pour obtenir la fermeture d'une fente que personne ne voit. Ils recherchent une amélioration de l'élocution. A ce point de vue, M. Veau se montre peu enthousiaste :

25 p. 100 des opérés avaient obtenu une amélioration considérable toute spontanée ou après une éducation phonétique insignifiante ;

15 p. 100 n'avaient obtenu des modifications du langage qu'après une éducation phonétique de plusieurs années ;

60 p. 100 n'avaient retiré aucun bénéfice fonctionnel de l'opération parce que les parents étaient insouciants ou d'un milieu social qui ne leur permettait pas les frais d'une éducation très prolongée.

En examinant les enfants qui ont tiré un bénéfice spontané de l'opération. M. Veau a vu que, tous, ils avaient un voile long et mobile. Pour lui, c'est la condition essentielle de l'amélioration fonctionnelle.

La fréquence des échecs chirurgicaux, la nullité des résultats fonctionnels sont la conséquence des mauvais principes opératoires qui sont la base de l'opération classique de Baizeau, Langenbeck, Trélat.

La désunion vient de l'infection. Or, la face supérieure des lambeaux décollés et suturés est une large surface cruentée qui sert de plancher aux fosses nasales infectées et secrétantes.

Quand les lambeaux tiennent, cette surface cruentée ne peut que se cicatriser par bourgeonnement ; il s'en suit une rétraction cicatricielle qui est la principale cause de la brièveté du voile.

Enfin, tous les procédés classiques et surtout les perfectionnements récents cherchent à diminuer la tension de la ligne de suture en sacrifiant les muscles du voile du palais d'une façon plus ou moins complète, plus ou moins anatomique.

Pour faire une bonne staphylorraphie, le chirurgien doit avoir pour but :

1° Supprimer toute la surface cruentée de la face supérieure des lambeaux. On y arrive facilement en suturant la muqueuse nasale décollée, sans toucher à la muqueuse buccale.

2° Conserver soigneusement tous les muscles. Pour lutter contre la traction qu'ils exercent sur la suture, il suffit de faire une ligature en masse du palais mou avec un fil d'argent.

C'est ce que M. Veau a réalisé sur quatre malades qui ont été présentés à une précédente séance.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. T. XXXI. *Electrologie* (1), par DELHERM et LAQUERRIÈRE.

Le beau traité publié par la maison Maloine sous la direction du professeur Emile Sergent, de L. Ribadeau-Dumas et de L. Babonneix, vient de s'enrichir d'un nouveau tome consacré à l'électrologie. La rédaction en a été confiée à MM. Delherm et Laquerrière dont on connaît la haute compétence en la matière.

Ainsi que l'écrivent les auteurs dans la préface, ce volume qui envisage seulement les applications de l'électricité aux affections d'ordre médical et non toute l'électrothérapie, est écrit spécialement pour les praticiens.

C'est dire que sous une forme concise quoique très claire, il expose toutes les notions générales que doit connaître le praticien. On y trouvera notamment des notions très précises sur l'électrodiagnostic. Un chapitre très important sur les précautions à prendre dans les installations électroradiologiques termine ce volume.

C'est là un point important, trop souvent négligé. Il évitera aux praticiens bien des déboires, bien des accidents aussi.

L. G.

(1) Un vol. in-8° de 324 p., Paris, A. Maloine et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 17. — MARDI 28 FEV. & 2 MARS 1922. 95e ANNÉE. MARDI 28 FÉV. & 2 MARS 1922. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

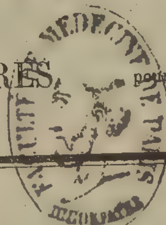
Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Etudiants étrangers, 25 francs par an.



ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Académie de médecine. — Legs A.-J. Martin. — L'Académie de médecine est autorisée à accepter le legs qui lui a été consenti par M. A.-J. Martin, pour constituer la rente d'un prix annuel — partage autorisé — de 1.000 fr., qui sera décerné sous le nom de prix A.-J. Martin, au meilleur mémoire ou rapport sur une question d'hygiène à poser par l'Académie.

Ministère de l'hygiène. — M. le Dr Dron, sénateur, est nommé membre du Conseil supérieur de protection des enfants du premier âge en remplacement de M. Paul Strauss.

Conseil supérieur d'hygiène publique. — M. le Dr Zipfel, vice-président du conseil général de l'Association générale des médecins de France, a été nommé membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Hopitaux militaires d'eaux minérales. — Sont détachés pendant les saisons thermales de 1922 :

A l'hôpital de Vichy : M. le médecin principal de 1re classe Biscons, médecin chef ; MM. les médecins-majors Lère, Verdeau, Dillenseger et Fournès.

A l'hôpital de Barèges : M. le médecin-major Rebierre, médecin chef ; M. le médecin-major Pinat.

A l'hôpital de Bourbonne les-Bains : M. le médecin-major Dehoey, médecin chef.

A l'hôpital du Mont-Dore : M. le médecin-major Dupont, médecin chef.

A l'hôpital de Bagnoles-de-l'Orne : M. le médecin-major Bertrand.

Centenaire de la thèse de Bayle (1822-1922). — Les trois Sociétés de médecine mentale de Paris ont décidé d'organiser à Paris, au mois de mai 1922, une réunion psychiatrique destinée à commémorer le centenaire de la thèse dans laquelle Bayle, en 1822, a pour la première fois isolé la paralysie générale.

Le Comité d'organisation a décidé de profiter de la présence à Paris des nombreux collègues qui viennent assister à la séance solennelle de la Société médico-psychologique et à l'assemblée générale de l'Association mutuelle des aliénistes de France, le lundi 29 mai, et de fixer aux 30 et 31 mai les deux journées consacrées à cette célébration.

Sous la présidence de M. Toulouse, président, en 1922, de la Société médico-psychologique, deux journées seront consacrées à l'exposé de l'historique et des conceptions actuelles de la maladie de Bayle.

La réunion sera internationale et des neuro-psychiatres des pays alliés et amis seront invités à participer à ses travaux de même que des aliénistes et neurologistes français.

Les rapports suivants seront présentés pour servir de cadre à la discussion et aux diverses communications :

Première journée : Historique. — Première séance (matin 9 h. 1/2) : Discours du président ; « Les précurseurs de Bayle », par MM. Laignel-Lavastine et Vinchon ; — « Bayle et les travaux de Charenton », par M. Semelaigne.

Deuxième séance (après-midi 2 h. 1/2) : « La paralysie générale après Bayle. La dualité de la paralysie générale. La folie paralytique, la démence paralytique. Les travaux de la Salpêtrière », par M. Arnaud.

Deuxième journée : Les conceptions actuelles de la paralysie générale. — Troisième séance (matin 9 h. 1/2) : « Etiologie », par M. Pactet ; — « Anatomie pathologique », par M. Lhermitte ; — « Etude clinique et médico-légale », par M. René Charpentier.

Quatrième séance (après-midi, 2 h. 1/2) : « Traitement et assistance », par M. Truelle.

Les adhésions et les cotisations (40 fr.) sont reçues par M. Raymond Mallet, trésorier, 284, boul. Saint-Germain, Paris.

Le mouvement de la population a Paris. — Au moment du recensement de 1911, la population était de 2.847.229 habitants. Le dernier recensement (1921) indique une population de 2.906.472 habitants. Le bulletin décadaire de la statistique municipale qui donne ces renseignements ajoute que le nombre de naissances a été de 48.277 en 1911. Si nous exceptons les années de guerre où le chiffre des naissances a fléchi pour tomber à 28.298 en 1916, nous voyons

que le chiffre des naissances est en progression notable. Il a atteint 55.813 en 1920, et 52.011 en 1921.

La mortalité, d'autre part, diminue nettement. En 1911, nous notons 47.059 décès. En 1921, 41.955 seulement, malgré l'augmentation de la population.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de notre confrère Lenois, ancien interne des hôpitaux, médecin chef de la Compagnie d'Orléans, où il a succédé à son maître Segond dont il était un des élèves préférés. Il était chevalier de la Légion d'honneur et Croix de guerre, ayant repris du service pendant la guerre.

Nous apprenons aussi la mort des Drs Leroux, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Joseph, chevalier de la Légion d'honneur, et Louis Loubet, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien à Marseille.

COURS DE PERFECTIONNEMENT DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS. — Le début du cours de dermatologie et de vénéréologie, annoncé pour le 10 avril, n'aura lieu que le 24 avril 1922.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — CIRCUITS AUTOMOBILES DE PRINTEMPS AUTOUR D'AVIGNON, CIRCUIT DES BAUX, CIRCUIT DU PONT DU GARD. — Pour permettre au public de visiter commodément et à peu de frais les incomparables curiosités archéologiques de la région d'Avignon, la Compagnie des Chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée va remettre en marche, chaque jour, à partir du 19 mars et jusqu'au 5 juin prochain, le *Circuit automobile des Baux*, excursion d'une journée, dont l'itinéraire s'établit, au départ d'Avignon, par Tarascon, Arles, Les Baux, Saint-Rémy et Maillane. Prix de l'excursion : 30 francs. Déjeuner à Arles.

Sera mis en marche, également au départ d'Avignon, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, du 21 mars au 3 juin inclus, le *Circuit du Pont du Gard*. Itinéraire : Avignon, Villeneuve-lès-Avignon, Pont du Gard, Nîmes, Uzès. Prix : 35 francs. Déjeuner à Nîmes.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

ERREUR DE DIAGNOSTIC — DÉLIVRANCE DE CERTIFICAT MÉDICAL

Un arrêt de la Cour de Liège du 30 juillet 1890 (*D.* 91. 2.281) déclare que la responsabilité civile d'événements malheureux qui ont trahi l'effort de l'homme de l'art ne saurait, en aucun cas, être mise à sa charge sans entraver son initiative dans les circonstances les plus graves ; l'homme de l'art ne se doit aux malades qui l'ont choisi que tel qu'il est, sous les conditions relatives d'aptitude naturelle, d'études et d'expériences sous lesquelles il s'est formé : il ne peut, dès lors, encourir d'autre responsabilité civile que celle qui procède de négligence ou de mauvais vouloir, c'es-à-dire d'une faute ordinaire en laquelle se serait traduit l'oubli de son devoir professionnel.

Dans un cas soumis au tribunal civil du Havre, une dame X... avait réclamé une somme importante de dommages-intérêts à un médecin, pour deux faits distincts : 1° Une erreur de diagnostic qui aurait eu pour conséquence des frais de voyage et de traitements inutiles; 2° la délivrance à la légère d'un certificat affirmant la maladie de la dame X... qui eut pour résultat la désunion du ménage, lorsque ce certificat parvint à la connaissance du mari.

Dans son jugement du 4 juin 1921, le tribunal a rejeté le premier grief, en déclarant : « Attendu que la question de savoir si le docteur... s'est trompé en déclarant, d'une façon catégorique, que Mme X... était atteinte de la syphilis relève de la science et de la pratique médicale. Attendu que si le principe général édicté par les articles 1382 et 1383 du Code civil rend les médecins responsables des fautes qu'ils commettent dans l'exercice de leur profession, *une erreur de diagnostic* ne saurait, en principe, à elle seule, engager la responsabilité professionnelle du médecin, s'il n'est pas démontré qu'il a commis une faute lourde procédant, à la fois, d'une ignorance complète en matière médicale ou de la méconnaissance des principes élémentaires de prudence. »

C'est la confirmation de la jurisprudence actuelle ; et la responsabilité du médecin a été écartée, parce que la demanderesse, pour établir la faute lourde de ce dernier, ne produisait aucune consultation, aucun certificat, hormis une lettre au timbre d'un hôpital qui ne présentait aucun caractère d'authenticité et dont les termes vagues et imprécis ne permettaient pas au tribunal de s'arrêter à ce document; l'expertise qui était sollicitée a été écartée, parce qu'il s'était écoulé un temps trop long entre la date de la demande en justice et la maladie.

Mais le tribunal a retenu le grief concernant la délivrance du certificat ;

« Attendu que commet une faute le médecin qui délivre un certificat qui lui est demandé, à raison de sa compétence propre, alors même qu'il atteste des faits qu'il a contrôlés, sans se renseigner du but dans lequel l'attestation lui est demandée et de la qualité de la personne qui le sollicite ;

Attendu qu'il doit rechercher si la pièce qu'il va délivrer ne pourra pas servir pour un chantage, un internement injustifié, etc., si enfin elle n'amènera pas, dans une famille ou un ménage, le trouble et la discorde ;

Attendu qu'en l'espèce, la dame X... était mariée ; que son mari était au front ;

Attendu que, dans ces conditions, le docteur qui devait être au courant de ces faits, aurait dû être d'autant plus circonspect que les circonstances rendaient plus suspectes les origines de la maladie et devaient lui faire rechercher le but poursuivi par la femme en demandant le certificat et les conséquences que pourrait avoir la délivrance de celui-ci;

Attendu qu'en délivrant à une femme mariée, en dehors et à l'insu de son mari, un certificat dont la teneur pouvait amener la discorde entre les époux, ce qui, du reste, arriva, le docteur a commis une faute dont il doit réparation. »

Une condamnation à des dommages-intérêts fut prononcée, en conséquence, contre lui, pour délivrance d'un certificat dans les conditions qui viennent d'être indiquées.

Le médecin doit apporter une prudence particulière, lorsqu'une personne vient lui demander la remise d'un certificat médical. Le but poursuivi peut être inavoué ; ce peut être, comme dit le tribunal du Havre, dans un but de chantage ou d'internement injustifié. Le médecin doit se montrer perspicace et s'entourer de tous les renseignements nécessaires pour éclairer sa propre religion, avant de remettre l'attestation qui est sollicitée de lui.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Comment interpréter en clinique les réponses du laboratoire? par HUGEL, DELATER et ZŒLLER, chefs de laboratoire de bactériologie de l'armée, médecins-majors au Laboratoire de vaccination et de sérothérapie au Val-de-Grâce. In-8, 1922. Prix : 5 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Le traitement des fractures et luxations en clientèle, par le Dr F. MASMONTEIL. 2e édit., 157 figures. — Paris, Maloine et fils.


ANÉMIE
HÉMOGLOBINE
CONSOMPTION
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHQUES

LA RADIOLOGIE EN 1920-1921

PAR

Louis DELHERM — P. THOYER-ROZAT

CHEF — ASSISTANT

DU LABORATOIRE D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ

I. OS ET ARTICULATIONS

Scoliose et spina bifida lombo-sacré. (LANCE. *La Pédiatrie prat.*, janv. 1921.) — La coexistence d'un spina bifida occulta lombo-sacré et d'anomalies vertébrales avec des déformations de la colonne ne doit pas être considérée comme une simple coïncidence. L'auteur, après avoir éliminé les scolioses ayant une origine bien déterminée, a trouvé chez cinquante scolioses *essentielles*, vingt-sept porteurs de spina bifida occulta lombo-sacré. Ce sont d'habitude des scoliotiques jeunes, sans distinction de sexe avec des antécédents pathologiques variés et, qui présentent généralement non pas une cyphoscoliose, mais une scoliose à dos plat. L'examen clinique et la recherche des petits signes du spina bifida mettent sur la voie du diagnostic qui sera confirmé par une radiographie.

Cf. — Inégalité de longueur des membres inférieurs et spina bifida occulta. (LANCE. *Pédiatr. prat.*, 1920.

Contribution à l'étude de la scoliose essentielle des adolescents. (LEROY. *Th. de Paris*, 1921.)

Contribution à l'étude des malformations congénitales des vertèbres cervicales. (BRETON. *Th. de Paris*, 1921.)

Sur la localisation du spina bifida dans la région cervicale. (A. FEIL. *Progrès méd.*, 20 nov. 1920.)

Scolioses et anomalies vertébrales décelées par la radiographie. (GOURSOLAS. *Bull. de la Soc. d'électroth. et de radiol.*, juil. 1921.) — Les anomalies vertébrales observées par l'auteur chez quelques scoliotiques semblent porter moins sur des malformations proprement dites (spina bifida, sacralisation, etc.), que sur des anomalies de nombre (vertèbres déficitaires ou supplémentaires) qu'il a constatées plusieurs fois.

Cf. — Les hommes sans cou : le syndrome de Klippel-Feil. (DUBREUIL-CHAMBARDEL. *Presse méd.*, 4 mai 1921.)

La sacralisation douloureuse de la Ve vertèbre lombaire. (MAUCLAIRE. *Paris méd.*, déc. 1920.) — L'auteur en rapportant quelques cas observés par lui de sacralisation douloureuse (tous les sacralisés et ils sont nombreux ne souffrent pas), étudie les différentes modalités de cette curieuse affection que, seule la radiographie permet de mettre en évidence.

Ses *variétés*, suivant le degré de développement de ses apophyses transverses, pouvant aller jusqu'à la fusion complète, unilatérale ou bilatérale, avec le sacrum.

Son *apparition*, chez l'adulte en général et d'ordinaire brusque à la suite d'un traumatisme.

Ses *manifestations douloureuses*, avec maximum dans l'angle, iléo-vertébral, et se propageant en haut le long de la colonne et en bas vers le sciatique, calmées par le repos prolongé, réveillées et exacerbées par les fatigues, s'accompagnant fréquemment de scoliose surtout quand la sacralisation est unilatérale.

Son *traitement chirurgical* qu'après Nove Josserand il a tenté à deux reprises avec apparence de succès et qui consiste dans l'ablation de l'apophyse hypertrophiée suivant une technique particulière.

Cf. — Anomalies de la Ve lombaire : étude radiographique. (CLAP. *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, oct. 1920.)

La sacralisation de la Ve lombaire. (DELHERM et P. THOYER-ROZAT. *Bull. méd.*, janv. 1921.)

Pathogénie de la sacralisation. (LEDOUX et CAILLODS. *Presse méd.*, 12 fév. 1921.)

Sacralisation et sciatique. (A. FEIL. *Progrès méd.*, 26 mars 1921.)

Etude clinique des accidents en rapport avec la sacralisation. (Lucien MICHEL. Revue gén., *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 17, p. 261.)

Sacralisation de la Ve lombaire. (Léon IMBERT et CATHALORDA. *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 52, p. 821.)

De l'étude radiologique de la Ve lombaire et du diagnostic radiologique de la sacralisation de cette vertèbre. (GEORGET. *Th. Lyon*, 1921.)

La sacralisation de la Ve lombaire : étude radiologique. (JAPIOT. *Journ. de radiol.*, avril 1921.)

L'ostéochondrite déformante infantile. (A. MOUCHET et G. ILL. *Rev. d'orthop.*, fév. 1921.) — Dans cette affection « la clinique n'est presque rien, la radiologie est tout ». Le noyau épyphysaire est généralement déformé, aplati en galette ou en champignon avec des bords irréguliers. Il est souvent décalcifié par places, quelquefois même fragmenté : le col, parfois décalcifié lui aussi est souvent épaissi surtout au cours de l'évolution de la maladie; il peut enfin finir par se déformer en coxa vara.

L'interligne articulaire est en règle générale agrandi par un léger épanchement qui refoule la tête en dehors.

Du côté de l'os iliaque les lésions sont exceptionnelles et de peu d'importance : à peine trouve-t-on dans quelques cas un peu d'irrégularité du toit du cotyle.

Evoluant normalement vers la guérison, cette affection peut cependant laisser subsister une certaine déformation de la tête et du col que l'on retrouve fréquemment chez l'adulte (arthrite déformante).

Cf. — Six cas d'ostéochondrite déformante infantile. (SORREL. *Rev. d'orthop.*, janv. 1921.)

Coxa plana. (CALVÉ. *Bull. de la Soc. de chir.*, 22 mars 1921.)

L'ostéochondrite déformante infantile. (CAPETTE. *Rev. de méd. prat.*, avril 1921.)

La maladie protée ou les formes changeantes de la tête fémorale dans la subluxation congénitale, l'ostéochondrite n'est qu'une de ces formes. (CALOT. *Journ. des prat.*, 9 avril 1921.) — En opposition avec les auteurs précédents, Calot estime que l'ostéochondrite n'existe pas. Les nombreux cas que l'on en a cités ne sont d'après lui que des « coxopathies déformantes chez des subluxés congénitaux... C'est la malformation cotyloïdienne de la subluxation qui est le fait primitif et la cause des nombreuses variétés de déformation de la tête : et cet aplatissement plus ou moins marqué de la tête, dont ont a voulu faire le signe pathognomonique de la maladie nouvelle n'est qu'une de ces variétés, qu'un de ces types morphologiques si nombreux, suivant lesquels la tête se déforme dans la luxation congénitale et plus encore dans la subluxation ». D'où l'auteur conclut que, le traitement de cette affection doit être le même que celui de la subluxation congénitale.

Cf. — L'ostéochondrite est une subluxation congénitale. (H. COLLEU. *Bull. et mém. de la Soc. de radiol.*, oct. 1921.)

L'exploration radiographique du profil de la hanche. (ARCELIN et DUCHÈNE-MARULLAZ. *Soc. de radiol.*, 8 fév. 1921.) — Avant le traitement la radiographie permet, en indiquant le mode de déplacement des fragments dans le sens antéropostérieur de prendre les précautions nécessaires pour bien

embrocher la tête fémorale. Après le vissage, elle montrera avec une évidence indiscutable, si la cheville a été placée en bonne position.

La technique est la suivante :

Le blessé étant dans le décubitus dorsal, on dessine sur la peau par un contrôle radioscopique préalable, l'emplacement de la tête et la direction du col : une perpendiculaire tracée à cette direction indiquera le plan horizontal par lequel va passer le rayon normal de l'ampoule tournée à 90 degrés ; en relevant verticalement le membre sain, on découvre la face interne de la cuisse fracturée sur laquelle est dirigé le faisceau de rayons X : la plaque est placée verticalement contre la fosse iliaque externe.

La lecture des radiographies obtenues dans ces conditions est affaire d'habitude.

Le gros avantage de cette méthode est de donner un profil rigoureux du col et, cela, sans nullement mobiliser le membre malade, ce qui est extrêmement important, lorsque l'on a affaire à une fracture récemment enchevillée.

Cf. — Technique opératoire du vissage du col fémoral dans les fractures récentes. DUJARIER. *Presse méd.*, 28 mai 1921.)

L'exploration radiologique du carpe. (ARCELIN. *Journ. de radiol.*, t. V, n° 8.) — Les traumatismes du poignet nécessitent toujours, si bénins qu'ils puissent être en apparence, une radiographie (et non une simple radioscopie) dont l'interprétation exige, de la part du radiologiste et du chirurgien, des notions trop souvent méconnues des uns et des autres. Faute de quoi, il peut arriver que des lésions du poignet passent inaperçues entraînant ainsi d'importantes diminutions de la valeur fonctionnelle du membre avec des incapacités permanentes de travail plus ou moins étendues.

Pour la prise des clichés, l'auteur suit une technique rigoureuse et qui lui est personnelle : il préconise en particulier de faire la radiographie de profil en laissant la main du sujet à plat sur la table, comme pour la radiographie de face, et en disposant latéralement l'ampoule inclinée à 90 degrés, de telle manière que son rayon normal vienne frapper le bord cubital de la main, la plaque étant placée verticalement contre le bord radial. Il préconise également l'emploi de positions intermédiaires pour préciser telles lésions que la face et le profil classiques ne mettent pas toujours suffisamment en lumière.

Dans la *lecture des clichés*, trois os doivent surtout retenir l'attention et demandent à être parfaitement repérés et leurs contours suivis « un crayon à la main » : le scaphoïde, le semi-lunaire et le grand os, car c'est autour d'eux que gravitent les principales lésions du carpe :

— fractures du scaphoïde,

— luxations palmaires (et dorsales extrêmement rares) du semi-lunaire.

— luxations dorsales et palmaires du grand os.

Le *traitement* de ces différents traumatismes doit être soumis au contrôle de la radiographie, en vue d'arriver à la restitution *ad integrum*, d'autant plus facile à obtenir que l'accident est plus récent.

Cf. — *XXVIIIe Congrès français de chirurgie*, 1920, informations et rapports.)

Traumatismes du poignet. (CLAP. *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, juillet 1920.)

Sur une forme particulière de la dysostose cléido-cranienne (maladie de P. Marie et Sainton). (CROUZON et BOUTTIER. *Soc. méd. des hôpit.*, 1921.) — Les lésions décrites en 1897, par P. Marie et Sainton n'intéressaient que le crâne (persistance des fontanelles, déhiscence très marquée des sutures) et la ceinture scapulaire (solution de continuité par absence du tiers moyen de la clavicule). Chez le malade de Crouzon et Bouttier, jeune garçon de seize ans, bien portant par ailleurs, on trouve, de plus, une *dysostose pelvienne* par absence d'une partie des os pubiens.

Cf. — Etude radiologique d'une forme particulière de dysostose cléido-cranienne. (DELHERM et P. THOYER-ROZAT. *Communication à la Soc. de radiol.*, juillet 1921.

La pneumo-séreuse articulaire. (Jean TERRACOL et COLANÉRI (de Metz), *Presse méd.*, 18 sept. 1920.) — La radiographie d'une articulation sans préparation spéciale ne renseigne que sur l'état du squelette et nullement sur l'état des ligaments ou des ménisques. Mais si, par une technique spéciale on remplit la cavité articulaire de gaz, on voit apparaître alors à la radiographie des détails et des lésions jusque-là cachées. Cette technique est simple. A l'aide d'une seringue de 30 centimètres cubes, on insufle par le cul-de-sac sous-quadricipital de l'air simplement filtré par un peu de coton stérilisé. Quand le genou est suffisamment distendu on fait une radiographie de face (ventrale) et de profil ; les ligaments et les ménisques se voient alors très nettement ; la rupture de l'un d'eux se manifeste par un trait « en coup d'ongle » rayant l'image du ménisque.

Cf. — Le syndrome méniscal et la pneumoséreuse articulaire. (TERRACOL et COLANÉRI. *Presse méd.*, 9 fév. 1921.)

Pneumarthroses artificielles et radiographie. (PRAT. *Soc. de chir.*, 11 mai 1920.)

II. APPAREIL CIRCULATOIRE

Comment examiner une aorte? (DELHERM et P. THOYER-ROZAT. *Journ. de radiol.*, janv. 1921.) — En raison de la juxtaposition des ombres de l'aorte ascendante et de l'aorte descendante en position frontale, il ne faut demander à l'examen de face que des données *qualitatives* sur l'aorte : sa situation, son degré de courbure, sa saillie plus ou moins marquée à gauche du sternum et la visibilité de sa portion descendante à partir de ce même point. sa teinte, ses battements.

Seuls les examens obliques renseigneront exactement sur la *dimension* de l'aorte. C'est seulement en O. A. D. aux environs de 30 degrés que la mesure orthodiagraphique du calibre de l'aorte doit être exécutée.

Cf. — Radiologie des vaisseaux de la base du cœur. (VAQUEZ et BORDET. Un vol. 1921. Paris, Baillère.)

Étude radiologique des gros vaisseaux de la base du cœur. (DELHERM et P. THOYER-ROZAT, *Gaz. des hôpit.*, 21 mai 1921, n° 40, p. 629.)

Nouvelle détermination des diamètres du cœur. (VAQUEZ et BORDET. *Bull. et mém. de la Soc. de radiol.*, juillet 1920.) — Aux diamètres longitudinal, transversal et basal, qui donnent des dimensions globales du cœur, les auteurs proposent d'ajouter des diamètres permettant d'évaluer la longueur d'une seule cavité et qui sont :

a. Le diamètre ventriculaire gauche du point G au point G' et constituant la corde de l'arc ventriculaire gauche.

b. Le diamètre ventriculaire droit unissant les points D' G' et représentant la projection du bord inférieur du ventricule.

c. Le diamètre auriculaire droit DD' qui sous-tend l'arc, constitué par le profil de l'oreillette droite.

d. La ligne O G unissant la ligne médio-sternale au point le plus saillant du profil de l'oreillette gauche : le point O étant arbitrairement choisi, ce diametre n'a pas la même précision que les précédents : il donne toutefois d'utiles indications de comparaison au cours d examens faits à différentes reprises chez un même malade.

D'une manière générale, la détermination de ces nouveaux diamètres apporte plus de clarté et plus de précision dans l'interprétation des orthodiagrammes.

Cf. — De l'interprétation des orthodiagrammes cardiaques. (LIAN. *Soc. méd. des hôpit.*, 20 juillet 1920.)

Détermination du volume du cœur par les méthodes radiologiques. (LAZEANU [de Bucarest]. *Journ. de radiol.*, mai 1921.)

Le repérage de la pointe du cœur. (BORDET. *Bull. et mém. de la Soc. de radiol.*, avril 1921.) — De la communication précédente découle la nécessité de déterminer exactement sur un orthodiagramme la situation du point G' ou pointe du cœur. Après avoir correctement dessiné le profil de la pointe (en s'aidant au besoin de la distension gazeuse de l'estomac par l'administration d'une potion de Rivière), on mène une tangente parallèle au diamètre basal GD'. Pratiquement dans la majorité des cas le point G' (ou pointe du cœur) est au point de tangence à la région apexienne, de cette parallèle. Pour les cœurs en sabot avec retentissement sur le ventri-

cule droit, la pointe se trouve un peu au-dessus du point de tangence, au niveau de la saillie la plus externe du profil gauche.

Etude anatomo-radiologique des vaisseaux de la base du cœur vus de face. (Robert CHAPERON. *Th. de Paris* 1921, 11 pl., 12 fig., Masson et Cie.) — Après avoir passé en revue quelques descriptions récentes des contours de l'ombre médiane cardio-vasculaire radiologique, vue de face, chez le sujet normal, l'auteur met en relief les divergences qui subsistent encore actuellement dans les ouvrages classiques de radiologie. En effet, la partie moyenne du bord droit est formée pour la plupart des auteurs par l'aorte et la veine cave supérieure, pour quelques-uns par la veine cave supérieure seule, mais la majorité admet que l'aorte déborde ou peut déborder à droite l'ombre de la veine cave supérieure; c'est en se basant sur cette opinion que l'on a mesuré le diamètre transversal de l'aorte.

A gauche, l'arc moyen est attribué soit dans sa totalité, soit en partie à l'artère pulmonaire à laquelle on ajoute tantôt l'ombre de l'auricule, tantôt celle de l'oreillette gauche. En présence de ces contradictions, l'auteur a voulu préciser les projections exactes des vaisseaux de la base et étudier non seulement les bords mais la constitution même de l'ombre cardio-vasculaire; des recherches cadavériques entreprises au laboratoire central de radiologie de l'hôpital de la Pitié, ont porté sur dix sujets et cent vingt-cinq radiographies ont été effectuées. La cavité thoracique n'a pas été ouverte, des repères métalliques ont été placés sur le sternum et les vaisseaux ont été opacifiés par voie abdominale sous radioscopie.

Pour l'auteur le contour droit radiologique, visible à l'écran radioscopique et sur les plaques radiographiques est constitué chez l'adulte normal : en haut par le tronc veineux brachiocéphalique droit, oblique en bas et à gauche, la veine cave supérieure souvent un peu convexe à droite, l'oreillette droite toujours saillante et la veine cave inférieure très fréquemment visible au-dessus du diaphragme.

Contrairement à l'opinion généralement adoptée, l'aorte ascendante, centrale, médiane, masquée par l'ombre sterno-vertébrale, ne prend aucune part à la formation du bord droit et est inaccessible à la radioscopie de face; chez le vieillard elle ne ferait que refouler à droite la veine cave supérieure en lui communiquant des battements, elle ne pourrait venir apparaître au bord droit que dans les cas d'anévrismes et peut-être d'insuffisance aortique.

A gauche, la partie supérieure de l'image est formée par l'ombre sterno-vertébrale; au-dessous, l'hémicercle aortique représente la portion terminale de la crosse au niveau du flanc gauche de la colonne (IVe dorsale), mais la distance qui sépare la crosse de l'aorte de la clavicule gauche est très variable avec l'âge et l'ascension de la crosse. A l'hémicercle fait suite d'une façon constante une portion initiale descendante de l'aorte thoracique atteignant le plus souvent 2 centimètres, ce segment devient considérable dans les cas d'aorte sénile.

Une expérience intéressante tend à faire admettre que l'arc moyen serait constitué normalement en entier jusqu'au point G par le tronc de l'artère pulmonaire; cependant l'auteur admet que l'oreillette gauche dilatée peut venir déborder l'artère pulmonaire et apparaître au bord gauche.

Les auricules n'ont pu être opacifiées et leur rôle dans la formation de l'ombre radiologique a paru secondaire.

Quant au bord supérieur de l'ombre médiane, ce n'est pas comme on le pensait le bord supérieur de la crosse, mais le bord supérieur du tronc veineux brachiocéphalique gauche que l'on dessine et que l'on joint à l'arc aortique.

Parmi les nombreuses applications à l'examen radiologique du vivant qui y sont esquissées, cet important travail tend à démontrer que la veine cave supérieure est toujours visible en radioscopie de face et que c'est par erreur que l'on a attribué son profil à l'aorte ascendante; on va donc pouvoir désormais préciser la pathologie de la veine cave supérieure si peu décrite jusqu'à présent; enfin la mensuration classique du diamètre transverse en vue de face est inutile, elle ne permet pas de mesurer l'aorte ascendante et ne renseigne pas avec rigueur sur l'état du pédicule.

III. APPAREIL PULMONAIRE

L'adénopathie trachéo-bronchique : étude clinique et radiologique. (J. LABORDERIE. *Journ. de radiol.*, mars 1921.) — Après avoir passé en revue les principaux signes cliniques de cette affection, l'auteur montre l'intérêt de compléter cet examen par une minutieuse exploration radiologique (radioscopique et radiographique à la fois) qui renseignera sur l'importance de l'adénopathie, sur ses caractères morphologiques, sur son extension vers le sommet ou vers la base, sur la participation, toujours possible (à rechercher par une radiographie), du parenchyme pulmonaire. Ne pas oublier la recherche des ganglions du médiastin postérieur dans les positions obliques, mais ne pas les confondre avec la projection des ganglions hilaires).

Enfin, l'auteur insiste sur les excellents effets de la radiothérapie dans le traitement de cette affection considérée trop souvent à tort comme simplement banale.

Cf. — Le diagnostic radiologique de la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant. (H. MÉRY, G. DÉTRÉ et A. DESMOULINS. *Presse méd.*, n° 23, p. 221.)

Les formes actives des adénopathies tuberculeuses du hile chez l'enfant. (H. MÉRY et GIRARD. *Revue de la tub.*, oct. 1920.)

Radiodiagnostic de la symphyse pleurale. (BARJON. *Paris méd.*, 5 fév. 1921.) — L'auteur envisage surtout dans cette étude, les contre-indications de la méthode de Forlanini. Bien des symphyses pleurales peuvent passer inaperçues à l'écran. Il n'y a donc pas de moyen certain de dépister toutes les symphyses. D'où le conseil de l'auteur d'être très circonspect dans le radiodiagnostic de cette affection et d'agir toujours avec la plus extrême prudence dans l'établissement d'un pneumothorax artificiel.

Cf. — Note sur l'aspsct radioscopique de sclérose pulmonaire partielle. (DUHEM. *Soc. d'électrothér. et de radiol.*, fév. 1921.)

Etude radiologique des séquelles de la pleurésie séro-fibrineuse. (VILLOT. *Th. de Paris*, 1921, Arnette.)

Etude clinique et radiologique du cancer médiastino-pleuro-pulmonaire. (BARJON. *Journ. de radiol.*, juin 1921.) — L'examen radiologique seul est, en raison de la diversité des images observées, insuffisant pour poser le diagnostic de cancer pulmonaire. C'est l'évolution clinique contrôlée par de fréquents examens à l'écran qui révélera la nature des lésions observées. Les différents cas, publiés par l'auteur, montrent, en effet, que cliniquement la marche de cette affection est toujours la même et que les nombreuses variétés d'aspects radiologiques observés, appartiennent aux différentes phases d'une même maladie : phase médiastinale pure d'abord, phase médiastino-pleurale ensuite, phase médiastino-pleuro-pulmonaire enfin.

Cette intéressante étude montre, une fois de plus, la nécessité des examens radiologiques en série et d'une intime collaboration radio-médicale.

Radiodiagnostic dans la tuberculose pleuro-pulmonaire. (Manoel DE ABREU. Un vol., Paris, 1921, Masson.) — On retrouve dans cet excellent ouvrage, sous une forme un peu schématique parfois (mais le moyen d'être clair autrement !), tout ce qui a été dit ou écrit sur cet important sujet, au cours de ces dernières années.

IV. APPAREIL DIGESTIF

Le pneumo-péritoine en radiodiagnostic. (Lucien MALLET. *Rapport au Congrès pour l'avancement des sciences*, Rouen, 1er-5 août 1921.) — L'auteur, dans ce rapport, fait un exposé très complet de cette méthode qu'il a vulgarisée en France, avec Ribadeau-Dumas, Baud et Coliez, et qui tend à se généraliser de plus en plus en raison des renseignements tout à fait précieux qu'elle donne dans le radiodiagnostic des affections des organes pleins de la cavité abdominale. L'introduction de gaz, dans la cavité péritonéale — pneumo-péritoine artificiel — l'illumine pour ainsi dire et rend visible à l'écran, les organes qu'elle contient, comme est visible le cœur dans la clarté des plages pulmonaires, à tel point qu'on a pu com-

parer cette exploration à une laparotomie exploratrice. Bien conduite, elle est sans danger, mais nécessite cependant l'hospitalisation du malade pendant quarante-huit heures par mesure de prudence.

La technique en est simple : après avoir ponctionné le péritoine dans la région paraombilicale, on y introduit doucement (l'auteur se sert, pour cela, d'un appareil de Kuss à grande capacité), deux à trois litres de gaz : on a tendance à utiliser un mélange O et Co^2; ce dernier gaz, étant rapidement résorbé, ne provoque pas de tension pénible durable de l'abdomen; il est, par ailleurs, tout à fait inoffensif pour l'organisme. Certains auteurs, Chuitton, Carelli, restés fidèles à l'oxygène seul (à cause de la résorption parfois trop rapide du mélange $O + Co^2$), vident la cavité après l'examen, par une nouvelle ponction : les suites opératoires sont les mêmes dans les deux cas.

Le malade, une fois insufflé (le tympanisme abdominal et les sensations particulières qu'il accuse, servant de guide), on l'examine en décubitus ventral, qui est la position de choix ; les organes pleins se détachent nettement sur la clarté de l'abdomen et leurs déformations ou leurs adhérences ne peuvent échapper à cette exploration que l'on complète, d'ailleurs, habituellement par la prise de radiographies. D'autres positions, obliques ou de profil, par les renseignements plus particuliers qu'elles donnent, peuvent être également d'une grande utilité et il importe de ne pas les négliger : on ne procédera cependant qu'avec une certaine réserve à l'examen dans la station debout, qui est pénible à cause du décollement du foie d'avec le diaphragme et pourrait être dangererenx chez les malades, porteurs d'abcès du foie.

L'auteur passe ensuite en revue les lésions des différents viscères abdominaux qui, échappant à l'exploration radiologique habituelle deviennent évidentes au cours du pneumopéritoine.

Cf. — Le pneumo-péritoine artificiel (P.-P.) en radiodiagnostic. (COLIEZ *Th. de Paris*, 1920, Maloine.)

Diagnostic radiologique des anévrismes de l'aorte abdominale, après insufflation péritonéale. (RIBADEAU-DUMAS et MALLET. *Soc. méd. des hôpit.*, nov. 1920.)

Pneumo-péritoine du bassin : études gynécologiques. (James VAN ZWALUWENBURG et PETERSON. *Amer. Journ. of Roentg.*, janv. 1921.)

Tumeur extragastrique diagnostiquée, grâce à l'emploi du pneumo-péritoine. (RONNEAUX. *Soc. d'électrothér. et de radiol.*, janv. 1921.)

Pneumo-péritoine pour tumeur de l'hypocondre gauche. (PROUST, DARBOIS et MALLET. *Soc. de radiol.*, avril 1921.)

Etude radiologique de l'appendice dans l'appendicite chronique. (C. JAISSON. *Journ. de radiol.*, juin 1921.) — Il est assez fréquent de voir l'appendice au cours d'examens radiologiques du tube digestif ; mais, cette visibilité considérée plutôt comme une curiosité due plus ou moins au hasard, acquiert une importance et un intérêt réels depuis l'étude méthodique qu'en ont faits les Américains (Spriggs en particulier) et que reprend l'auteur avec la technique que voici.

Faire aller le malade à la selle la veille de l'examen (laxatif ou lavement).

Lui faire absorber, à jeun, 200 grammes de gélobarine en suspension dans 300 grammes de petit lait (ou mieux encore de babeurre).

L'examiner une première fois, quatre heures après et ensuite jusqu'à la vingt-quatrième heure.

Dans les cas pathologiques, on pourra trouver des inégalltés de remplissage, des coudures, des concrétions fécales, des vacuoles : comme signes fonctionnels, on observera : de l'immobilité ou, dans certains cas de l'hypermobilité avec contraction nettement visibles à l'écran, des points douloureux, des retards d'évacuation.

Cet examen pratiqué systématiquement peut donc être d'un précieux secours.

Cf. — L'examen radiologique dans l'appendicite chronique et les syndromes iliaques droits. (R. AIMÉ et A. HAYM. *Revue méd. de l'Est*, 15 juillet 1920.)

L'examen radiologique dans le diagnostic de l'appendicite chronique. (A. HAYM. *Th. de Nancy*, 1920.)

Etude clinique et radiologique de l'ulcère du duodénum. (E. ANTOINE. *Gaz. des hôpit.*, 19 mars 1921, n° 23, p. 357.) — Les renseignements fournis par l'exploration radiologique sont tirés à la fois de l'examen du duodénum et de l'examen de l'estomac.

Du côté du duodénum, on observe la déformation de l'image duodénale — surtout si on la retrouve au cours de divers examens — et la douleur sur le trajet duodénal. Il est indispensable de rechercher ce point douloureux à la fois sur le malade, debout et en décubitus pour en établir la concordance.

Du côté de l'estomac, on trouve de l'hyperkinésie gastrique aboutissant à une évacuation rapide de l'estomac.

Lorsqu'il y a sténose duodénale greffée sur un ulcus ancien, on constate une dilatation du segment duodénal situé en deçà de la sténose et un passage filiforme de la substance opaque par le point sténosé : on trouve généralement une douleur précise et caractéristique à ce niveau. On observe souvent, dans ces cas, de la fixité de la région duodénale à la palpation.

Cf. — Ulcus de la deuxième portion du duodénum : contribution à la séméiologie objective clinique et radiologique. (PARTURIER et AIMARD. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 31 déc. 1920.)

Essai de topographie duodénale sur le vivant. (PARTURIER et VESSELLE. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, janv. 1921.)

La stase stercorale cæco-ascendante et son traitement chirurgical. (P. DUVAL et J. Ch. ROUX. *Arch. des mal. de l'appar. dig. et de la nutr.*, t. X, n° 12.) — Par le *repas opaque*, suivi d'examens en série, on détermine le mode d'évacuation du cæco-ascendant, sa situation, sa forme, sa mobilité, les coudures de l'angle droit, l'état de spasmodicité ou d'atonie du côlon. Il sera toujours utile de compléter l'examen par la voie haute, par un lavement opaque.

Deux cas de radiographie positive de calculs du cholédoque. (P. DUVAL et H. BÉCLÈRE. *Journ. de radiol.*, fév. 1921.) — Dans le premier, outre un amas de calculs dans la vésicule, on en trouve disséminés en chapelet dans la région cholédocienne.

Le deuxième cas, plus curieux, a trait à un malade qui entre deux examens radiologiques de sa vésicule eut une crise de coliques hépatiques : alors que le premier cliché ne montrait que cinq calculs du cholédoque, le deuxième en révélait neuf.

V. APPAREIL URINAIRE

La radiographie des reins par la méthode de Carelli-Sordelli. (DELHERM, P. THOYER-ROZAT et MOREL-KAHN. (*Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, nov. 1921.) — Les auteurs, reprenant les travaux de Carelli et Sordelli (de Buenos-Ayres), qui estiment que l'on n'obtient pas par le pneumo-péritoine une visibilité suffisante des reins (organes extrapéritonéaux) ont, en s'inspirant de la technique du pneumo-péritoine (voir ci-dessus) insufflé la loge rénale seule. L'aiguille étant introduite profondément au ras du bord supérieur de l'apophyse transverse, préalablement repérée de la IIe lombaire, on injecte environ 500 centimètres cubes de gaz, O ou CO^2 si l'on craint une résorption trop lente. Dans ces conditions, le rein baignant dans une atmosphère gazeuse donne des images radiographiques de toute beauté (on obtient fréquemment l'ombre de la surrénale) et d'une interprétation incomparablement plus facile que par la méthode ordinaire.

VI. PROJECTILES

Etude géométrique du déplacement des ombres. Applications à l'examen radioscopique des grands blessés. (TOURVIEILLE DE LABROUHE et Robert CHAPERON; 1921, 75 p. 21 fig. Maloine édit.). — Après avoir clairement exposé le déplacement des ombres avec expériences pratiques et interprétation sur l'écran, les auteurs appliquent les lois générales qui en découlent à l'examen préopératoire des grands blessés immobilisés chez qui l'examen de face est seul praticable. Cette méthode donne dans les régions difficiles une grande

---

précision à la localisation anatomique et peut donner une localisation centimétrique très rapide; pour les fractures elle permet par l'examen de face d'indiquer la déviation des fragments dans le sens antéro-postérieur. Pendant l'intervention, le déplacement des ombres peut-être appliqué quel que soit la voie choisie verticale, horizontale, ou oblique, il permet de guider le chirurgien et de le conduire vers le projectile, de lui dire quelle branche de sa pince il devra déplacer, et de lui indiquer constamment s'il est au-dessus ou au-dessous du plan du projectile.

Dans toute radioscopie les lois générales du déplacement des ombres pourront trouver leur application : dissocier une bride pleurale d'une zone obscure de congestion; cette méthode rendra de grands services dans la pratique radiologique courante.

VII. RADIOTHÉRAPIE

Que doit-on espérer et que peut-on craindre de l'emploi en radiothérapie profonde de rayons très pénétrants. (A. Béclère. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, sept. 1921.) — L'auteur dans cet important article (ainsi que dans trois autres précédemment parus dans le même journal sur le même sujet) expose les travaux de l'Ecole allemande.

Ces travaux sont du plus haut intérêt en ce sens qu'ils apportent une technique et des résultats précis et de plus très encourageants pour l'avenir de la radiothérapie dans la lutte contre le cancer. Mais il n'est pas douteux que les gynécologues d'Erlangen donnent l'impression d'avoir voulu mettre la rœntgenthérapie en équations et l'enferment dans des formules trop étroites, trop mathématiques. Il est tout à fait prouvé maintenant, et les travaux de l'Ecole française ne laissent aucun doute à ce sujet, que la sensibilité des différents tissus sains est variable et plus encore celle des différents tissus néoplasiques. Or, les allemands semblent ne considérer dans l'étude des néoplasmes que deux classes : le sarcome et le carcinome : d'où deux doses destructives de chacune de ces lésions, le « sarkomdosis » et le « carcinomdosis ». Nous savons cependant combien varie la radiosensibilité des sarcomes depuis le lymphosarcome très sensible jusqu'à l'ostéosarcome beaucoup plus résistant.

La « dose de cancer » ne paraît pas tenir compte non plus des différences histologiques qui existent entre les épithéliomas baso-cellulaires et les spino-cellulaires, correspondant à une différence certaine de radiosensibilité.

Cette dose cancéricide, les auteurs allemands estiment, qu'elle doit être donnée en une seule fois et par conséquent par plusieurs portes d'entrée puisqu'elle représente six fois environ la dose compatible avec l'intégrité de la peau ou « érythemdosis ». D'où la nécessité de séances très longues, ce qui est déjà un inconvénient; mais surtout, ce qui est plus grave, ces doses massives déterminent des altérations sanguines telles que certains malades, de l'aveu même des auteurs, ont succombé à la suite de la première irradiation. Aussi semble-t-il prudent — et c'est ici que l'Ecole française reprend ses droits — de réserver à certains cas une méthode de traitement aussi brutale.

C'est pourquoi lorsque quittant le terrain de la rœntgenthérapie du cancer, les allemands abordent le traitement des fibromes et nous invitent à leur exemple, à provoquer la stérilisation en une seule séance en donnant d'un coup la « castrationdosis » l'auteur jugeant d'ailleurs que tous les ovaires n'ont pas la même radiosensibilité se refuse à les suivre sur ce terrain; il estime en effet que, bien que cette dose soit très inférieure à la dose cancéricide, il y a lieu cependant, en raison d'accidents généraux graves, reconnus par les allemands eux-mêmes, de s'en tenir jusqu'à plus ample informé, à la technique employée avec un plein succès depuis plusieurs années, celle des doses moyennes et hebdomadaires; elles n'incommodent pas les malades et les amènent insensiblement à la ménopause avec le minimum de troubles. Enfin irradiant par cette méthode non seulement les ovaires, mais le fibrome lui-même, l'auteur, et avec lui les radiologistes français, voit dès les premières séances le fibrome diminuer de volume bien avant la disparition des règles, alors que Seitz et Wintz n'irradiant de parti pris que les ovaires n'obtiennent de réduction de volume du myome que deux à trois mois après la stérilisation.

Il est en outre des affections où la radiothérapie profonde telle qu'on tend de plus en plus à la pratiquer aujourd'hui semble avoir des résultats très inférieurs à ceux obtenus autrefois avec un rayonnement moins pénétrant.

L'auteur apporte à l'appui de cette opinion les observations et les résultats de l'Ecole allemande elle-même où la radiothérapie ultrapénétrante à doses massives est le plus largement pratiquée. De leurs statistiques il semble résulter que les lésions tuberculeuses ne bénéficient pas de doses aussi fortes. Dans le traitement des leucémies par cette méthode, il y a eu sur onze cas, trois morts à la suite de réaction extrêmement graves. Des lésions intestinales et des altérations sanguines sont fréquemment consécutives à des irradiations de cet ordre. Enfin si la radiothérapie des néoplasmes continue à donner comme autrefois de très beaux résultats pour les tumeurs radiosensibles (sarcomes), les tumeurs radiorésistantes sont encore dans une certaine proportion réfractaire même aux doses massives et justiciables de l'exérèse chirurgicale.

Cf. — La radiothérapie des sarcomes de l'utérus à la clinique gynécologique d'Erlangen. (A. Béclère, *Journ. de radiol.*, déc. 1920.)

La radiothérapie du cancer de l'utérus à la clinique gynécologique d'Erlangen. (A. Béclère. *Journ. de radiol.*, janvier 1921.)

La stérilisation ovarienne en une seule séance à l'aide des rayons de Routgen dans les cliniques gynécologiques des universités allemandes. (A. Béclère. *Journ. de radiol.*, fév. 1921.)

Quels cancers adresser au chirurgien? Quels cancers au radiothérapeute? (J. Huguet. *Marseille méd.*, 15 fév. 1921.) — Avant tout, quand l'on se trouve en présence d'un néoplasme, faire une biopsie : c'est l'histologie qui dirigera le malade vers le chirurgien ou vers le radiothérapeute.

Au chirurgien, les tumeurs radiorésistantes, c'est-à-dire spino-cellulaires (cancers de la langue, de la lèvre, cancroïdes et les tumeurs opérables inabordables aux rayons.

Au radiothérapeute, les tumeurs radiosensibles, c'est-à-dire baso-cellulaires ou conjonctives (sarcomes, lympho-sarcomes).

Pour celles-ci, nécessité de donner la dose cancéricide en une fois.

Enfin, une catégorie intermédiaire (cancer du col, cancer du sein) pourrait être, jusqu'à plus ample informé, irradiée d'abord, opérée ensuite, avec nouvelle irradiation postopératoire : ceci demande une étroite collaboration radio-chirurgicale.

Cf. — Cancers radiosensibles et radiorésistants. (C. Delbet. *Concours méd.*, janv. 1921.)

Radiothérapie pré et postopératoire dans le cancer du sein. (Douglas Quick. *Amer. Journ. of Rœntg.*, vol. VII, n° 12.)

Traitement radiochirurgical des tumeurs malignes. (Sluys. *Journ. belge de radiol.*, 1920, vol. XI.)

La radiothérapie dans les adénopathies médiastines volumineuses de l'enfance. (P. Nobécourt et Duhem. *Soc. d'électr. et de radiol.*, oct. 1920.) — Les observations rapportées par les auteurs montrent une fois de plus les améliorations très notables, immédiates et constantes obtenues même dans des cas jugés désespérés chez des nourrissons ou des enfants en état d'asphyxie du fait de volumineuses adénopathies.

Etude préliminaire au traitement par les rayons X des tumeurs malignes en oto-rhino-laryngologie. (Moure et Hautant. Rapport présenté à la *Soc. franç. d'oto-rhino-laryng.*, Congrès de mai, 1921.) — La plupart des néoplasies malignes observées par les oto-rhino-laryngologistes sont inopérables. Par contre, les rayons X de forte pénétration par leur action élective sur certains tissus néoplasiques qu'ils détruisent deviennent, convenablement maniés, une arme de plus en plus puissante contre le cancer. Encore faut-il qu'un examen histologique préalable ait déterminé la nature de la néoplasie : certaines tumeurs (sarcomes en particulier) sont très radiosensibles, d'autres, au contraire (épithéliomas),

sont actuellement encore radiorésistantes (mais ne le seront peut-être pas toujours).

Sur la rœntgenthérapie des fibro-myomes utérins. (A. BÉCLÈRE. *Journ. de radiol.*, oct. 1921.) — L'auteur apporte les résultats de 300 nouvelles observations de fibromyomes utérins traités par la rœntgenthérapie. Il n'a pas encore modifié sa technique et continue à utiliser les doses modérées et répétées, à l'encontre de l'école allemande qui cherche à obtenir en une seule séance la stérilisation. De ces 300 nouveaux cas, l'auteur tire les mêmes conclusions que précédemment, à savoir : « Dans le traitement des fibromyomes utérins, en dehors des conditions exceptionnelles (torsion du pédicule, hémorragie grave, complications septiques) qui commandent impérieusement l'intervention chirurgicale, la rœntgenthérapie est la médication de choix, la seule qui s'applique à presque tous les cas et donne presque toujours la guérison sans danger, sans douleur, sans le moindre trouble de la vie et des occupations habituelles. »

L'auteur signale 2 échecs sur ces 300 cas; ils étaient dus (ainsi que 2 autres signalés au cours d'une précédente statistique) à la coexistence d'un petit fibrome sous-muqueux qui, malgré la suppression de la fonction ovarienne, continuait à causer des métrorragies rebelles.

Cf. — La thérapeutique des fibro-myomes par les radiations. (ZIMMERN. *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 72, p. 1141.)

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES & DIAGNOSTIC DES ICTÈRES GRAVES

DÉFINITION. — On désigne sous le nom d'ictères graves, un groupe d'affections dans lesquelles la cellule hépatique est frappée plus ou moins rapidement aux points de vue anatomique et fonctionnel, en même temps que la dépuration rénale devient insuffisante.

Certains auteurs considèrent l'ictère grave comme une maladie essentielle, autonome, à prédominance hépatique; d'autres le considèrent comme une affection générale. Mais aujourd'hui la plupart des auteurs considèrent l'ictère grave comme un *syndrome*, qui doit être rattaché à une insuffisance hépatorénale aiguë et qui peut survenir :

Soit comme une affection primitive du foie ;

Soit comme la terminaison d'une affection hépatique antérieure. Les grandes infections et les intoxications graves entrent pour une part importante dans la détermination de ce syndrome.

SYMPTOMES. — Les deux formes primitive et secondaire sont à opposer au point de vue clinique.

I. Ictère grave primitif. — L'ictère grave primitif est relativement rare. Il survient surtout chez le nourrisson (ictère grave familial Gilbert) et l'homme adulte. Les dépressions morale et physique y prédisposent. Tantôt il s'agit d'une *intoxication brutale* par le *phosphore*, le chloroforme, l'arsenic, l'acide sulphydrique, l'antimoine, etc. Tantôt il survient au cours d'*infections graves;* la fièvre jaune, la syphilis secondaire maligne, la fièvre typhoïde, érysipèle, appendicite, septicémies, etc.

DÉBUT. — Le début peut être brusque, subaigu ou atténué :

1. *Brusque*, aigu, foudroyant parfois, comme au cours de l'intoxication par le phosphore. Il est alors marqué par de la céphalée, des vomissements alimentaires et bilieux, des épistaxis. Le malade est plongé dans un état typhique, mais l'ictère apparaît rapidement le deuxième jour.

2. *Subaigu*, il débute comme une infection hépatique banale, et il rappelle alors la phase préictérique de certains ictères bénins. Courbature, asthénie, douleurs musculaires, articulaires, prostration, langue sale, épistaxis, ictère apparaissant le quatrième ou cinquième jour.

3. *Atténué.* — Insidieux, il débute comme un simple embarras gastrique et il est alors marqué par des vomissements, de la diarrhée, la langue sale, de la céphalée légère, un peu de fièvre, du subictère des conjonctives. Au bout de quinze à vingt jours s'installe la période d'état.

ETAT. — L'ictère grave, constitué, revêt à la période d'état l'allure d'un état typhoïde spécial avec ictère, troubles nerveux et hémorragies, qui constituent comme un trépied symptomatique.

1° *L'ictère.* — Tantôt on note une teinte jaune intense des téguments; tantôt c'est un ictère pâle, apparent seulement aux conjonctives et pouvant passer inaperçu.

Donc ictère biliphéique, présentant des degrés variés.

Les *matières* sont surcolorées au début, puis jaunâtres, fétides, enfin argileuses, souvent incomplètement décolorées non à cause de la rétention biliaire, mais par arrêt de la sécrétion.

Les *urines* sont hautes en couleur; elles peuvent contenir des pigments biliaires et donner la réaction de Gmelin. On peut trouver, suivant les cas, des pigments normaux, du pigment rouge brun ou de l'urobiline.

Cet ictère fait défaut à la phase terminale par suppression de la sécrétion biliaire (acholie sécrétoire de Jaccoud). D'autres fois l'ictère grave est précédé d'une période avec suractivité sécrétoire. Le *prurit* n'est pas rare.

Le *foie* est douloureux spontanément et à la pression.

La *matité hépatique* se trouve réduite à 3-4 centimètres le plus souvent.

La *rate* est grosse, sensible; son volume diminue brusquement si une hémorragie intestinale se produit.

2° *Les signes nerveux.* — L'ataxo-adynamie prédomine dans la plupart des cas, ou bien on constate un véritable état typhoïde de torpeur et d'abattement; ou bien de l'agitation, du délire, avec insomnie, des soubresauts tendineux, de la carphologie, des convulsions tétaniques ou épileptiformes. La céphalalgie intense est souvent un symptôme précoce.

3° *Les hémorragies.* — Elles ont comme caractères d'être : faciles, abondantes et spontanées. Elles peuvent réaliser des pétéchies, du purpura, des hémorragies nasales, gingivales, des hématémèses, du mélœna. Les hémoptysies sont rares. Chez la femme enceinte, on peut voir se produire des métrorragies et l'avortement.

4° *Phénomènes digestifs.* — Inappétence; langue sale, blanche, tremblante et sèche, nausées, vomissements; tantôt constipation et tantôt diarrhée fétide, avec mélœna.

5° *Appareil circulatoire.* — Le pouls est rapide, hypotendu, révélant de l'asthénie cardiaque. On peut noter des lésions d'endo ou de péricardite. Parfois teint livide et cyanose.

6° *Poumons.* — La respiration est suspirieuse, l'inspiration rapide et profonde, avec pause post-inspiratoire (inversion du rythme respiratoire). Congestion pulmonaire ou bronchite peuvent être notées.

7° *Eruptions.* — On a signalé diverses éruptions polymorphes, ortiées, roséoliformes ou scarlatiniformes, associées au purpura et en dehors des lésions de grattage liées au prurit de l'ictère.

8° *Les urines et la fièvre.* — La quantité des urines est toujours diminuée, elle tombe à 500 grammes, à 200 grammes même. Rarement anurie complète.

Cette *diminution du volume de l'urine*, jointe à la *diminution du taux de l'urée*, est de la plus haute importance. Parfois l'urée augmente les premiers jours; mais elle ne tarde pas à s'abaisser à 1 à 2 grammes par vingt-quatre heures. Au contraire dans le sang, on constate une *azotémie* très élevée, qui peut atteindre 4 à 5 grammes d'urée par litre de sérum, au lieu de 0g20. L'excrétion urinaire des autres sels est très diminuée (chlorures, sulfates). Les urines sont rares, acides, hautes en couleurs, avec un dépôt uratique et phosphatique; on y trouve de la leucine, de la tyrosine, des cylindres hyalins et granuleux. L'*albuminurie* est constante (3 à 6 grammes).

La température est tantôt élevée, tantôt abaissée surtout à la phase terminale. Elle atteint parfois 39-40 degrés. On a constaté que l'ictère grave à streptocoques, staphylocoques, etc., est hyperthermique; et que l'ictère grave à colibacilles est hypothermique.

L'amaigrissement est rapide. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

GUERRE. — Par décision ministérielle, sont nommés à l'emploi de professeurs agrégés de l'Ecole d'application du Service de santé et reçoivent les affectations ci-après :

Section de médecine. — M. le médecin-major de 2e classe Ballet, de la place de Metz, affecté à l'Ecole d'application du service de santé militaire, chaire d'hygiène et de prophylaxie (service).

M. le médecin-major de 2e classe Pilod, de la place de Besançon, affecté à l'École d'application du Service de santé militaire (attaché provisoirement à la chaire d'expertises médicales et législation militaire) [service].

M. le médecin-major de 2e classe Rouquier, déjà délégué dans les fonctions de professeur agrégé à l'Ecole d'application du Service de santé à la chaire de neuropsychiatrie et de médecine légale, affecté à cette Ecole et à cette chaire (service).

M. le médecin-major de 2e classe Zoeller, du laboratoire de vaccination antityphoïdique de l'armée, affecté à l'Ecole du Service de santé militaire (service).

M. le médecin-major de 1re classe Jude, de l'Ecole du Service de santé militaire, maintenu à ladite Ecole (service).

Section de chirurgie. — M. le médecin-major de 1re classe Paitre, de l'Ecole du Service de santé militaire, maintenu à ladite Ecole (service).

M. le médecin-major de 2e classe Clavelin, de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, affecté à l'Ecole d'application du Service de santé militaire (attaché provisoirement à la chaire d'expertises chirurgicales, appareillage et orthopédie) [service].

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE (12, rue de Babylone, Paris, 7e). — L'assemblée générale de l'Association s'est tenue à Paris, le 25 février 1922.

Après la lecture du compte rendu moral par le Dr Pierra, secrétaire général et du compte rendu financier par le Dr Georges Baillière, trésorier, il a été procédé à l'élection de deux membres du Conseil d'administration appelés au renouvellement par voie de tirage au sort. Les Drs Le Sourd (de Paris), président, et Leriche (de Lyon), membre du Conseil d'administration, ont été réélus.

Parmi les adhésions nouvelles, signalons celles de nos excellents confrères de Belgique : le *Bruxelles médical*, *Le Scalpel* et le *Liège médical*.

Un dîner confraternel avait précédé l'assemblée générale.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (prof. : M. A. GILBERT; prof. agrégé : M. Maurice VILLARET). — COURS DE PERFECTIONNEMENT (Pâques 1922). — *Les notions récentes médico-chirurgicales sur les maladies du foie, des voies biliaires, du pancréas et sur le diabète.* — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 10 avril 1922, à 9 h., à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. le prof. agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Okinczyc, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux; Herscher et Chabrol, médecins des hôpitaux; Lippmann, Jomier et Brin, anciens chefs de clinique; Saint-Girons, chef de clinique; Coury et Maréchal, chefs de clinique adjoints; Paul Descomps, Henri Benard, Dumont et Deval, chefs des laboratoires d'anatomie pathologique, de bactériologie et de chimie.

Il comprendra 31 leçons et sera terminé en deux semaines. Il aura lieu régulièrement, sauf les deux jours avoisinant le dimanche de Pâques, l'après-midi de 14 h. 30 à 18 h., et le matin avant 10 h., de façon à permettre aux médecins inscrits de suivre les services hospitaliers de Paris.

Il sera illustré de planches, projections photographiques et microscopiques, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques. Il portera plus spécialement sur l'examen clinique au lit du malade et sur les procédés récents de thérapeutique médicale, chirurgicale, physiothérapique et hydrominérale.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués à chaque élève. Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 fr.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. — Les bulletins de ver-

sement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 h.

Nota. — Pendant les vacances de l'année scolaire 1921-1922 ont lieu à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, dans les mêmes conditions, et sous la direction du professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux :

1° Deux cours de perfectionnement : *a.* L'un sur les maladies du foie et du pancréas (vacances de Pâques); *b.* L'autre sur les maladies du tube digestif (grandes vacances : septembre);

2° Un cours de revision : de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic (grandes vacances : juillet).

ENSEIGNEMENT OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — HÔPITAL SAINT-JOSEPH. — Sous la direction de M. Laurens, chef du service oto-rhino-laryngologique et avec le concours de ses assistants, MM. Hubert et Girard, deux cours cliniques seront faits à partir du 28 mars 1922.

1. Un cours élémentaire en neuf leçons à l'usage des médecins et des étudiants désirant acquérir les principes indispensables en spécialité.

II. Un cours de technique oto-rhino-laryngologique en trente leçons par les médecins désirant se spécialiser.

I. *Cours élémentaire.* — Le cours élémentaire commencera le mardi 28 mars et finira le samedi 15 avril.

Les leçons auront lieu le mardi, jeudi, samedi à 9 heures.

Ce cours aura un but essentiellement pratique et aura surtout en vue de donner à des médecins, non spécialisés, munis d'une instrumentation restreinte, des notions cliniques et techniques suffisantes, pour établir un diagnostic et poser une indication thérapeutique. Chaque séance comprendra un bref aperçu théorique suivi d'exercices sur des appareils fantômes et, dans ce but, MM. les médecins sont priés d'apporter, dès le premier cours, un miroir frontal ordinaire. De plus, les élèves pourront assister, après la leçon, à la consultation du service où des démonstrations leur seront faites sur les cas les plus fréquents dans la pratique quotidienne.

Droit d'inscription : 60 fr.

Cours de technique oto-rhino-laryngologique en trente leçons. — Le cours commencera le mardi 18 avril et finira le samedi 24 juin.

Les leçons auront lieu les mardi, jeudi, samedi à 9 heures. Elles consisteront en un cours théorique avec présentation de préparations osseuses, pièces anatomiques, dessins.

Les élèves seront exercés aux examens cliniques. Ils pourront assister aux consultations faites aussitôt après le cours, et aux interventions pratiquées les lundi, mercredi, vendredi à 10 heures.

Un certain nombre d'entre eux pourront être admis ultérieurement à travailler dans le service.

Le nombre des places est limité à 10.

Droit d'inscription : 150 fr.

S'inscrire pour chacun de ces cours à l'hôpital Saint-Joseph dans le service du Dr Georges Laurens, le matin à 10 heures, auprès des assistants.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

POUR LES CHIRURGIENS QUI DÉSIRENT AVOIR DES NOUVELLES DE LEURS ANCIENS OPÉRÉS

M. Barthe, député, signale à M. le ministre de la guerre : 1° que certains chefs de corps ou de services, commandants de recrutement en particulier, refusent de fournir des renseignements sur les anciens blessés de guerre aux chirurgiens qui les ont opérés, sous le prétexte que les règlements en vigueur ne permettent pas de divulguer ces renseignements à des tiers; 2° qu'il y a là un fâcheux état de choses, attendu que la recherche des résultats opératoires éloignés présente le plus gros intérêt au point de vue scientifique, que, d'autre part, l'armée a le plus grand intérêt à voir se réaliser de nouveaux progrès en chirurgie de guerre, et demande s'il ne conviendrait pas de donner des instructions à cet effet. (*Question du 31 janvier 1922.*)

Deuxième réponse. — Les dispositions réglementaires en vigueur basées sur l'article 378 du Code pénal et la jurisprudence de la Cour de cassation ne permettent pas la communication aux intéressés ni à des tiers des certificats médicaux faisant partie des archives du Service de santé. Mais, il ne saurait y avoir au point de vue technique que des avantages à mettre le chirurgien en mesure de recueillir des nouvelles d'un blessé qu'il a opéré, et il appartiendrait à cet effet aux chefs de corps ou de services, ou aux commandants de recrutement, de faire connaître, s'ils le jugent à propos, au chirurgien qui leur en ferait la demande, le domicile d'un de ses anciens opérés, dont il désirerait suivre la guérison. (*J. O.*, 25 fév. 1922.)

REVUE DES THÈSES

Hygiène pratique du pilote aviateur (1), par le docteur Jean-Louis JOFFROY, ancien externe des hôpitaux de Paris, pilote aviateur.

Au cours de son métier, l'aviateur est soumis à des conditions exceptionnelles. Il rencontre : 1° un air raréfié ; 2° des variations brusques et considérables de la pression atmosphérique; 3° un froid intense.

Ce sont les principaux facteurs, qui affectent l'appareil cardio-vasculaire et le système nerveux, provoquant une asthénie dite « mal des aviateurs ». Pour résister longtemps à son dur métier, le pilote doit se soumettre à certaines règles.

Son hygiène rappellera celle des sportmens en général : vie régulière avec un repos nocturne de huit heures au moins ; aucun excès, suppression du tabac, peu d'alcool et sous forme de vin et de bière seulement, pris au repas.

Son alimentation devra ménager son tube digestif, repas nombreux mais peu copieux, éviter les intoxications par l'urée, les alcaloïdes urinaires et les chlorures. Les analyses du sang et des urines faites aux hautes altitudes montrent qu'il y aurait rétention de ces produits. Donc peu d'albuminoïdes et nourriture hypochlorurée.

L'alimentation devra aussi avoir pour but de lutter contre le froid, donc comprendre beaucoup d'hydrates de carbone, surtout des céréales plus faciles à digérer que les graisses.

Les précautions à prendre au cours d'une ascension sont de ne pas voler immédiatement après les repas pour éviter une flatuosité encore aggravée par la décompression atmosphérique, mais aussi de ne pas voler à jeun, ce qui serait une condition mauvaise pour résister au froid.

L'habillement a un gros intérêt. Il est très important de supprimer tout ce qui peut provoquer une compression : les bagues ont été la cause de beaucoup de doigts gelés, les vêtements doivent être amples, faits de laine et de soie dont le coefficient calorimétrique d'utilité pratique est très élevé. Sur ces vêtements, une combinaison, taillée dans un tissu imperméable fourré intérieurement, permettra de constituer un matelas d'air qui est un excellent régulateur contre les variations de température.

Une précaution très importante pour ménager l'organisme est d'utiliser systématiquement les inhalations d'oxygène au-dessus de 3.500 mètres.

Il faut bien savoir que les variations brusques de pressions sont très nocives, donc pas d'acrobaties inutiles, des ascensions et surtout des descentes extrêmement lentes.

Enfin, le pilote doit être bien persuadé que pour voler haut et longtemps il faut un entraînement long et progressif.

En se conformant à ces règles, nous pensons qu'un pilote qui aura débuté jeune, c'est nécessaire, pourra continuer longtemps son métier.

(1) *Th. de Paris*, 1921.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE

DES CHEFS DE CLINIQUE ET DE LABORATOIRE

DES INTERNES ET EXTERNES

POUR L'ANNÉE 1922-1923

A. HÔTEL-DIEU. — 1. Médecin : M. le prof. Gilbert; chefs de clinique : MM. Bénard, Saint-Girons, Doury; chefs de clinique adjoints : MM. Coury, Maréchal; chefs de labor. : MM. Deval, Descomps; interne : M. Fatou; externes : MM. Lacroix (René), Lelong (G.), Salase, Willemin (E.-J.), Mlle Marchand, M. Périgord.

2. Médecin : M. Roger; internes : MM. Théodoresco, Blum; externes : MM. Ravier, Chartier, Ray, Célestin, Mercier, Bascourret, Rebillard, Krief.

3. Médecin : M. Dalché; interne : M. Derville; externes : MM. Thibert, Abd-el-Nour, Bécue, Hyvert, Mlle Meurs.

4. Médecin : M. Caussade; interne : M. Lafourcade-Cortina; externes : MM. Quereilhac, Mauvoisin, Ardoin, Chevereau (Jean), Sobelman.

5. Médecin : M. Ménétrier; interne : M. Surmont; externes : MM. Jardet, Ducroquet, Louvel, Magnillat.

6. Médecin : M. Parmentier; interne : M. Gambillard; externes : MM. Thirion (Jean), Mazet, Quiennée (Bernard), Molimard, Mével, Debray (Georges).

7. Chirurgien : M. le prof. Hartmann; chef de clinique : M. Bergeret; chef de clinique adjoint : M. Gouverneur; chef de laborat. : M. Renaud; internes : MM. Hertz, Boppe, de Gaudart d'Allaines, Lemariée; externes : MM. Zuber, Mabille, Larroumets, Vanier, Djourovitch, Rouquès, Augier, Flandrin.

8. Chirurgien : M. Alglave; internes : M. Couturier, Mme Bertrand-Fontaine; externes : MM. Carpentier, Azam, Mlle Heimann, MM. Farmachi, Thiroloix, Sigwald.

9. Chirurgien : M. le prof. de Lapersonne; assistant : M. X...; chef de clinique : M. Velter; chefs de clinique adjoints : MM. Cousin, Gautrand; chefs de labor. : MM. Monbrun, Hautant; internes : Mlle Ostwalt, M. Castéran; externes : M. Parat, Mme Parat, MM. Gély, Bertrand (H.-M.-J.), Chéreau, Chapuis (Pierre), Corneau.

10. Accoucheur : M. Macé; interne : M. Risacher; interne prov. : M. Vanheuverswyn; externes : Mlle Henry (G.), MM. Leplat (G.), Boulanger, Sénéchal, Masson, Froehlicher.

11. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Monier-Vinard; suppléant : M. Maréchal; interne prov. : M. Longchampt; externes : MM. Georges (M.), Chassigneux, Brunet (F.-L.), Decoularé-Delafontaine.

12. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Okinczyc; suppléant : M. Wolfromm; externes : MM. Deconinck, Henne, Mallet.

13. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Guilleminot; externe : M. Wickham (Roger).

B. HÔPITAL DE LA PITIÉ. — 1. Médecin : M. le prof. Vaquez; chef de clinique : M. Leconte; chefs de clinique adjoints : MM. Donzelot, Magniel; interne : M. Tisné; externes : MM. Martin (H.-F.), Blondin (Sylvain), Boyer (Paul), Mlle Cros, MM. Bourgeois (Pierre), Guinard.

2. Médecin : M. Babinski; interne : M. Hartmann; interne prov. : M. Bourdillon; externes : MM. Charreau, Villey-Desmeseret, Bothézat, Mlle Fradiss, Mme Meyer-May, M. Guyonnaud.

3. Médecin : M. Lion; interne : M. Bouttier; externes : MM. Benoist (F.), Cherouvrier, Widiez, Kimpel, Gardinier, Crouzat (J.).

4. Médecin : M. Thiroloix; interne : Mlle Harmelin; externes : MM. Chassagnac, André (Georges), Laroche, Cahen (R.), Camail, Mlle Besson.

5. Médecin : M. Enriquez; interne : M. Laplane; externes : MM. Finzi, Jahiel, Lavau, Toulouse, Grardel, Berthet, Lyonnet, Blondeau.

6. Médecin : M. Josué; interne : M. Fouet; externes : MM. Berthier, Biancani (H.), Amiot, Pannier, Mugnier, Lévy (R.), Fremiet, Drouineau, Mlle Desbrousses.

7. Chirurgien : M. Arrou; internes : MM. Réau, Guillouet, Foucault; externes : MM. Duncombe, Asselin-Williencourt, Talon, Bertrand (Y.), Lataix, Durand (Paul), Béraudy, Romeyer.

8. Chirurgien : M. Thiéry; internes : MM. Delage, Olry, Mlle de Sèze; externes : MM. Turmann, Ghouila-Houri (V.), Lafond, Lagarrigue, Le Guillant, Tilman, Coupeau, Thiéry.

9. Crèche chirurgicale : interne prov. : M. Maduro.

10. Chirurgien : M. Mauclaire; internes : MM. Aumont, Duter, Malgat; interne prov. : M. Pasquier; externes : MM. Flipo, Besson, Mlle Lachowski, MM. Auvynet, Zadoc-Kahn, Bachelier, Idoux, Boiffin, Aupérin.

11. Accoucheur : M. le prof. Brindeau; chef de clinique : M. Lantuéjoul; chef de clinique adjoint : M. Bénit; chef de labor. : MM. Cartier, Clogne; interne : M. Tierny.

12. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Faure-Beaulieu; suppléant : M. Hufnagel; interne prov. : M. George; externes : MM. Benda, Le Normand, Farrand.

13. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Küss; suppléant : M. Claeys; externes : MM. Duhazé, Reverdy, Vazeille.

14. *Service d'oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Grivot; suppléant : M. X...; externes : MM. Gérard, Razimbaud, Germain (Louis).

15. *Consultation. (Ophtalmologie.)* — Ophtalmologiste : M. Monthus; suppléant : M. Drécourt; externes : Mlle Thizy, M. Verger (Emile).

16. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Delherm; suppléant : M. Laquerrière.

C. HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — 1. Médecin : M. le prof. Sergent; interne : M. Marquézy; externes : MM. Juge, Turrillot, Laënnec, Lefebvre (René), Mlle Labat de Lambert.

2. Médecin : M. Legry; interne : M. Pollet; externes : MM. Roeser, Mâcon, Mlle Décor, M. Scialom.

3. Médecin : M. Labbé (Marcel); interne : M. Weiss; externes : MM. Meurdrac, Huguenin, Burgeat, Lenfantin, Willot.

4. Médecin : M. Guillain; interne : M. Kudelski; externes : MM. Béclère, Lumière (Max), Denis Le Sève, Delagenière, Nédelec.

5. Médecin : M. Weill-Hallé; interne : M. Chabanier; externes : Mlle Maas, MM. Sénoze, Violet (J.), Terrin.

6. Médecin : M. Babonneix; interne : M. Brizard; externes : MM. Reboul, Dessaint, Magdelaine, Mlle Lecoq (Paule), M. Antonini.

7. Chirurgien : M. Fredet; internes : MM. Oberlin, Mme Brian-Garfield, M. Seillé; externes : MM. Desoille, Langue, Minot, Fleury, Havret, Mlle Bizon, M. Breton (P.).

8. Chirurgien : M. Baumgartner; internes : MM. Penot, Guillard, Leibovici; externes : MM. Guisoni, Rochette, Mlle Baud, MM. Funck, Clitandre, Delthil, Petit (Roger).

9. Accoucheur : M. Devraigne; interne : M. Lacomme; externes : MM. Dufour (Jean), Poulet, Rosier, Compin.

10. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Sézary; suppléant : M. Caillé; interne prov. : M. Bartet; externes : MM. Perrin (Julien), Pellerin, Cauchy.

11. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Roux-Berger; suppléant : M. Ehrenpreis; externes : MM. Derbyshire, Lavieille.

12. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Turchini; adjoint : M. Lomon.

D. HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — 1. Médecin : M. le prof. Chauffard; chef de clinique : M. Brodin; chef de clinique adjoint : MM. Huber; chefs de labor. : MM. Grigaut, Troisier, Ronnaux; interne : M. Debray (Jacques); externes : M. Glover, Mme Henry, MM. Poussard, Bidoire, Vincent (Armand).

2. Service de tuberculeux (anciens militaires). Externes : MM. Alibert, Robert (Paul)

3. Médecin : M. Le Noir; interne : M. Barreau; externes : MM. Nadal, Riera, Aubert, Baize, Ferrière, Guérin (H.).

4. Médecin : M. Claude; interne : M. Alajouanine; externes : MM. Naveau, Houlnick, Delarue, Bernard (René).

5. Médecin : M. Ramond (Félix); interne : M. Cochez; interne prov. : M. Lévy (M.); externes : MM. Hurez (M.-A.), Michaud, Vanbockstaël, Dumas (Ray.), Dardel, Pascal.

6. Médecin : M. Bensaude; interne : M. Hillemand; externes : MM. Bresson (Jean), Delafontaine, Waïtz, Petit (Marcel), Kalmanovitch.

7. Médecin : M. Coyon; interne : M. Corby; externes : MM. Thiébaut, Bonnemaison (Rob.), Barragné, Damon (Ant).

8. Médecin : M. Comte; interne : M. Lebon; externes : MM. Tourtou, Rigal, Jaïs, Auger (Raymond), Durand (André).

9. Médecin : M. Pagniez; interne : M. Ravina (André); externes : MM. Martin (H. V. J.), Lecœur (Marcel), Baron (Pierre), Cognet, Queinnec (Jean), Laval (Jean).

10. Médecin : M. Lermoyez; assistant : M. Ramadier; suppléants : MM. Paul Boncour, Feldstein; internes : MM. Lanos, Jousseaume; externes : MM. Rouchon, Labarraque, Longepierre, Galpérine, Menuau.

11. Chirurgien : M. le prof. Lejars; chef de clinique : M. Brocq; chef de clinique adjoint : M. Séjournet; chef de labor. : M. Giet; internes : MM Braine, Lempérière, Geullette; externes : MM. Seidmann, Gervaise, Lelièvre, Mlle Hirsch, MM. Guiheneuc, Lévêque.

12. Chirurgien : M. Lapointe; internes : MM. Gineste, Auvigne, Surun; externes : MM. Mariani (Pierre), Mary, Perrin (Georges), Poumier, Mlle Pau, M. Pouillot.

13. Accoucheur : M. Bouffe; interne : M. Martin de Laulerie; interne prov. : M. Billard; externes : MM. Evrain, Fettu, Charbonnier, Prévost (Ch.).

14. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Fiessinger; suppléant : M. X...; interne prov. : M. Blum (G.); externes : MM. Laporte (Germain), Hirsberg, Abonneau.

15. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Bazy; suppléant : M. Delivet; externes : MM. Lehmann (Jacques), Dufieux, Ribardière, Mourret.

16. *Consultation d'ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Dupuy-Dutemps; suppléant : M. Joseph; externes : MM. Ménard, Marguet (André).

E. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. le prof. Rénon; interne : M. Gayet; externes : Mme Ménard, MM. Poumailloux, Giberton, Mlle Bouisson.

2. Médecin : M. Brouardel; interne : M. Lory; externes : MM. Maximin (M.), Barbé (Pierre), Clercy, Jamet, Audigier.

3. Médecin : M. Sicard; interne : M. Lermoyez; externes : MM. Bodin, Huard, Caffort, Mlle Fontaine, M. Meillère.

4. Médecin : M. Hallé; interne : M. Périsson; externes : MM. Legrand, Bureau (Yves), Fortin, de la Brunière.

5. Chirurgien : M. le prof. Legueu; chef de clinique : M. Marsan; chef de clinique adjoint : M. de Berne-Lagarde; chefs de labor. : MM. Verliac, Morel, Chabanier; internes : MM. Flandrin, Bazert, Xoudis; externes : MM. Sordinas, Bac, Vuillame, Nitzberg, Fraenkel, Vildrin, Suau, Retel, Barbellion, Meeus.

6. Chirurgien : M. Robineau; internes : MM. Lascaux, Bardon, Mirot; externes : MM. Busy, Arbeltier, Henriot, Lemoine, Chêne, Giroire, Tarterat.

7. Chirurgien : M. Schwartz; internes : M. Vesselle, Chabrut; externes : MM. Guiberteau, Bohn, Triau, Sauvageot, Chartol.

8. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Darré; suppléant : M. Giroux; interne prov. : M. Morlaas; externes : Mlle Papin, M. Forgeron.

9. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Sauvé; suppléant : M. Doré; externes : MM. Durand (Jean), Laffaille.

10. *Radiologie.* — Chef de labor. : M. Guibert; suppléant : M. Petit.

F. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. le prof. Widal; chef de clinique : M. Weissenbach; chef de clinique adjoint : M. Jacquet; chefs de labor. : MM. Joltrain, Laudet, Raulot-Lapointe; adjoint : M. Brissaud; internes : MM. Boulin, Bocage; externes : MM. Cardot, Dalsace (Jean), Besançon, Bazouge, Buisson, Lévy-Weismann, Mlles Hendlé, Deschamps, M. Gerson.

2. Médecin : M. Pissavy; interne : M. Terris; externes : MM. Trotot, Hervé, Harburger, Constant, Djordjevitch, Thibault (Reg.).

3. Médecin : M. Fournier; internes : MM. Ferrier, Salles; externes : MM. Poincloux, Ogliastri, Girard (Raymond), Péribère, Vergez-Honta, Faugeron.

4. Médecin : M. Laubry; interne : M. Bordet; externes : MM. Wallich, Moussoir, Segond (Rob.), Leclainche, Mlles Odier, Théry, Mircouche.

5. Médecin : M. Léri; interne : M. Joanny; externes : MM. Lenoir (Rob.), Lazare (Henri), Regnault (Roger), Pissavy, Rossert, Lowenthal.

6. *Service de tuberculeux.* — M. Pissavy; interne : M. Luton; externes : Mlle Bastien, MM. Vollant, Salmon (Henri), Hervier.

7. Chirurgien : M. le prof. Delbet; chef de clinique : M. Girode; chefs de clinique adjoints : M. Leveuf, Mornard; chefs de laboratoire : MM. Herrenschmidt, Beauvy; internes : MM. Machavoine, Iselin, Grenaudier; externes : M. Baudrillart, Mlles Rouget, Choquart, MM. Pepin-Lehalleur, Rivierez, Bodson, Mme Duclaux, Mlle Josso.

8. *Pavillon Bouilly* (clinique chirurgicale). — Assistant : M. Mocquot; internes : MM. Bonnet, Viollet; externes : MM. Vadon, Ganem, Moatti, Mlle Bucsan, M. Thibault.

9. Chirurgien : M. Launay; internes : MM. Doubrère, Bonnecaze; externes : MM. Pinoche, Dumas, Richard (J.), Mlle Braun, MM. Guérin (Paul), Bouchard.

10. Chirurgien : M. Chevassu; internes : MM. Brouet, Nora; externes : MM. Lazard, Vasilesco, Canoz, Lifschitz, Missirliu, Marcel, Seguy, Levassor.

11. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Abrami; suppléant : M. David; interne prov. : M. Mayer; externes : M. Brissaud, Mlle Vilter.

12. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Basset; suppléant : M. Lutaud; externes : M. Marchand (J.-H.), Mme Duter, MM. Vassitch, Lonjumeau.

13. *Consultation d'ophtalmologie.* — Assistant : M. Cantonnet; suppléant : M. Fombeure; externes : Mme Lesueur-Lerebour, Mlle Joltrois.

14. *Electrothérapie.* — Chef de labor. : M. Ménard; suppléant : M. Varet; adjoint : M. Pestel.

G. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. le prof. Achard; chef de clinique : M. Rouillard; chefs de clinique adjoints : M. Thiers, Mouzon; chefs de labor. : MM. Foix, Feuillié, Ribot, Lièvre; internes : MM. Bloch (S.), Debray (Maurice); externes : MM. Salmon (Alb.), Vilenski, David (Marcel), Derchen, Arrivot, Mme Macrez.

2. Médecin : M. Carnot; interne : M. Blamoutier; externes : MM. Prévôt (Romain), Camus, Joffroy, Henkène, Gricouroff, Martin (R.-Ch.-G.).

3. Médecin : M. Laffitte; interne : M. Chauveau; externes : Mme Gruel, MM. Grandperrin, Galtier, Diriart, Gauillard.

4. Médecin : M. Trémolières; interne : M. Aris; externes : MM. Gomet, Aragon, Chaperon, Nativelle.

5. Chirurgien : M. Souligoux; internes : MM. Berthon, Laquière; externes : MM. Machebeuf, Bucquoy, Renard (Pierre), Paris, Escande, Risos, Caplain.

6. Chirurgie (chroniques). — Chirurgien : M. Souligoux; interne : M. Férey; externe : M. Guillon.

7. Chirurgien : M. Michon; internes : MM. Moulonguet, Olivieri; externes : MM. Breton (Fr.), Châtellier, Milner, Marino, Lenferma de la Mothe, Bize, Bureau (Rob.).

8. Chirurgien : M. Savariaud; internes : MM. Le Clerc, Pérard, Lévy (Marcel); externes : MM. Leroy (Roger), Mimin, Carle, Tacquet, Boulland, Pellé.

9. Chirurgien : M. Terrien; assistant : M. Goulfier; adjoint : M. Dognon; externes : MM. Plichon, Boucher, Armingeat (J.).

10. Accoucheur : M. Rudaux; interne : M. Garcin; externes : MM. Renous (Ch.), Marq, Girard, Armingeat (M.).

11. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Vallery-Radot (Pasteur); suppléant : M. Gy; interne prov. : M. Dolfus; externes : MM. Baclesse, Barry, Mangini.

12. *(Chirurgie.)* — M. Cauchoix; assistant : M. Gouguet de de Girac; externes : MM. Bordas, Boltansky, Blanche (André).

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Baldenweck; externes : MM. Mounier (Pierre), Gautier.

14. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Desternes; suppléant : M. Baudon; adjoint : M. Guilbert.

H. Hôpital Lariboisière. — 1. Médecin : M. Florand; interne : M. Froment; externes : MM. Tailhefer, Ragouneau, Baconnet, Lemière (M.-P.), Couturat (Jacques), Soullier, Mlle Tisserand.

2. Médecin : M. de Massary ; interne : M. Walser ; externes : MM. Camino, Vassal, Lallemant, Bouillié, Poulain (M.), Launay, de Lorgeril, Crama.

3. Médecin : M. Gandy ; interne : M. Boulanger ; externes : MM. Moraux (Pierre), Meurisse, Flahaut, Laurain, Willemin (Louis), Mlle Rogier, M. Patel.

4. Médecin : M. Garnier ; interne : M. Prieur ; externes : MM. Pichat, Uzan, Mlle Oumansky, MM. Oumansky, Fribourg, Derocque.

5. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Garnier ; externes : MM. Dufourcq-Lagelouze, Lacaisse.

6. Médecin : M. Clerc ; interne : M. Perrochaud ; externes : MM. Garrigoux, Vialard, Rochard, Eliet, Mlles Schoeller, Vogt.

7. Chirurgien : M. Cunéo ; internes : M. Michon (lauréat) ; MM. Gaillard, Soupault, Richard ; externes : MM. Peynet, Perret (Ant.), Paumelle, Hesse, Avril, Lemariey, Louvel.

8. *Chirurgie.* (Chroniques.) — M. Cunéo ; interne : M. Ruppe ; externes : Mlle Cordier, M. Lejeune.

9. Chirurgien : M Wiart ; internes : MM. Hermet, Philippes de la Marnierre, Lechaux ; externes : MM. Suzor, Benoit (Marcel), Mlle Lacan, MM. Périn (Christ), Cofino, Leconte.

10. Chirurgien : M. Labey ; internes : MM. Bertrand (Louis), Godard, Leroux ; externes : MM. Canal (S.), Vérun, Maximin, Gay, Mlle Rosenbaum, M. Diriks.

11. Chirurgien : M. Marion ; internes : MM. Lebrun, Eltrich ; externes : MM. Marzouck, Codet, Dalsace (Rob.), Agnès, Lougnon, Popovitch (Milan), Maechler, Doiteau, Philippeau.

12. Chirurgien : M. le prof. Sebileau ; assistant : M. Truffert ; chef de clinique : M. Dufourmentel ; chefs de clinique adjoints : MM. Miégeville, Bonnet-Roy ; chef de labor. : M. Cléret ; internes : MM. Pierre, Winter ; externes : MM. Vacher (Gab.), Gornouec, Westphal, Longnon, Vincent, Vidal, Topart.

13. Ophtalmologiste : M. Morax ; assistant : M. Bollack ; internes : MM. Dujarier, Lagrange ; externes : MM. Hudelo, Autier, Isnel, Fénal, Depouilly.

14. Accoucheur : M. Démelin ; assistant : M. Vignes ; interne : M. Chavany ; interne prov. : M. Kalt ; externes : MM. Dauphin, Menguy, Fortier, Foubert.

15. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Lévy-Valensi ; suppléant : M. Lesage ; interne prov. : M. Ackermann ; externes : MM. Bruder, Tournier (G.), Mondet, Boehler.

16. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Toupet ; suppléant : M. Hérisson ; externes : Mlle Gelé de Francony, M. Mailley, Mlle Willème.

17. *Service d'électrothérapie.* — Chef de labor. : M. Hischmann.

18. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Haret ; suppléant : M. Dariau.

I. Hôpital Tenon. — 1. Médecin : M. Klippel ; interne : M. Rachet ; externes : MM. Pauchet, Pasquet, Duruy, Chauvot, Arviset, Marchand (Julien).

2. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Klippel ; externes : MM. Chiffre, Couderc, Bouron, Piton.

3. Médecin : M. Macaigne ; interne : M. Gournay ; externes : MM. Lucq, Roseau, Reumaux, Schoëngrün (André), Briault.

4. Médecin : M. Michel ; interne : M. Bidermann, externes : MM. Jacquinet, Petit (Pierre), Grognard, Kamony.

5. Médecin : M. Lœper ; interne : M. Marchal ; externes : MM. Lemaire (A.), de Vadder, Bonnemaison (Ray), Charpentier, Martin (M.-H.), Villetard de Prunières.

6. Médecin : M. Rathery ; interne : M. Michel ; externes : MM. Péronne, Leloup, Marion, Mlles Levine, Linossier, MM. Gestat, Brulon, Héraux.

7. Médecin : M. Sainton ; interne : M. Péron ; externes : MM. Limouzin-Lamothe. Mlle Roudinesco, MM. Litchenberger, Imbert (Ant.).

8. Médecin : M. Weil (P.-E.) ; interne : M. Isch-Wall ; externes : Mlle Boutigny, MM. Thurel, Wolff, Frantz, Stieffel.

9. Médecin : M. Merklen ; interne : M. Minvielle ; externes : MM. Chazel, Enurit (Jean), Laplanche, Boulay. Paris (G.), Petrignani.

10. Chirurgien : M. Riche ; internes : MM. Bouchard, Lemonnier, Engelhard ; externes : Mlles Saint-Laurent, Pithon, M. Leconte (M.), Mlle Châtenet, MM. Basset, Huet (J.-A.).

11. Chirurgien : M. Proust ; internes : MM. Chevallier, Dubois (René), Dubois (Henri) ; externes : MM. Rémy-Néris, Guéret, Collin (Pierre), Daudy, Mlle Stœber, Mme Dumay.

12. Chirurgien : M. Grégoire ; internes : MM. Delmas, Aurousseau, Tourneix ; externes. : MM. Emerit (J.-E.), Mlle Bardy, MM. Lecœur (P.), Mathieu (J.-J.), Verger (Gab.).

13. Accoucheur : M. Jeannin ; interne prov. : Pareux ; externes : MM. Rousseau (J.-P.), Mlle Le Grand, MM. Martin Saint-Laurent, Tambareau.

14. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Lian ; suppléant : M. Lyon-Caen ; interne prov. : M. Merklen ; externes : MM. Lafaix, Bernheim, Schoengrun.

15. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Martin ; suppléant : M. Maurer ; externes : MM. Trotsky, Sauvage, Parmentier.

16. *Radiologie.* — Chef de labor. : M. Darbois ; suppléant : M. Detré.

J. Hôpital Laennec. — 1. Médecin : M. Bernard (Léon) ; interne : M. Coste ; externes : MM. Tissier (P.), Chomereau-Lamotte, Mlle Benoist, MM. Minet, Dubois (Jean), Ghouila-Houri (Darius), Panis, Bachelin.

2. Médecin : M. Rist ; interne : M. Libert ; externes : MM. Goguel, Mayer (M.), Mlles Rappoport, Zimmer, M. Moruzi.

3. *Crèche.* — Médecin : M. Bernard (Léon) ; externes : MM. Prat-Flottes, Augustin.

4. *Service de femmes tuberculeuses.* — Médecin : M. Rist ; interne : M. Ollivier ; externes : M. Mirault (Pierre), Mlle Paturel, M. Moret.

5. *Dispensaire Léon Bourgeois.* — Médecins : MM. Bernard (L.), Rist ; assistants : MM. Ameuille, Baron, Bigart, Brissaud, Salomon, Jacob ; externes : MM. Lefèvre (P.-C.), Schwarzfeld, Jouet, Cournand, Tournilhac, Chabaud (J.).

6. Médecin : M. Claisse ; interne : M. Arbeit ; externes : MM. Mordret (J.), Moles, Lemière (F.), Breuillié.

7. Médecin : M. Jousset ; interne : M. de Massary ; externes : Mlle Henry (Th.), MM. Guyot, Michaux (Léon), Ménégaux.

8. Médecin : M. Laignel-Lavastine ; interne : M. Lauzier ; externes : MM. Filliol, Schrameck, Kollitsch, Dégrais.

9. Médecin : M. Ribierre ; interne : M. Haguenau ; externes : MM. Lotte, Oblin, Joanny, Monot.

10. Chirurgien : M. Auvray ; internes : MM. Lubin, Dossot, Raiga ; externes : MM. Lançon, Beau (H.), Noetinger, Dernas, Leplat (Georges), Mlle Mortier, M. Mitelette.

11. Chirurgien : M. Bourgeois ; interne : MM. Cornet, Ill ; externes : MM. Huet (Pierre), Marteret, Chantier, Fouquet.

12. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Rochon-Duvigneaud ; interne : M. Valière-Vialeix ; externes : MM. Allaire, Talot dit Margival, Paumelle.

13. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Tixier ; suppléant : M. Pignot ; interne prov. : M. Barret ; externe : M. Delacloche.

14. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Cadenat ; suppléant : M. Métivet ; externes : MM. Callegari, Ducoudré.

15. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Maingot ; suppléant : M. X....

K. Hôpital Bichat. — 1. Médecin : M. Brühl ; interne : M. Plichet ; externes : MM. Blum (A.), Marco, Chenilleau, Le Conte des Floris.

2. Médecin : M. Guillemot ; interne : M. Ravina (Jean) ; externes : Mme Hugo, MM. Faure (H.), Dessus, Fidon.

3. Chirurgien : M. Baudet ; internes : MM. Hartglass, Rouffiac, Humbert ; externes : Mlle Gardel, MM. Rendon, Collette, Clément, Stankovitch, Hortopan, Vuillième, Damond.

4. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Laederich ; suppléant : M. Baumgartner ; interne prov. : M. Celice ; externes : MM. Lacapère, Mallein-Gérin.

5. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Picot ; suppléant : M. Gresset ; externes : MM. Adam, Leflaive.

6. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Beaujard ; suppléant : M. Desmoulins.

L. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. Bergé; interne : M. Azoulay; externes : MM. Lefèvre (Jean), Mégret (M.), Moret (Marcelin), Leboucher, Faraut.

2. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Bergé; interne prov. : M. Lefèvre (B.); externes : MM. Gauran (M.), Denis (M.).

3. Médecin : M. Dufour; interne : M. Courtin; externes : MM. Lévy (Gab.), Beaujard, Denniel, Kensiger, Robert (Paul).

4. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Dufour; interne prov. : M. Decourt; externes : MM. Duhamel, Vasseur.

5. Chirurgien : M. Chevrier; internes : MM. Bayle, Mérat; externes : MM. Perdu, Lemoyne, Héry, Chevallier (Louis), Langlois, Baron.

6. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Duvoir; externes : MM. Maurellet, Darré.

7. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Berger; suppléant : M. Lorin; externes : MM. Kesseler, Mahieu.

8. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Bonniot.

M. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. Bezançon; internes : MM. de Gennes, Weismann; externes : M. Bourdon, Mlle Mauclaire, MM. Desgrez, Destouches, Méry (Jean), Triboulet, Mlle Gravier, M. Wahl.

2. Chirurgien : M. Dujarier; internes : MM. Larget, Cuvigny; externes : MM. Jacquemaire, Brico, Mlles Roger, Aubriot, MM. Ferrier, Rouchaud, Bettinger, Gardette.

3. Accoucheur : M. Funck; interne : M. Barbaro; externes : Mlles Denis, Vasseur, MM. Delimal, Adrian.

4. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Pinard ; suppléant : M. Braun ; interne prov. : M. Marassi; externes : Mme Weismann, M. Hernu.

5. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Mathieu; suppléant : M. Rouhier; externes : MM. Baillis, Soulas, Mahé (Roger), Troncin.

6. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Aubourg; suppléant : M. Lebon.

N. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le prof. Jeanselme; chef de clinique : M. Chevallier; chefs de clinique adjoints : MM. Burnier, Schulmann ; chefs de labor. : MM. Sézary, Pomaret, Bloch (Marcel) ; assistant : M. Lévy-Franckel; internes : MM. Hutinel, Périn; externes : MM. Armand, Chalot, Touraine, Géray, Lacan, Lebègue.

2. Médecin : M. Hudelo ; internes : MM. Richon, Oury; externes : MM. Potelune, Carvaillo, Raoul, Crocy, Mlles Lévy (Simone), Sazerac de Forge, M. Roux.

3. Médecin : M. Milian; internes : MM. Gardin (lauréat), Lelong, Rivalier; externes : Mlle Waynbaum, MM. Richard, Dereux, Ricard, Faure (M.), Diamantberger, Spinetta.

4. Médecin : M. Ravaut; internes : MM. Janet, Girard ; externes : MM. Olivier, Ducourtioux, Cohen (R.), Blondel, Escalier.

5. Médecin : M. Lortat-Jacob; internes : MM. Baudouin, Dauptain; externes : MM. d'Hour, Wickham (Yves), Leviez, Bourgeois (J.-B.), Hiély.

6. Médecin : M. Louste; internes : MM. Harbier, Laurent (M.); externes : MM. Bertrand (Jean), Bourdillon (A.), Sureau, Baldy, Rougier, Lichtwitz.

7. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Lemaître; interne : M. Aubin ; externes : Mlle Schulmann, MM. Delpérier, Minière, Quermonne, Sailly, Jossand.

8. Chirurgien : M. Aubertin ; interne : M. Grellety-Bosviel; externes : MM. Garnier (André), Canonne, Souron, Bardy.

9. Chirurgien : M. Rieffel; internes : MM. Le Gac, Fournier, Baudet; externes : MM. Poret, Jourdan, Verny, Dubos, Jullien (R.), Loup, Tixier, Mlle Mustacesco.

10. Chirurgien : M. Lenormant; internes : MM. Récamier, Chastang, Reinhold; externes : Mlle Hébert, MM. Grinda, Wilbert, Darfeuille, Ibos, Dreyfus, Houlnick, Andrieu.

11. Chirurgien : M. Lecène ; internes : MM. Sénèque, Huet (Pierre), Welti; externes : MM. Chevereau, Lapeyre, Marmasse, Guérin (M.), Pavie, Mlle Dobkewitch, MM. Berson (Jean), Brunet (Simon).

12. *Consultation.* (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Bréchot ; suppléant : M. Luzoir; externes : M. Guignebert, Mlle Gauthier-Villars, M. Carteaud.

13. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Gastou ; externe : M.

14. *Annexe Grancher.* — Médecin : M. Jules Renault; interne : M. Binet, Mlle Labeaume; externes : M. Ferru, Mlle Frey, M. Martin (Jacques), Mlle Nicolle, MM. Duminil, Baudet, Chadourne, Bühler.

15. Chirurgien : M. Mouchet; internes : MM. Rouffignac, Peltier, Niel; externes : MM. Trollé, Servel, Lacombe, Hériard, Couton, Devois, Truchard.

16. *Maternité.* — Accoucheur : M. Cathala ; interne : M. Biancani-Daveggio; externes : MM. Quignon, Touchard, Doizy, Tassin.

17. *Electrothérapie.* — Chef de labor. : M. Belot.

O. Hôpital Broca. — 1. Médecin : M. Grenet; interne : M. Clément; externes : MM. Grenierboley, Pellissier, Jany, Froument, Bianquis, Bidegaray, Richard (André), Mlle Vignaux, M. Didry.

2. Médecin : M. Boidin; interne : M. Turpin; externes : MM. Berson (Pierre), Scemla, Pichard, Mâle, Merle d'Aubigné, Lavialle, Bourloton, Blanche (Marcel).

3. Chirurgien : M. le prof. Faure; chef de clinique : M. Mossé; chef de clinique adjoint : M. Bloch; chefs de labor. : MM. Champy, Douai; internes : MM. Walther, Papillon, Metzger; externes : Mlles Perrain, Reynier, Boyer, MM. Lenormand, Lévy (Pierre), Lob, Coudrain.

4. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Lehmann; suppléant : M. X...

P. Maison municipale de santé. — 1. Médecin : M. Courtois-Suffit ; interne : M. Bourgeois; externes : M. Génin, Mme Génin, MM. Lautmann, Mouton, Laporte.

2. Médecin : M. Ramond; interne : M. Denoyelle; externes : MM. Weill (Rob.), Monbarin, Huet (Léon).

3. Chirurgien : M. Chifoliau ; internes : MM. Ameline. Maleysson; externes : Mlle Le Provost de St-Jean, MM. Josset, Defaye, Richier, Vienne, Laffaille (André).

4. Chirurgien : M. Heitz-Boyer; internes : MM. Alary, Marceron, Sabadini ; externes : MM. Sotckmann, Lucchetti, Mme Poulain, MM. Bergouignan, Derot, Mathieu, de Ponnerski, Andler.

5. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Bouchacourt; suppléant : M. Charlier.

Q. Hôpital des Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le prof. Nobécourt; chef de clinique : M. Nadal; chef de clinique adjoint : M. Paraf ; chef de labor. : M. Tixier; moniteur : M. Babonneix; chef de labor. de la diphtérie : M. Marie; interne : M. Alibert; externes : MM. Trocmé, Tsin, Mlle Bourguina, MM. Astaix, Rodet, Lavedan.

2. Médecin : M. Richardière; interne : M. Duval ; externes : MM. Canouet, Regnard (Louis), Roussel (Maxime), Guilleminot.

3. Médecin : M. Méry ; interne : M. Joannon; externes : M. Brenniel, Mlles Frontard, Reitlinger, MM. Dreyon, Sébileau.

4. Médecin : M. Aviragnet; internes : M. Peignaux, Tisné (2e sem.) ; externes : M. Boudrant, Mlles Gricourofff, Crémieu, M. Gauche.

5. Médecin : M. Apert; interne : MM. Broca; externes : MM. Farret, Degisors, Lerond, Chabrun, Yver.

6. Médecin : M. Lereboullet; interne : M. Pichon ; externes : MM. Loubeyre, Hurez (J.), Hamonic, Salavert, Lechaux.

7. *Crèche.* — Interne prov. : M. Kermorgant.

8. *Service de la sélection.* — Interne prov. : M. Digonnet.

9. Chirurgien : M. le prof. Broca; chef de clinique : M. Madier; chef de clinique adjoint : M. Massart; chef de labor. : M. Houdré; internes : MM. Bernard (R.), Breton, Marchant; externes : Mme Souffland, M. Medivedowsky, Mlle Péchenard, MM. Corman, Chavanon, Gaulier, Gucan, Mlle Krukowska.

10. Chroniques. — Chirurgien : M. le prof. Broca; Interne prov. : M. Bouthillier; externes : MM. Landel, Médioni, Néron, Perrin (René).

11. Chirurgien : M. Ombrédanne ; internes : MM. Fruchaud, Delahaye; interne prov. : M. Fèvre ; externes : M. Forest-Defage, Mlles Bach, Desgrez, MM. Teurnier, Descharmes, Leydet, Ombrédanne, Gallot.

12. *Service ophtalmologique.* — Ophtalmologiste : M. Poulard; assistant : M. Boussi; interne : M. Veil (Prosper); externes : Mlle Lacroix, MM. Cayla, Restoux, Barillot.
13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Lemée;
14. *Radiologie.* — Chef de labor. : M. Duhem.

R. Hôpital Trousseau. — 1. Médecin : M. Lesné; interne : M. Lefèvre; externes : MM. Poulin (André), Gallois (André), Jonesco, Lamare, Tiby, Simon (Serge).
2. Médecin : M. Papillon; interne : M. Lestocquoy; externes : MM. Christophe, Bonis, Bonnichon, du Fayet de la Tour, Fabre (Pierre), Marot.
3. *Service de la diphtérie.* — Médecin : M. Lesné; interne prov. : M. Laffitte.
4. *Contagieux.* — Interne prov. : M. Lejard.
5. Chirurgien : M. Hallopeau; internes : M. Baranger (Jacques), Mlle Petot, M. David; externes : MM. Souvestre, Fourniot, Marx, Chureau, Thévenard, Vieillard-Baron, Petit (René), Berdet, Mlle Croisier.
6. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Lemaire; suppléant : M. Chéné; interne prov. : M. Cocault-Duverger; externes : MM. Subileau, Broujaniski, Bouvier.

S. Hospice des Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. le prof. Marfan; chef de clinique : M. Hallez; chefs de clinique adjoints : MM. Turquety, Salès; chef de labor. : M. Dorlencourt; internes : MM. Vallery-Radot, Florand; externes : Mme Martiny, MM. Parfonry, Salathé, Mlle Parmentier, MM. Bocquet, Widlöcher.
2. Chirurgien : M. Veau; internes : MM. Deroche, Robin; externes : Mlle Maybluh, MM. Lévy (Jean), de Peretti della Rocca, Mme Poissonnier, MM. Larivière, Durand (Marcel), Mlle Meyer.
3. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Barret; suppléant : M. Chaperon.

T. Hôpital Andral. — 1. Médecin : M. Lemierre; interne : M. Lévesque; externes : MM. Bouessée, Lamache, Aman-Jean, Mlle Laurent.
2. Médecin : M. Courcoux; interne : M. Cordey; externes : MM. Grandjean, Prévost (Félix), Mme Guetschell, M. Tariel.
3. *Consultation de médecine.* — Assistant : M. Faroy; suppléant : M. Stévenin; interne prov. : M. Kaplan; externes : M. Lefèvre (Pierre). Mlle Merlhès.

U. Hospice de Bicêtre. — 1. Médecin : M. Harvier; interne : M. Lebée; externes : MM. Pagès, Martiny, Delalande, Duval (Jean).
2. Chirurgien : M. Desmarest; internes : MM. Verger, Ebrard; externes : MM. Gibard, Ortodoxu, Montassut.
3. *Service des aliénés.* — Médecin : M. Roubinovitch; interne : M. Baruk.
4. Médecin : M. Riche; interne : M. Wiart.
5. Médecin : M. Vurpas.
6. Médecin : M. Maillard; interne : M. Meignant.
7. *Sanatorium Clemenceau.* — Médecin : M. Foix; interne : M. Thévenard; externes : M. Robin (Roger), Mlle Maniu, MM. Casaubon, Legrain, Gouvenot.
8. Médecin : M. Herscher; interne : M. Desoubry; externes : MM. Seguin, Contant, Blanc-Champagnac, Thoral, Dulac.

V. Hospice de la Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le prof. P. Marie; chef de clinique : M. Bouttier; chef de clinique adjoint : M. Béhague, chef de labor. : M. Bertrand; adjoint : M. Lévy; internes : MM. Marie (A.), Basch, Girot; externes : M. Cogné, Mlle Sayag, MM. Nida, Lehmann (Rob.), Lacassie.
2. Médecin : M. Souques; internes : MM. Mouquin, Walther; externes : Mlle Leblond, MM. Bardol, Jondeau, Wickham (Roger), Mlle Dreyfus-Sée, M. Jarrige-Lemas.
3. Médecin : M. Crouzon; interne : M. Rimé; externes : Mme Wachi, M. Guérin (Ph.), Mme Codet, MM. Roland, Samsoen.
4. Chirurgien : M. le prof. Gosset; chef de clinique : M. Loewy; chef de clinique adjoint : M. Charrié; internes : MM. Wilmoth, Ecot, Thalheimer; externes : Mlle Bertazzi, MM. Maziol, Burnouf, Jalenques, Büsser, Pruvost, Lafont, Le Blay, Bompard, Weil (Jean).
5. *Vaccination antityphique.* — Interne : M. Mathieu (P.).
6. Médecin : M. Chaslin; interne : M. Valence.
7. Médecin : M. Nageotte; interne : M. Favory.
9. *Service d'électrothérapie.* — Chef de labor. : M. Bourguignon; suppléant : M. Ehrmann.

W. Hôpital Bretonneau. — 1. Médecin : M. Guinon; interne : M. Hirschberg; externes : MM. Bourdin, Mornet, Mlle Morin, MM. Minon, Salmon (R.), Clayeux.
2. Médecin : M. Boulloche; interne : M. Dayras; externes : MM. Lorion, Souty, Delotte, Dubois (Paul), Ehrenberg, Dessert.
3. Chirurgien : M. Marcille; internes : MM. Desnoyers, Cahen, Banzet; externes : Mlle Pauc, M. Bucquet, Mlle Conil, MM. Sufrin, Paris (R.), Brongniart, Cossa.
4. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Milhit; suppléant : M. X...; interne prov. : M. Thomas; externes : MM. Salmon (Jean), Seligman (E.), Cunault.
5. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Hautant; externes : MM. Boudry, Thibault (R.).
6. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Lobligeois.

X. Hospice des Incurables (Ivry). — 1. Médecin : M. Vincent; interne : M. Bernard (Etienne); externes : MM. Parisot, Puech, Dana, Bonan.
2. Chroniques. — Externes : MM. Darquier, Vincent du Laurier.
3. Médecin : M. Israëls de Jong; internes : MM. Louet, Azerad; externes : MM. Froyez, Laymond, Phelipeau, Seligman, Rondy, Calbet.
3. Chirurgien : M. Descomps; internes : MM. Paturet, Turnesco; externes : MM. Laban, Marié, Mlle Corbillon.

Y. Hôpital de la Maternité. — 1. Accoucheur : M. Potocki; assistant : M. Levant; internes : MM. Grenier, Comet; interne prov. : M. Lepaumier.
2. Médecin : M. Le Lorier; interne : M. Carrega.
3. Médecin : M. Ribadeau-Dumas; interne : M. Meyer; externes : Mlles Boegner, Baudry, MM. Foulon, Demerliac.

Z. Hôpital Hérold. — 1. Médecin : M. Barbier; interne : M. Le Rasle; externes : MM. Devouge, Deberdt, Aymard, Lindegger, Grognot, Dufour (André), Jacquet.
2. Médecin : M. Lesage; interne : M. Bonnot; externes : Mlle Kouriansky, MM. Sarles, Thoumas, Gillet, Descomps, Gallet.
3. Service de la garde et de la sélection. — Internes prov. : MM. Coffin, Renard.
4. *Service de radiologie.* — Chef de labor. : M. Chicotot; externe : M. Lescure.

Aa. Hôpital Claude-Bernard. — 1. Médecin : M. le prof. Teissier; chef de clinique : M. Gastinel; chef de clinique adjoint : M. Cambessédès; chef de labor. : M. Reilly; internes : MM. Béthoux, de Brun du Bois-Noir, Cathala; externes : MM. Ledoux, Mathias, Jullien (Bernard), Lortsch, Bas, Thiolat, Gruntescu, Pinalie.

Ab. Hôpital de la Clinique d'accouchements (Tarnier). — 1. Accoucheur : M. le prof. Bar; chef de clinique : M. Vaudescal; chefs de clinique adjoints : MM. Didier, Viala; chefs de labor. : MM. Philippe, Gilson; externes : MM. Azalbert, Weber (Roger), Mlle Richard, MM. Van der Horst, Leblanc.

Ac. Clinique Baudelocque. — 1. Accoucheur : M. le prof. Couvelaire; chef de clinique : M. Morisson-Lacombe; chefs de clinique adjoint : MM. Powilewicz, Hiddy; chef de labor. : M. Lelièvre; externes : MM. Job, l'Ecuyer de Villers, Lévy-Neumand, Démelin, Nozuères, Denis (Georges).

Ad. Hospice des Ménages (Issy). — 1. Médecin : M. Halbron; interne : M. Potez; interne prov. : M. Valat; externe : M. Hazemann.
2. Chirurgien : M. Lardennois; internes : MM. Gaume, Morice; externes : MM. Maigre, Duhail, Bagot, Chabaud, Champenois, Artigues.

Ae. Hospice Alquier-Debrousse. — 1. (*Vieillards.*) Médecin : M. Armand-Delille; interne; M. Isaac-Georges.
2. (*Tuberculeux.*) — Interne : M. Ducrohet; externes :

Mlle Glotz, MM. Vibert, Migault, Holodenko, Lefèvre (Georges-Th.).

Af. Bastion 29. — 1. Médecin : M. Auclair; interne M. Vigneron; externes : MM. de Blanchaud, Couronne, Bogdanovitch, Duprez (Edmond).

2. Médecin : M. Paisseau ; interne : M. Duchon ; externes : MM. Martineau, Quignard, Perret (Adrien), Mlle Ivanichevitch.

Ag. Institution Sainte-Périne et maisons de retraite Chardon-Lagache et Rossini. — 1. Médecin : M. Villaret; interne : M. Renault; externe : M. Desprairies.

Ah. Maison de retraite de Larochefoucauld. — 1. (*Vieillards.*) Médecin : M. Camus; interne : M. Baranger ; externe : M. Guillot (Jacques).

2. (*Tuberculeux.*) Médecin : M. Camus; interne : M. Lévy (Markus) ; externes : MM. Mouls, Vendel, Salvan, Trystram, de Fresquet, Védrinne.

Ai. Hôpital de Berck-sur-Mer. — 1. Chirurgien : M. Sorrel ; internes : Mme Sorrel, MM. Oberthür, Moutier, Vié.

Aj. Hospice de Brévannes. — 1. Médecins : MM. René Marie, Renaud, Baudouin; assistants : MM. Clément, Carton, Dumont, Thiel ; internes : MM. Mer, Barbaro, Chatagnon, Roland ; externes : Michel-Béchet, Haye, Mackiewicz, Schmite, Lefèvre.

Ak. Asile Sainte-Anne. — 1. Médecin : M. Claude ; chefs de clinique : MM. Gourioux, Heuyer; chefs de clinique adjoints : MM. Sellier, Brousseau.

Al. Fondation Vallée. — 1. Médecin : M. Roubinovitch; interne : M. Bariéty.

Am. Sanatorium d'Angicourt. — 1. Médecin : M. Buc; assistant : M. Brodiez.

An. Sanatorium d'Hendaye. — 1. Médecin : M. Morancé ; externes : MM. Fumet, Bonnerot.

Ao. Galignani et Belœuil. — 1. Médecin : M. Jumentié; assistant : M. Tourlet.

Ap. La Reconnaissance. Fondation Brézin. — 1. Médecin : M. Mutel.

Aq. — Hospices Saint-Michel et Lenoir-Jousseran. — 1. Médecin : M. Diverneresse.

Ar. — Hôpital de Vaugirard (*Fondation franco-brésilienne, clinique de thérapeutique chirurgicale de la Faculté de médecine*). — 1. Chirurgien : M. le prof. P. Duval ; chef de clinique : M. Gatellier ; chef de clinique adjoint : M. X... ; chef de labor. : M. Moutier; attaché médical : M. Girault ; internes : MM. Fey, Masmonteil, Mlle Pommay; externes : MM. Mollaret, Mirallié, Delaporte, Folliasson, Worms, Jaubert, Gence, Géant, Mlle Lamy, M. Levaxelaire.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° Chefs de service (médecins, chirurgiens, accoucheurs et assistants; consultations) ; 2° chefs de clinique (médecine, chirurgie, accouchements) ; 3° chefs de laboratoire ; 4° internes titulaires ; 5° internes provisoires ; 6° externes.

N. B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : M. Lévesque, T-1 = T. Hôpital Andral, 1. Service de M. Lemierre.

MÉDECINS

et assistants de consultation.

CHIRURGIENS

et assistants.

ACCOUCHEURS

et assistants.

OPHTALMOLOGISTES

et assistants.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES

et assistants.

ÉLECTROTHÉRAPEUTES, RADIOLOGISTES

Chefs de laboratoire, assistants et suppléants.

Aubourg, M-6.
Barret, S-3.
Baudon, G-14.
Beaujard, K-6.
Belot, N-17.
Bonniot, L-8.
Bouchacourt, P-5.
Bourguignon, V-8.
Chaperon, S-3.
Charlier, P-5.
Chicotot, Z-4.
Darbois, I-16.
Dariau, H-18.
Delherm, B-16.
Demoulins, K-6.
Desternes, G-14.
Detré, I-16.
Duhem, Q-14.
Ehrmann, V-8.
Gastou, N-13.
Guibert, E-10.
Guilbert, G-14.
Guilleminot, A-13.
Haret, H-18.
Hischmann, H-17.
Laquerrière, B-16.
Lebon, M-6.
Lehmann, O-5.
Lobligeois, W-5.
Lomon, C-12.
Maingot, J-15.
Ménard, F-14.
Pestel, F-14.
Petit, E-10.
Turchini, C-12.
Varet, F-14.

SUPPLÉANTS

de consultations.

MÉDECINE

Baumgartner, K-4.
Braun, M-4.
Caillé, C-10.
Chené, R-6.
David, F-11.
Giroux, E-8.
Gy, G-11.
Hufnagel, B-12.
Lyon-Caen, I-14.
Maréchal, A-11.
Pignot, J-13.
Stévenin, T-3.

CHIRURGIE

Claeys, B-13.
Delivet, D-15.
Doré, E-9.
Ehrenpreis, C-11.
Gresset, K-5.
Hérisson, H-16.
Lorin, L-7.
Lutaud, F-12.
Luzoir, N-12.
Maurer, I-15.
Métivet, J-14.
Rouhier, M-5.
Wolfromm, A-12.

CHEFS DE CLINIQUE

Bénard (H.), A-1.
Bergeret, A-7.
Bouttier, V-1.
Brocq, D-11.
Brodin, D-1.
Chevallier, N-1.
Desplas, V-4.
Doury, A-1.
Dufourmentel, H-12.
Gastinel, Aa-1.
Gatellier, Ar-1.
Girode, F-7.
Hallez, S-1.
Lantuéjoul, B-11.
Leconte, B-1.
Loewy, V-4.
Madier, Q-9.
Marsan, E-5.
Morisson-Lacombe, Ac-1.
Mossé, O-3.
Nadal, Q-1.
Rouillard, G-1.
Saint-Girons, A-1.
Vaudescal, Ab-1.
Velter, A-9.

Adjoints.

Béhague, V-1.
Bénit, B-11.
Berne-Lagarde (de), E-5.
Bloch, O-3.
Bonnet, H-12.
Burnier, N-1.
Cambessédès, Aa-1.
Charrier, V-4.
Coury (Alfred), A-1.
Cousin, A-9.
Didier, Ab-1.
Donzelot, B-1.
Gautrand, A-9.
Gouverneur, A-7.
Hiddy, Ac-1.
Huber, D-1.
Jacquet, F-1.
Leveuf, F-7.
Magniel, B-1.
Marchal, A-1.
Massart, Q-9.
Miégeville, H-12.
Mornard, F-7
Mouzon, G-1.
Paraf, Q-1.
Powilewicz, Ac-1.
Roy, H-12.
Sales, S-1.
Schulmann, N-1.
Séjournet, D-11.
Thiers, G-1.
Turquéty, S-1.
Viala, Ab-1.
Weissenbach, F-1.

CHEFS DE LABORATOIRE

et adjoints.

Beauvy, F-7.
Bertrand, V-1.
Bloch (M.), N-1.
Brissaud, F-1.
Cartier, B-11.
Chabanier, E-5.
Champy, O-3.
Cléret, H-12.
Clogne, B-11.
Descomps, A-1.
Deval, A-1.
Dorlencourt, S-1.
Douai, O-3.
Feuillié, G-1.
Foix, G-1.
Giet, D-11.
Gilson, Ab-1.
Grigant, D-1.
Guilleminot, A-13.
Hautant, A-9.
Herrenschmidt, F-7.
Houdré, Q-9.
Joltrain, F-1.
Laudet, F-1.
Lelièvre, Ac-1.
Lévy, V-1.
Lièvre, G-1.
Marie, Q-1.
Monbrun, A-9.
Morel, E-5.
Moutier, Ar-1.
Philippe, Ab-1.
Pomaret, N-1.
Raulot-Lapointe, F-1.
Reilly, Aa-1.
Renaud, A-7.
Ribot, G-1.
Ronnaux, D-1.
Sézary, N-1.
Tixier, Q-1.
Troisier, D-1.
Verliac, E-5.

INTERNES

Alajouanine, D-4.
Alary, P-4.
Alibert, Q-1.
Ameline, P-3.
Arbeit, J-6.
Aris, G-4.
Aubin, N-7.
Aumont, B-10.
Aurousseau, I-12.
Auvigne, D-12.
Azoulay, L-1.
Baranger, Ah-1.
Baranger (Jacques), R-5.
Barbier, N-6.
Bardon, E-6.
Barreau, D-3.
Baruk, U-3.
Basch, V-1.
Baudet, N-9.
Baudouin, N-5.
Bayle, L-5.
Bazert, E-5.
Bernard (Et.), X-1.
Bernard (R.), Q-9.
Berthon, G-5.
Bertrand (Louis), H-10.
Bertrand-Fontaine (Mme), A-8.
Béthoux, Aa-1.
Bidermann, I-4.
Binet, N-14.
Blamoutier, G-2.
Bloch (S.), G-1.
Blum, A-2.
Bocage, F-1.
Bonnecaze, F-9.
Bonnet, F-8.
Bonnot, Z-2.
Boppe, A-7.
Bordet, F-4.
Bouchard, I-10.
Boulanger, H-3.
Boulin, F-1.
Bourgeois, P-1.
Bouttier, B-3.
Braine, D-11.
Breton, Q-9.
Brian-Garfield (Mme), C-7.
Brizard, C-6.
Broca, Q-5.
Brouet, F-10.
Brun du Bois-Noir (de), Aa-1.
Castéran, A-9.
Cathala, Aa-1.
Chabanier, C-5.
Chabrut, E-7.
Chastang, N-10.
Chatagnon, Aj-1.
Chauveau, G-3.
Chavany, H-14.
Chevallier, I-11.
Clément, O-1.
Cochez, D-5.
Corby, D-7.
Cordey, T-2.
Cornet, J-11.
Coste, J-1.
Courtin, L-3.
Couturier, A-8.
Cuvigny, M-2.
Dauptain, N-5.
Dayras, W-2.
Debray (Jacques), D-1.
Debray (Maurice), G-1.
Delahaye, Q-11.
Delmas, I-12.
Denoyelle, P-2.
Desnoyers, W-3.
Deroche, S-2.
Derville, A-3.
Desoubry, U-8.
Dossot, J-10.
Doubrère, F-9.
Dubois (H.), I-11.
Dubois (R.), I-11.
Duchon, Af-2.
Dufourcq-Lagelouze, H-5.
Dujarier, H-13.
Duter, B-10.
Duval, Q-2.
Ecot, V-4.
Engelhard, I-10.
Eltrich, H-11.
Fatou, A-1.
Favory, V-7.
Ferrier, F-3.
Fey, Ar-1.
Flandrin, E-5.
Florand, S-1.
Foucault, B-7.
Fouet, B-6.
Fournier, N-9.
Froment, H-1.
Fruchaud, Q-11.
Gaillard, H-7.
Gambillard, A-6.
Gardin (lauréat), N-3.
Gaudart d'Allaines (de), A-7.
Gaume, Ad-2.
Gayet, E-1.
Gennes (de), M-1.
Gineste, D-12.
Girard, N-4.
Girot, V-1.
Godard, H-10.
Gournay, I-3.
Grellety-Bosviel, N-8.
Grenier, Y-1.
Gueulette, D-11.
Guillard, C-8.
Guillouet, B-7.
Haguenau, J-9.
Harmelin (Mlle), B-4.
Hartglass, K-3.
Hartmann, B-2.
Hermet, H-9.
Hertz, A-7.
Hillemand, D-6.
Hirschberg, W-1.
Huet (Pierre), N-11.
Humbert, K-4.
Hutinel, N-1.
Ill, J-11.
Isaac-Georges, Ae-1.
Isch-Wall, I-8.
Janet, N-4.
Joannon, Q-3.
Joanny, F-5.
Jousseaume, D-10.
Kudelski, C-4.
Lacaisse, H-5.
Lacomme, C-8.
Lafourcade-Cortina, A-4.
Lagrange, H-13.
Lanos, D-10.
Laplane, B-5.
Laquière, G-5.
Larget, M-2.
Lascaux, E-6.
Laurent (M.), N-6.
Lauzier, J-8.
Lebée, U-1.
Lebon, D-8.
Lebrun, H-11.
Lechaux, H-9.
Le Clerc, G-8.
Lefèvre, R-1.
Le Gac, N-9.
Leibovici, C-8.
Lelong, N-3.
Lemariée, A-7.
Lemonnier, I-10.
Lempérière, D-11.
Le Rasle, Z-1.
Lermoyez, E-3.
Leroux, H-10.
Lestocquoy, R-2.
Lévesque, T-1.
Lévy (Marcel), G-8.
Lévy (M.), Ah-1.
Libert, J-1.
Lory, L-2.
Louet, X-3.
Lubin, J-10.
Luton, F-6.
Machavoine, F-7.
Malgat, B-10.
Maleysson, P-3.
Marceron, P-4.
Marchal, I-5.
Marchant, Q-9.
Marie (A.), V-1.
Marquézy, C-1.
Martin de Laulerie, D-13.
Masmonteil, Ar-1.
Massary (de), J-7.
Mathieu (P.), V-5.
Mer, Aj-1.
Mérat, L-5.
Metzger, O-3.
Meyer, Y-3.
Michel, I-6.
Michon (lauréat), L-7.
Minvielle, I-9.
Mirot, E-6.
Morice, Ad-2.
Moulonguet, G-7.
Mouquin, V-2.
Moutier, Ai-1.
Niel, N-15.
Nora, F-10.
Oberlin, C-7.
Oberthür, Ai-1.
Olivièri, G-7.
Ollivier, J-4.
Ostwalt (Mlle), A-9.
Oury, N-2.
Papillon, O-3.
Paturet, X-4.
Peignaux, Q-4 (1re sem.).
Peltier, N-15.
Penot, C-8.
Pérard, G-8.
Périn, N-1.
Périsson, E-4.
Péron, I-7.
Perrochaud, H-6.
Petat (Mlle), R-5.
Philippes de la Marnierre, H-9.
Pichon, Q-6.
Pierre, H-12.
Plichet, K-1.
Pollet, C-2.
Pommay (Mlle), Ar-1.
Potez, Ad-1.
Prieur, H-4.
Rachet, I-1.
Raiga, J-10.
Ravina (André), D-9.
Ravina (Jean), K-2.
Réau, B-7.
Récamier, N-10.
Reinhold, N-10.
Renault, Ag-1.
Richard, H-7.
Richon, N-2.
Rimé, V-3.
Risacher, A-10.
Rivalier, N-3.
Robin, S-2.
Roland, Aj-1.
Rouffiac, K-4.
Rouffignac, N-15.
Ruppe, H-8.
Salles, F-3.
Sénèque, N-11.
Sorrel (Mme), Ai-1.
Soupault, H-7.
Surmont, A-5.
Surun, D-12.
Terris, F-2.
Thalheimer, V-4.
Théodoresco, A-2.
Thévenard, U-7.
Tierny, B-11.
Tisné, B-1 (1er sem.); Q-4 (2e sem.).
Tourneix, I-12.
Turnesco, X-4.
Turpin, O-2.
Valence, V-6.
Valière-Vialeix, J-12.
Vallery-Radot (P.), S-1.
Veil, Q-12.
Verger, U-2.
Vesselle, E-7.
Vié, Ai-1.
Vigneron, Af-1.
Viollet, F-8.
Walser, H-2.
Walther, O-3.
Walther, V-2.
Weismann, M-1.
Weiss, C-3.
Welti, N-11.
Wiart, U-4.
Wilmoth, V-4.
Winter, H-12.
Xoudis, E-5.

INTERNES PROVISOIRES

occupant des places d'internes titulaires.

Azerad, X-3.
Banzet, W-3.
Barbaro, M-3 et Aj-1.
Bariéty, Al-1.
Biancani-Daveggio, N-16.
Cahen, W-3.
Carrega, Y-2.
Comet, Y-1.
David, R-5.
Delage, B-8.
Ducrohet, Ae-2.
Ebrard, U-2.
Férey, G-6.
Garcin, G-10.
Grenaudier, F-7.
Iselin, F-7.
Meignant, U-6.
Obry, B-8.
Sabadini, P-4.
Sèze (Mlle de), B-8.

INTERNES PROVISOIRES

Ackermann, H-15.
Barret, J-13.

Bartet, C-10.
Billard, D-13.
Blum (G.), D-14.
Bourdillon, B-2.
Bouthilier, Q-10.
Celice, K-4.
Cocault-Duverger, R-6.
Coffin, Z-3.
Decourt, L-2.
Digonnet, Q-8.
Dolfus, G-11.
Fèvre, Q-11.
George, B-12.
Kalt, H-14.
Kaplan, T-3.
Kermorgant, Q-7.
Laffitte, Q-3.
Lefèvre, L-2.
Lejard, R-4.
Lepaumier, Y-1.
Lévy (M.), D-5.
Longchampt, A-11.
Maduro, B-9.
Marassi, M-4.
Mayer, F-11.
Merklen, I-14.
Morlaas, E-8.
Pareux, I-13.
Pasquier, B-10.
Renard, Z-3.
Thomas, W-4.
Valat, Ad-1.
Vanheuverswyn, A-10.

EXTERNES

Abd-el-Nour, A-3.
Abonneau, D-14.
Adam, K-5.
Adrian, M-3.
Agnès, H-11.
Alibert, D-2.
Allaire, J-12.
Aman-Jean, T-1.
Amiot, B-6.
Andler, P-4.
André (G.), B-4.
Andrieu, N-10.
Antonini, C-6.
Aragon, G-4.
Arbeltier, E-6.
Ardoin, A-4.
Armand, N-1.
Armingeat (M.), G-10.
Armingeat (J.), G-9.
Arrivot, G-1.
Artigues, Ad-1.
Arviset, I-1.
Asselin-Willien-court, B-7.
Astaix, Q-1.
Aubert, D-3.
Aubriot (Mlle), M-2.
Audigier, E-2.
Auger (R.), D-8.
Augier, A-7.
Augustin, J-3.
Aupérin, B-10.
Autier, H-13.
Avril, H-7.
Auvynet, B-10.
Aymard, Z-1.
Azalbert, Ab-1.
Azam, A-8.
Bac, E-5.
Bach (Mlle), Q-11.
Bachelier, B-10.
Bachelin, J-1.
Baclesse, G-11.
Baconnet, H-1.
Bagot, Ad-1.
Baillis, M-4.
Baize, D-3.
Baldy, N-6.
Barbé (P.), E-2.
Barbellion, E-5.
Bardol, V-2.
Bardy, N-8.
Bardy (Mlle), I-12.
Barillot, Q-12.
Baron, L-5.
Baron (P.), D-9.
Barragné, D-7.
Barry, G-11.
Bas, Aa-1.
Bascourret, A-2.
Basset, I-10.
Bastien (Mlle), F-6.
Baud (Mlle), C-8.
Baudet, N-14.
Baudrillart, F-7.
Baudry (Mlle), Y-3.
Bazouge, F-1.
Beau (H.), J-10.
Beaujard, L-3.
Béclère, C-4.
Bécue, A-3.
Benda, B-12.
Benoist (Mlle), J-1.
Benoist (F.), B-3.
Benoit (M.), H-9.
Béraudy, B-7.
Berdet, R-5.
Bergouignan, P-4.
Bernard (R.), D-4.
Bernheim, I-14.
Berson (Jean), N-11.
Berson (Pierre), O-2.
Bertazzi (Mlle), V-4.
Berthet, B-5.
Berthier, B-6.
Bertrand (H.-M.-J.), A-9.
Bertrand (Jean), N-6.
Bertrand (Y.), B-7.
Besançon, F-1.
Besson (Mlle), B-4.
Besson (B.), B-10.
Bettinger M-2.
Biancani (H.), B-6.
Bianquis, O-1.
Bidegaray, O-1.
Bidoire, D-1.
Bize, G-7.
Bizon (Mlle), C-7.
Blanc-Champagnac, U-8.
Blanchaud (de), Af-1.
Blanche (A.), G-12.
Blanche (M.), O-2.
Blondeau, B-5.
Blondel, N-4.
Blondin (Sylv.) B-1.
Blum (And.), K-1.
Bocquet, S-1.
Bodin, E-3.
Bodson, F-7.
Boehler, H-15.
Boegner (Mlle), Y-3.
Bogdanovitch, Af-1.
Bohn, E-7.
Boiffin, B-10.
Boltanski, G-12.
Bompard, V-4.
Bonan, X-1.
Bonnemaison (Ray.), I-5.
Bonnemaison (Rob.) D-7.
Bonnerot, An-1.
Bonis, R-2.
Bonnichon, R-2.
Bordas, G-12.
Bothézat, B-2.
Bouchard, F-9.
Boucher, G-9.
Boudrant, Q-4.
Boudry, W-5.
Bouessée, T-1.
Bouillié, H-2.
Bouisson (Mlle), E-1.
Boulanger, A-10.
Boulay, I-9.
Boulland G-8.
Bourdillon (A.), N-6.
Bourdin, W-1.
Bourdon, M-1.
Bourgeois (J.-B.), N-5.
Bourgeois (P.), B-1.
Bourguina (Mlle), Q-1.
Bourloton, O-2.
Bouron, I-2.
Boutigny (Mlle), I-8.
Bouvier, R-6.
Boyer, O-3.
Boyer (Paul), B-1.
Braun (Mlle), F-9.
Brenniel, Q-3.
Bresson (Jean), D-6.
Breton (Fr.), G-7.
Breton (Pierre), C-7.
Breuillié, J-6.
Briault, I-3.
Brico M-2.
Brissaud, F-11.
Brongniart W-3.
Broujanski, R-6.
Bruder, H-15.
Brulon, I-6.
Brunet (F.-L.), A-11.
Brunet (Sim.), N-11.
Brunière (de la), E-4.
Bucquet, W-3.
Bucquoy, G-5.
Bucsan (Mlle), F-8.
Bühler, N-14.
Buisson, F-1.
Bureau (Rob.), G-7.
Bureau (Yves), E-4.
Burgeat, C-3.
Burnouf, V-4.
Büsser, V-4.
Busy, E-6.
Caffort, E-3.
Cahen (Rob.), B-4.
Calbet, X-3.
Callegari, J-14.
Camail, B-4.
Camino, H-2.
Camus, G-2.
Canal (S.), H-10.
Canonne, N-8.
Canouet, Q-2.
Canoz, F-10.
Caplain, G-5.
Cardot, F-1.
Carle, G 8.
Carpentier, A-8.
Carteaud, N-12.
Carvaillo, N-2.
Casaubon, U-7.
Cauchy, C-10.
Cayla, Q-12.
Célestin, A-2.
Chabaud (J.), J-5.
Chabaud (R.), Ad-1.
Chabrun, Q-5.
Chadourne, N-14.
Chalot, N-1.
Champenois, Ad-1.
Chantier, J-11.
Chaperon, G-4.
Chapuis (Pierre), A-9.
Charbonnier, D-13.
Charpentier, I-5.
Charreau, B-2.
Chartier, A-2.
Chartol, E-7.
Chassagnac, B-4.
Chassigneux, A-11.
Châtellier, G-7.
Châtenet (Mlle), I-10.
Chauvet, I-1.
Chavanon, Q-9.
Chazel, I-9.
Chêne, E-6.
Chenilleau, K-1.
Chéreau, A-9.
Cherouvrier, B-3.
Chevallier, L-5.
Chevereau (A.-J.-M.), N-11.
Chevereau (Jean), A-4.
Chiffre, I-2.
Chomereau-Lamotte, J-1.
Choquart, (Mlle), F-7.
Christophe, R-2.
Chureau, R-5.
Clayeux, W-1.
Clément, K-3.
Clercy, E-2.
Clitandre, C-8.
Codet, H-11.
Codet (Mme), V-3.
Cordier (Mlle), H-8.
Cofino, H-9.
Cogné, V-1.
Cognet, D-9.
Cohen, (R.) N-4.
Collette, K-3.
Collin (P.), I-11.
Compin, C-9.
Conil (Mlle), W-3.
Constant, F-2.
Contant, U-8.
Corbillon, X-4.
Corman, Q-9.
Corneau, A-9.
Cossa, W-3.
Couderc, I-2.
Coudrain, O-3.
Coupeau, B-8.
Cournand, J-5.
Couronne, Af-1.
Couton, N-15.
Couturat (J.), H-1.
Crama, H-2.
Crémieu, Q-4.
Crocy, N-2.
Croisier (Mlle), R-5.
Cros (Mlle), B-1.
Crouzat (J.), B-3.
Cunault, W-4.
Dalsace (Jean), F-1.
Dalsace (Robert), H-11.
Damon (Ant.), D-7.
Damond, K-3.
Dana, X-1.
Dardel, D-5.
Darfeuille, N-10.
Darquier, X-2.
Darré, L-5.
Daudy, I-11.
Dauphin, H-14.
David (M.), G-1.
Deberdt, Z-1.
Debray (Georges), A-6.
Decoularé-Delafontaine, A-11.
Décor (Mlle), C-2.
Deconinck, A-12.
Defage, P-3.
Degisors, Q-5.
Degrais, J-8.
Delacloche, J-13.
Delafontaine, D-6.
Delagenière, C-4.
Delalande, U-1.
Delaporte, Ar-1.
Delarue, D-4.
Delimal, M-3.
Delotte, W-2.
Delpérier, N-7.
Delthil, C-8.
Demelin, Ac-1.
Demerliac, Y-3.
Denis (Mlle), M-3.
Denis (G.), Ac-1.
Denis (M.), L-2.
Denis le Sève, C-4.
Denniel, L-3.
Depouilly, H-13.
Derbyshire, C-11.
Derchen, G-1.
Dereux, N-3.
Dernas, J-10.
Derocque, H-4.
Derot, P-4.
Deschamps (Mlle), F-1.
Descharmes, Q-11.
Descomps, Z-2.
Desgrez, M-1.
Desgrez (Mlle), Q-11.
Desoille, C-7.
Dessaint, C-6.
Dessert, W-2.
Dessus, K-2.
Destouches, M-1.
Devois, N-15.
Devouge, Z-1.
Diamantberger, N-3.
Didry, O-1.
Diriart, G-3.
Diriks, H-10.
Djordjevitch, F-2.
Djourovitch, A-7.
Dobkevitch (Mlle), N-11.
Doiteau, H-11.
Doizy, N-16.
Dreyfus, N-10.
Dreyfus-Sée (Mlle), V-2.
Dreyon, Q-3.
Drouineau, B-6.
Dubois (Jean), J-1.
Dubois (Paul), W-2.
Dubos, N-9.
Duclaux (Mme), F-7.
Ducoudré, J-14.
Ducourtioux, N-4.
Ducroquet, A-5.
Dufieux, D-15.
Dufour (André), Z-1.
Dufour (Jean), C-9.
Dufourcq-Lagelouze, H-5.
Duhail, Ad-1.
Duhamel, L-4.
Duhazé, B-13.
Dulac, U-8.
Dumas (R.), D-5.
Dumay (Mme), I-11.
Dumas, F-9.
Duminil, N-14.
Duncombe, B-7.
Duprez (Edmond), Af-1.
Durand (A.), D-8.
Durand (Jean), E-9.
Durand (M.), S-2.
Durand (Paul), B-7.
Duruy, I-1.
Duter (Mme), F-12.
Duval (Jean), U-1.
Ehrenberg, W-2.
Eliet, H-6.
Emerit (J.-E.), I-12.
Enurit (Jean), I-9.
Escalier, N-4.
Escande, G-5.
Evrain, D-13.
Fabre (Pierre), R-2.
Faraut, L-1.
Farmachi, A-8.
Farrand, B-12.
Farret, Q-5.
Faugeron, F-3.
Faure (H.), K-2.
Faure (M.), N-3.
Fayet de la Tour (du), R-2.
Fénal, H-13.
Ferrière, D-3.
Ferrier, M-2.
Ferru, N-14.
Fettu, D-13.
Fidon, K-2.
Filliol, J-8.
Finzi, B-5.
Flahaut, H-3.
Flandrin, A-7.
Fleury, C-7.
Flipo, B-10.
Folliasson, Ar-1.
Fontaine (Mlle), E-3.
Forest-Defaye, Q-11.
Forgeron, E-8.
Fortier, H-14.
Fortin, E-4.
Foubert, H-14.
Foulon, Y-3.
Fouquet, J-11.
Fourniot R-5.
Fradiss (Mlle), B-2.
Fraenkel, E-5.
Frantz, I-8.
Frémiot, B-6.
Fresquet (de), Ah-2.
Frey (Mlle), N-14.
Fribourg, H-4.
Froehlicher, A-10.
Frontard (Mlle), Q-3.
Froument, O-1.
Froyez, X-3.
Fumet, An-1.
Funck, C-8.
Gallet, Z-2.
Gallois (André), R-1.
Gallot, Q-11.
Galpérine, D-10.
Galtier, G-3.
Ganem, F-8.
Gardel (Mlle), K-3.
Gardette, M-2.
Gardinier, B-3.
Garnier (And.), N-8.
Garrigoux, H-6.
Gauche, Q-4.
Gauillard, G-3.
Gaulier, Q-9.
Gauran (M.), L-2.
Gauthier-Villars, (Mlle), N-12.
Gautier, G-13.
Gay, H-10.
Géant, Ar-1.
Gelé de Francony (Mlle), H-16.
Gély, A-9.
Gence, Ar-1.
Génin, P-1.
Génin (Mme), P-1.
George (M.), A-11.
Gérard, B-14.
Géray, N-1.
Germain (L.), B-14.
Gerson, F-1.
Gervaise, D-11.
Gestat, I-6.
Ghouila-Houri (Darius), J-1.
Ghouila-Houri (V.), B-8.
Gibard, U-2.
Giberton, E-1.
Gillet, Z-2.
Girard, G-10.
Girard (Raym.), F-3.
Giroire, E-6.
Glotz (Mlle), Ae-1.
Glover, D-1.
Goguel, J-2.
Gomet, G-4.
Gornouec, H-12.
Gouvenot, U-7.
Grandjean, T-2.

Grandperrin, G-3.
Grardel, B-5.
Gravier (Mlle), M-1.
Grenierboley, O-1.
Gricouroff, G-2.
Gricouroff (Mlle), Q-4.
Grinda, N-10.
Grognard, I-4.
Grognot, Z-1.
Gruel (Mme), G-3.
Gruntescu, Aa-1.
Gucan, Q-9.
Guéret, I-11.
Guérin (H.), D-3.
Guérin (M.), N-11.
Guérin (Paul), F-9.
Guérin (Ph.), V-3.
Guetschell (Mme), T-2.
Guiberteau, E-7.
Guignebert, N-12.
Guiheneuc, D-11.
Guilleminot, Q-2.
Guillon, G-6.
Guillot (J,), Ah-1.
Guinard, B-1.
Guisoni, C-8.
Guyonnaud, B-2.
Guyot, J-7.
Hamonic, Q-6.
Harburger, F-2.
Havret, C-7.
Haye, Aj-1.
Hazemann, Ad-1.
Hébert (Mlle), N-10.
Heimann (Mlle), A-8.
Hendlé (Mlle), F-1.
Henkène, G-2.
Henne, A-12.
Henriot, E-6.
Henry (Mme), D-1.
Henry (Mlle Gab.), A-10.
Henry (Mlle Th.), J-7.
Héraux, I-6.
Hériard, N-15.
Hernu, M-4.
Hervé, F-2.
Hervier, F-6.
Héry, L-5.
Hesse, H-7.
Hiély, N-5.
Hirsch (Mlle), D-11.
Hirsberg, D-14.
Holodenko, Ae-1.
Hortopan, K-3.
Houlnick, D-4.
Houlnick, N-10.
Hour (d'), N-5.
Huard, E-3.
Hudelo, H-13.
Huet (J.-A.), I-10.
Huet (Léon), P-2.
Huet (Pierre), J-11.
Hugo (Mme), K-2.
Huguenin, C-3.
Hurez (J.), Q-6.
Hurez (M.-A.), D-5.
Hyvert, A-3.
Ibos, N-10.
Idoux, B-10.
Imbert (Ant.), I-7.
Isnel, H-13.
Ivanichevitch (Mlle), Af-2.
Jacquemaire, M-2.
Jacquet, Z-1.
Jacquinet, I-4.
Jahiel, B-5.
Jaïs, D-8.
Jalenques, V-4.
Jamet, E-2.
Jany, O-1.
Jardet, A-5.
Jarrige-Lemas, V-2.
Jaubert, Ar-2.

Joanny, J-9.
Job, Ac-1.
Joffroy, G-2.
Joltrois (Mlle), F-13.
Jondeau, V-2.
Jonesco, R-1.
Jossand, N-7.
Josset, P-3.
Josso (Mlle), F-7.
Jouet, J-5.
Jourdan, N-9.
Juge, C-1.
Jullien (Rob.), N-9.
Jullien (Bernard), Aa-1.
Kalmanovitch, D-6.
Kamony, I-4.
Kensiger, L-3.
Kensler, L-7.
Kimpel, B-3.
Kollitsch, J-8.
Kouriansky (Mlle), Z-2.
Krief, A-2.
Krukowska (Mlle), Q-9.
Laban, X-4.
Labarraque, D-10.
Labat de Lambert (Mlle), C-1.
Lacaisse, H-5.
Lacan (Mlle), H-9.
Lacan, N-1.
Lacapère, K-4.
Lacassie, V-1.
Lachowski (Mlle), B-10.
Lacombe, N-15.
Lacroix (Mlle), Q-12.
Lacroix (René), A-1.
Laënnec, C-1.
Lafaix, I-14.
Laffaille (André), P-3.
Laffaille, E-9.
Lafond, B-8.
Lafont, V-4.
Lagarrigue, B-8.
Lallemant, H-2.
Lamache, T-1.
Lamare, R-1.
Lamy, Ar-1.
Lançon, J-10.
Landel, Q-10.
Langlois, L-5.
Langue, C-7.
Lapeyre, N-11.
Laplanche, I-9.
Laporte, P-1.
Laporte (Germain), D-14.
Larivière, S-2.
Laroche, B-4.
Larroumets, A-7.
Lataix, B-7.
Launay, H-2.
Laurain, H-3.
Laurent (Mlle), T-1.
Lautmann, P-1.
Laval (Jean), D-9.
Lavau, B-5.
Lavedan, Q-1.
Lavialle, O-2.
Lavieille, C-11.
Laymond, X-3.
Lazard, F-10.
Lazare (Henri), F-5.
Lebègue, N-1.
Leblanc, Ab-1.
Le Blay, V-4.
Leblond (Mlle), V-2.
Leboucher, L-1.
Lechaux, Q-6.
Leclainche, F-4.
Lecœur (Marcel), D-9.
Lecœur (P.), I-12.

Leconte (H.-L.), H-9.
Leconte (M.), I-10.
Le Conte des Floris, K-1.
Lecoq (Mlle Paule), C-6.
L'Ecuyer de Villers, Ac-1.
Ledoux, Aa-1.
Lefèvre, Aj-1.
Lefèvre (G.-Th.), Ae-1.
Lefèvre (J.), L-1.
Lefèvre (Pierre), T-3.
Lefèvre (P.-C.), J-5.
Lefebvre (René), C-1.
Leflaive, K-5.
Legrain, U-8.
Legrand, E-4.
Le Grand (Mlle), I-13.
Le Guillant, B-8.
Lehmann (Jacques), D-15.
Lehmann (Robert), V-1.
Lejeune, H-8.
Lelièvre, D-11.
Lelong (G.), A-1.
Leloup, I-6.
Lemaire (A.), I-5.
Lemariey, H-7.
Lemière (F.), J-6.
Lemière (M.-P.), H-1.
Lemoine E-6.
Lemoyne, L-5.
Lenfantin, C-3.
Lenferma de la Mothe, G-7.
Lenoir (Rob.), F-5.
Lenormand, O-3.
Le Normand, B-12.
Leplat (Gab.), A-10.
Leplat (Georges), J-10.
Le Provost de Saint-Jean (Mlle), P-3.
Lerond, Q-5.
Leroy (Roger), G-8.
Lescure, Z-3.
Lesueur-Lerebour (Mme), F-13.
Levassor, F-10.
Levaxelaire, Ar-1.
Levêque, D-11.
Leviez, N-5.
Levine (Mlle), I-6.
Lévy (Gab.), L-3.
Lévy (Jean), S-2.
Lévy (Pierre), O-3.
Lévy (Rob.), B-6.
Lévy (Mlle Simone), N-2.
Lévy-Neumand, Ac-1.
Lévy-Weismann, F-1.
Leydet, Q-11.
Lichtwitz, N-6.
Lifschitz, F-10.
Limouzin-Lamothe, I-7.
Lindegger, Z-1.
Linossier (Mlle), I-6.
Litchenberger, I-7.
Lob, O-3.
Longepierre, D-10.
Longnon, H-12
Lonjumeau, F-12.
Lorgeril (de), H-2.
Lorion, W-2.
Lortsch, Aa-1.

Lotte, J-9.
Loubeyre, Q-6.
Lougnon, H-11.
Loup, N-9.
Louvel (R.-M.), A-5
Louvel (J.), H-7.
Lowenthal, F-5.
Lucchetti, P-4.
Lucq, I-3.
Lumière (Max), C-4.
Lyonnet, B-5.
Maas (Mlle), C-5.
Mabille, A-7.
Machebeuf, G-5.
Mackiewicz, Aj-1.
Macon, C-2.
Macrez (Mme), G-1.
Maechler, H-11.
Magdelaine, C-6.
Magnillat, A-5.
Mahé (Roger), M-4.
Mahieu, L-7.
Maigre, Ad-1.
Mailley, H-16.
Mâle, O-2.
Mallein-Gérin, K-4.
Mallet, A-12.
Mangini, G-11.
Maniu (Mlle), U-7.
Marcel, F-10.
Marchand (Mlle), A-1.
Marchand (Julien), I-1.
Marchand (J.-H.), F-12.
Marco, K-1.
Marguet (André), D-16.
Mariani (Pierre), D-12.
Marié, X-4.
Marino, G-7.
Marion, I-6.
Marmasse, N-11.
Marot, R-2.
Marq, G-10.
Marteret, J-11.
Martin (H.-V.-J.), D-9.
Martin (H.-F.), B-1.
Martin (Jacq.), N-14.
Martin (M.-H.), I-5.
Martin (R.Ch.-G.), G-2.
Martin Saint-Laurent, I-13.
Martineau, Af-2.
Martiny (Mme), S-1.
Martiny, U-1.
Marx, R-5.
Mary, D-12.
Marzouck, H-11.
Masson, A-10.
Mathias, Aa-1.
Mathieu, P-4.
Mathieu (J.-J.), I-12.
Mauclaire (Mlle), M-1.
Maurellet, L-6.
Mauvoisin, A-4.
Maximin (M.), E-2.
Maximin (R.-L.), H-10.
Maybluh (Mlle), J-2.
Mayer (M.), J-2.
Mazet, A-6.
Maziol, V-4.
Médioni, Q-10.
Medivedowsky, Q-9.
Meeus, E-5.
Mégret (M.), L-1.
Meillère, E-3.
Ménard (Mme), E-1.
Ménard, D-16.
Ménégaux, J-7.
Menguy, H-14.

Menuau, D-10.
Mercier, A-2.
Merle d'Aubigné, O-2.
Merlhès (Mlle), T-3.
Méry (Jean), M-1.
Meurdrac, C-3.
Meurisse, H-3.
Meurs (Mlle), A-3.
Mével, A-6.
Meyer (Mlle), S-2.
Meyer-May (Mme), B-2.
Michaud, D-5.
Michaux (Léon), J-7.
Michel-Béchet, Aj-1.
Migault, Ae-1.
Milner, G-7.
Mimin, G-8.
Minet, J-1.
Minière, N-7.
Minon, W-1.
Minot, C-7.
Mirallié, Ar-11.
Mirault (Pierre), J-4.
Mircouche, F-4.
Missirlin, F-10.
Mitelette, J-10.
Moatti, F-8.
Moles, J-6.
Molimard, A-6.
Mollaret, Ar-1.
Monbarin, P-2.
Mondet, H-15.
Monot, J-9.
Montassut, U-2.
Moraux (Pierre), H-3.
Mordret (J.), J-6.
Moret, J-4.
Moret (M.), L-1.
Morin (Mlle), W-1.
Mornet, W-1.
Moruzi, J-2.
Mortier (Mlle), J-10.
Mouls, Ah-2.
Mounier (P.), G-13.
Mourret, D-15.
Moussoir, F-4.
Mouton, P-1.
Mugnier, B-6.
Mustacesco (Mlle), N-9.
Nadal, D-3.
Nativelle, G-4.
Naveau, D-4.
Nédelec, C-4.
Néron, Q-10.
Nicole (Mlle), N-14.
Nida, V-1.
Nitzberg, E-5.
Noetinger, J-10.
Noguères, Ac-1.
Oblin, J-9.
Odier (Mlle), F-4.
Ogliastri, F-3.
Olivier, N-4.
Ombrédanne, Q-11.
Ortodoxu, U-2.
Oumansky (Mlle), H-4.
Pagès, U-1.
Panis, J-1.
Pannier, B-6.
Papin (Mlle), E-8.
Parat, A-9.
Parat (Mme), A-9.
Parfonry, S-1.
Paris (G.), I-9.
Paris, G-5.
Paris (R.), W-3.
Parisot, X-1.
Parmentier, I-15.
Parmentier (Mlle), S-1.

Pascal, D-5.
Pasquet, I-1.
Patel, H-3.
Paturel, J-4.
Pau (Mlle), D-12.
Pauc (Mlle), W-3.
Pauchet, I-1.
Paumelle (A.-F.), H-7.
Paumelle, (P.), J-12.
Pavie, N-11.
Péchenard (Mlle), Q-9.
Pellé, G-8.
Pellerin, C-10.
Pellissier, O-1.
Pépin-Lehalleur, F-7.
Perdu, L-5.
Péribère, F-3.
Périgord, A-1.
Périn (Christ.), H-9.
Péronne, I-6.
Perrain (Mlle), O-3.
Perret (Adrien), Af-2.
Perret (Ant.), H-7.
Peretti della Rocca (de), S-2.
Perrin (Georges), D-12.
Perrin (Julien), C-10.
Perrin (René), Q-10.
Petit (Marcel), D-6.
Petit (Pierre), I-4.
Petit (René), R-5.
Petit (Roger), C-8.
Pétrignani, I-9.
Peynet, H-7.
Phélipeau, X-3.
Philippeau, H-11.
Pichard, O-2.
Pichat, H-4.
Pinalie, Aa-1.
Pinoche, F-9.
Pissavy, F-5.
Pithou (Mlle), I-10.
Piton, I-2.
Plichon, G-9.
Poincloux, F-3.
Poissonnier (Mme), S-2.
Pomerski (de), P-4.
Popovitch (Milan), H-11.
Poret, N-9.
Potelune, N-2.
Pouillot, D-12.
Poulain (M.), H-2.
Poulain (Mme), P-4.
Poulet, C-9.
Poulin (André), R-1.
Poumailloux, E-1.
Poumier, D-12.
Poussard, D-1.
Prat-Flottes, J-3.
Prévost (Ch.), D-13.
Prévost (Félix), T-2.
Prévot (Rom.), G-2.
Pruvost V-4.
Puech, X-1.
Queinnec (J.), D-9.
Quereilhac, A-4.
Quermonne, N-7.
Quiennée (Bernard), A-6.
Quignard, Af-2.
Quignon, N-16.
Ragouneau, H-1.
Raoul, N-2.
Rappoport (Mlle), J-2.
Ravier, A-2.
Ray, A-2.
Razimbaud, B-14.
Rebillard, A-2.
Reboul, C-6.

Nouveau Traité de médecine, par les Drs Roger, F. Widal, Teissier. Fascic. IV : *Maladies infectieuses* (suite) *et parasitaires*, 1 vol., 718 pages; Fascic. VI : *Intoxications*, 1 vol., 506 pages. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1922)

Le procédé d'épuration par les boues activées est-il applicable au système séparatif ? — M. Lucien Cavel.

L'auscultation électrique de la respiration au début de la tuberculose ; nouvelle méthode d'auscultation pratiquée à l'aide de stéthoscopes microtéléphoniques amplificateurs. — M. Glover. Les caractères propres et les avantages de l'auscultation électrique que M. Glover pratique depuis 1915, à l'aide de diverses variétés de stéthoscopes téléphoniques, sont : l'amplification sonore, l'auscultation rigoureusement localisatrice pour l'auscultation et l'exploration vasculaire, par exemple ; l'auscultation topographique d'une région plus ou moins étendue ; l'isolement vibratoire complet et nécessaire, entre le malade ausculté et le médecin qui ausculte ; enfin la pluriauscultation, c'est-à-dire l'auscultation simultanée d'une même région par plusieurs élèves à la fois, à l'occasion de l'enseignement à l'hôpital.

L'auscultation électrique a permis à l'auteur de faire plusieurs remarques curieuses, notamment en ce qui concerne la valeur clinique de la diminution du murmure vésiculaire aux sommets.

Chez les tuberculeux, ayant un thorax « à taille », le murmure vésiculaire peut n'être pas diminué aux sommets. Inversement, des sujets sains ayant un thorax « sans taille » peuvent présenter une diminution très nette du murmure vésiculaire aux sommets.

LIVRES NOUVEAUX

Légendes et curiosités de l'histoire [5e série] (1), par le docteur Cabanès.

Cabanès n'a pas fini de nous étonner et de nous charmer. Voici encore un volume. C'est du Cabanès de derrière les fagots.

Nos lecteurs n'en attendent pas une analyse, l'histoire ne s'analyse pas, surtout quand elle est écrite avec le luxe de documents dont Cabanès s'entoure et les anecdotes dont il sait l'égayer.

L'auteur nous présente, cette fois, Philippe II, père de famille. Il nous montre ensuite comment travaillait Richelieu. Puis il passe en revue un certain nombre de questions ou de mystères : Le coup de canif de Damiens, les cures thermales de Louis Bonaparte, l'odyssée du cœur de Gambetta et j'en passe. Mais je suppose que nos lecteurs n'ont pas besoin de cette énumération pour avoir envie de lire cet ouvrage qui est le plus agréable délassement. F. L. S.

Culture physique et médecine (2), par le docteur M. Didier, ex-médecin du Collège d'athlètes de Reims.

Le docteur Didier est un apôtre de la culture physique. De Reims où il était médecin du Collège d'athlètes, il s'est transporté à Alger où sous le beau soleil d'Afrique, il a créé un établissement modèle. Tous les médecins qui s'intéressent à la question, liront avec intérêt son livre consacré à la culture physique et au naturisme et aux tendances nouvelles de l'hygiène et de la médecine. L. G.

(1) Un vol. in-8 avec 37 grav. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, 1922, Albin Michel.
(2) Une brochure in-8, avec de nombreuses illustrations. — Prix : 3 fr. — En vente à la Corderie centrale, 12, boul. Sébastopol, Paris.

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

PTÉ à Paris, 33, r. Linois, 380m. R. br., 11.012f, suscept. augm. M. à pr. : 110.000f. Adj. Ch. des not., 28 mars. Fontana, not., 10, r. Royale.

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Émile Sergent, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité, L. Ribadeau-Dumas et L. Babonneix, médecins des hôpitaux. — Tuberculose (2 tomes) : 1er tome (t. XVII), in-8, 1920, 16 fig., 2 pl. en couleurs. Prix : 20 fr.; — 2e tome (tome XVIII), in-8, 1920, 48 fig., 9 pl. en couleurs. Prix : 35 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

N° 19. — MARDI 7 & JEUDI 9 MARS 1922. 95e ANNÉE. MARDI 7 & JEUDI 9 MARS 1922. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Un concours pour une place de chef de clinique de gynécologie s'ouvrira à l'Ecole de Marseille le 3 avril 1922.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ. — Le *Journal officiel* du 5 mars publie une longue circulaire relative à l'admission à l'Ecole du service de santé militaire en 1922.

Les candidats devront se faire inscrire à partir du 15 mai 1922, jusqu'au 10 juin prochain.

SERVICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — Sont nommés à titre provisoire aux fonctions de médecin du service des Enfants-Assistés de la Seine : M. Genton, pour la circonscription d'Issoire (agence d'Issoire); M. Goujon, pour la circonscription de Mailly-la-Ville (agence d'Auxerre, Yonne); M. Palazy, pour la circonscription de Dômes (agence de Saint-Pierre-le-Moutier); M. Vivier, pour la circonscription de Gannat (agence d'Ebreuil).

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Anthony (Paul), assistant de la chaire d'anatomie comparée du Museum national d'histoire naturelle, est nommé professeur titulaire de ladite chaire, en remplacement de M. Edmond Perrier, déeédé.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'hygiène. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Leturc (de Saint-Lô) et Pompeani (d'Ajaccio).

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. (Ecole d'instruction annexe du service de santé du G. M. P.). — La prochaine réunion aura lieu le lundi 20 mars 1922 au Cercle militaire à 21 h. La conférence sera faite sur le sujet suivant : Le médecin divisionnaire par M. le médecin principal Lanne, sous-directeur de l'Ecole du service de santé militaire de Lyon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique médicale des enfants, 149, rue de Sèvres (prof. M. Nobécourt.) — I. 8 mars. M. Dufestel, médecin inspecteur des écoles : La croissance de l'enfant et son contrôle médical.

II. 15 mars. M. Dufestel : Organisation médico-sociale du contrôle de la santé des enfants.

III. 22 mars. M. Vitry, médecin inspecteur des écoles : L'éducation physique des enfants et sa surveillance médico-sociale.

IV. 29 mars. M. Babonneix, médecin de l'hôpital de la Charité : Développement intellectuel et moral des enfants. Application à leur éducation.

V. 5 avril. M. Babonneix : Surveillance médico-sociale de l'éducation intellectuelle et morale des enfants.

VI. 10 mai. M. Paul Boncour, professeur à l'Ecole d'anthropologie. Les enfants anormaux intellectuels et leur éducation médico-sociale.

VII. 17 mai. M. Paul Boncour : Les enfants anormaux moraux, vicieux ou coupables ; leur éducation médico-sociale.

VIII. 24 mai. M. Schreiber, ancien chef de clinique adjoint des maladies des enfants : Les enfants assistés et abandonnés.

IX. 31 mai. M. Schreiber : L'éducation des enfants au grand air. L'organisation des vacances à la campagne.

X. 7 juin. M. Merklen, médecin de l'hôpital Tenon, médecin inspecteur des Ecoles : L'organisation du traitement de la tuberculose des enfants.

XI. 14 mai. M. Merklen : L'organisation médico-sociale du traitement de l'hérédosyphilis des enfants.

XII. 21 juin. M. Maillet, ancien chef de clinique médicale des enfants : Le service médico-social d'un hôpital d'enfants.

COURS COMPLÉMENTAIRE SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES. — Des conférences complémentaires seront faites pendant le semestre d'été sous la direction de M. le prof. Balthazard, tous les jours, à 6 heures, au grand amphithéâtre. Elles porteront sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Enseignement pratique. — Un enseignement pratique, comportant l'examen des ouvriers victimes d'accidents du travail, aura lieu tous les jeudis, à 2 heures, au laboratoire de médecine légale, à partir du jeudi 2 mars.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort des Drs Bosquette, chirurgien des hôpitaux de Grenoble; Emile Duval, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen; Gontier, médecin sanitaire maritime à Marseille; Louis Joux (de Bruxelles); Lebœuf, professeur à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales; et Tourron (de Bordeaux).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENTS DU TRAVAIL.

ACTION DIRECTE DES MÉDECINS ET PHARMACIENS CONTRE LE CHEF D'ENTREPRISE PRESCRIPTION D'UN AN

Deux arrêts de la Cour de cassation, l'un du 4 juillet 1921, l'autre du 19 octobre de la même année, ont cassé un jugement du tribunal civil de la Seine et un jugement du tribunal de paix de Tours qui avaient décidé que l'action que les médecins et les pharmaciens peuvent intenter directement contre le chef d'entreprise, pour soins donnés ou pour fournitures faites à son ouvrier victime d'un accident du travail, était soumise à la prescription de deux années, ainsi que l'indique l'article 2272 du Code civil.

La Cour suprême considère que les frais de médecins et de pharmacien sont des éléments de l'indemnité due à l'ouvrier victime d'un accident du travail.

Les deux arrêts dont il s'agit étant rédigés dans des termes identiques, nous ne reproduisons que le premier, celui du 4 juillet 1921. Il est ainsi conçu :

« Attendu que l'article 18 de la loi du 9 avril 1898, modifiée par celle du 22 mars 1902, dispose que l'action en indemnité accordée à la victime d'un accident du travail se prescrit par un an, à dater du jour de l'accident ou de la clôture de l'enquête du juge de paix ou de la cessation du paiement de l'indemnité temporaire;

Attendu que cette règle doit recevoir son application, sans qu'il y ait lieu de distinguer, suivant que la demande en justice est intentée par l'ouvrier lui-même ou par ceux à qui l'article 4 de la loi donne une action directe contre le chef d'entreprise; *qu'en effet, les frais médicaux et pharmaceutiques sont un des éléments de l'indemnité due à raison des accidents du travail ;* que l'intérêt de la victime se confond avec celui des hommes de l'art, médecins ou pharmaciens, appelés à lui donner des soins; que le législateur a voulu, dans un intérêt d'ordre public, assurer la solution rapide des litiges de cette nature en les soumettant aux dispositions spéciales de la loi sur les accidents du travail;

Attendu que L..., chef d'entreprise, cité en janvier 1912, par le docteur G... devant le juge de paix du 15e arrondissement de Paris, en paiement des frais médicaux pour soins donnés à un de ses ouvriers, M..., victime, le 11 janvier 1908, d'un accident du travail, a soutenu que M... étant décédé le 20 avril 1909, plus d'un an s'était écoulé, depuis la cessation du paiement de l'indemnité temporaire ; qu'en conséquence la prescription annale de l'article 18 de la loi du 9 avril 1898 était acquise;

Attendu que le jugement attaqué a rejeté ce moyen, par le motif que l'action directe des médecins et pharmaciens contre le chef d'entreprise, en paiement de leurs honoraires ou du prix de leurs fournitures, était soumise non à la prescription annale de l'article 18 de la loi du 9 avril 1898, mais à la prescription de deux ans, édictée par l'article 2272 du Code civil;

Attendu qu'en statuant ainsi, le jugement attaqué a violé les textes de loi sus-visés ;

Par ces motifs,

Casse..... »

Par conséquent, les médecins et pharmaciens doivent prendre leurs précautions pour ne pas laisser passer le délai d'un an, quand ils sont obligés d'exercer l'action directe contre le chef d'entreprise. L'action en indemnité se prescrit, comme l'indique l'arrêt, du jour de l'accident ou de la clôture de l'enquête du juge de paix ou de la cessation du paiement de l'indemnité temporaire; lorsqu'il s'agit d'une maladie professionnelle, le délai de prescription court du jour de la déclaration faite par la victime (art. 5 de la loi du 25 octobre 1919).

Faute d'agir en temps utile, le médecin ou le pharmacien perd son droit au paiement de ses frais et honoraires.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CHRONIQUE

LA SITUATION SANITAIRE DE L'EUROPE ORIENTALE EN JANVIER 1922

Le 20 mars doit se réunir, à Varsovie, une conférence internationale contre les épidémies. Jamais le besoin ne s'en fit plus vivement sentir, si l'on en juge par le rapport que vient de publier la *Société des Nations*.

La gravité de la situation est due à l'extension de la famine en Russie et au développement toujours plus grand des épidémies : typhus, fièvre typhoïde, choléra.

L'émigration en masse de la population qui cherche à fuir la famine, a eu une sérieuse influence sur la diffusion des maladies contagieuses. Si l'on y ajoute les réfugiés et les prisonniers de guerre, dont le rapatriement se poursuit, on se rendra compte du danger que comporte le mouvement de ces masses énormes d'individus, qui se déplacent par centaines de mille. On peut craindre que la situation ne s'aggrave encore lorque la famine aura atteint son point culminant, c'est-à-dire probablement vers le mois d'avril.

« L'impulsion donnée au rapatriement a entraîné la rupture du cordon sanitaire polonais, et, par suite, en novembre et en décembre, les cas de typhus et de fièvre récurrente ont augmenté d'une façon considérable en Pologne, dans la région de Nowogrodek, en Polésie, et en Volhynie ; le district de Lublin est sérieusement menacé et l'on n'a jamais compté autant de cas de typhus qu'à présent dans le district de Vilna et la province de Brest-Litowsk. A la suite de la rupture momentanée du cordon sanitaire à Baranovicze et Rowno, l'épidémie de typhus s'est sérieusement aggravée à Varsovie, comme l'attestent les relevés mensuels : octobre 27 cas, novembre 45, décembre 143 et pour les onze premiers jours de janvier 1922 : 123 cas. Un nouveau centre d'épidémie vient d'être découvert beaucoup plus à l'ouest encore ; il s'agit de la Ville de Bromberg, en Posnanie. Les autorités polonaises ont pris des mesures énergiques : un ancien premier ministre a été nommé Commissaire du rapatriement, à titre spécial, et un commissaire extraordinaire des épidémies a été nommé pour la ville de Varsovie. Grâce à l'aide de la Commission des épidémies de la Société des Nations, tout est mis en œuvre pour renforcer le cordon sanitaire, tandis que la Russie et la Pologne s'efforcent de conclure une convention sanitaire. »

Il est donc de toute évidence qu'au début de 1922, la situation épidémiologique de l'Europe Orientale est grosse d'un danger réel et imminent.

Si l'on ajoute que le développement de la famine en Ukraine et l'apparition d'une épidémie grave et étendue de choléra, dès le mois de janvier, constituent un nouveau danger qui menace les parties méridionales et orientales du cordon sanitaire, on saisira l'importance de la conférence qui va se réunir à Varsovie. L. G.

RENSEIGNEMENTS

582. — **AMIENS.** — Interne en médecine, scolarité terminée, 250 fr. par mois, logé, nourri.

S'adresser : Directeur Maison de santé de Dury-les-Amiens.

LA MÉSENTÉRITE SCLÉROSANTE ET RÉTRACTILE

ET SES COMPLICATIONS

(OBSTRUCTION INTESTINALE. INFARCTUS INTESTINAL)

Par M. MAUCLAIRE,
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

La mésentérite sclérosante et rétractile, totale ou partielle est connue depuis longtemps au cours de la péritonite tuberculeuse, dans sa forme fibro-adhésive. Mais la mésentérite sclérosante et rétractile « non tuberculeuse », l'est beaucoup moins.

Je crois que les premières observations de cette lésion sont de Riedel (1897) qui décrivit en même temps la mésosigmoïdite rétractile. Puis viennent celles de Ténani (1913), Krynski (1913).

A propos d'un cas absolument typique, j'ai donné en avril 1920, à la Société de chirurgie, une description d'ensemble de cette affection. Je la reprends aujourd'hui en tenant compte de quelques cas nouveaux publiés depuis par Ferron, Viaunay, Murard, Fritch, Duvergey et par moi (2e cas).

Les *lésions anatomiques* sont très variées, qu'il s'agisse de la variété congénitale ou de la variété acquise.

Chez le nouveau-né, la rétraction du mésentère est fréquente dans les cas de malformation de l'intestin grêle. Dans beaucoup d'observations détaillées d'occlusion congénitale du grêle, on signale souvent ce fait qu'une anse grêle est plus ou moins rapprochée de la paroi abdominale postérieure ; le mésentère est rétracté, épaissi par places. J'en ai observé plusieurs cas.



Fig. — *Mésentérite scléreuse et rétractile* (Obs. de Duvergey).

Les altérations des vaisseaux mésentériques sont difficiles à préciser : absence ou oblitération vasculaire, partielle ou totale.

Quant à l'intestin, il est déformé, son calibre peut être rétréci, coudé et parfois oblitéré par places par des valvules plus ou moins complètes.

En somme, la lésion du mésentère coexiste souvent avec des lésions multiples de l'intestin et ces lésions de sclérose mésentérique peuvent aussi bien être primitives que secondaires. La péritonite fœtale est souvent très diffuse.

Chez l'adulte, les lésions sont plus précises.

Tout d'abord cette rétraction du mésentère peut être partielle ou totale dans la forme fibro-adhésive de la péritonite tuberculeuse. Le fait est bien connu (Ménière, Klebs, Grisolle, etc.). Elle s'observe aussi au cours de la cirrhose hépatique (Benham).

Quand il ne s'agit pas de tuberculose du mésentère, celui-ci est épaissi, attirant une ou plusieurs anses du grêle vers le rachis. Il présente des cicatrices étoilées (Riedel). On note aussi des brides péritonéales unissant différentes anses du grêle. L'irrégularité de la rétraction fait que celui-ci présente des coudures multiples, des torsions. Dans ma première observation, une anse grêle présentait le volume d'un cæcum très distendu, Dans les observations de Ferron et de Viaunay, on voyait sur le mésentère des stries blanchâtres et des taches laiteuses déjà signalées par Riedel. Il est à noter, que, le siège de l'affection est souvent sur la partie terminale du grêle.

Je représente ici le cas de Duvergey. Il était absolument typique. Dans mon cas, outre la rétraction du méso, du jéjunum, il y avait des adhérences péritonéales multiples engainant et rétrécissant l'intestin lui-même et il serait difficile d'en faire un dessin clair.

Cette lésion est donc à rapprocher de la mésosigmoïdite rétractile, étudiée par Riedel en 1897, et en France par Potain, Pierre Duval, Lecène, Forgue, etc.

Elle est à rapprocher encore de la mésocolite rétractile adossant en canon de fusil le côlon ascendant ou le côlon descendant avec la moitié voisine du côlon transverse, lésion qui n'est pas rare, soit isolément, soit comme complication, de la péricolite membraneuse, comme je l'ai constaté plusieurs fois. Je rappelle que j'ai eu l'occasion de publier un cas de rétraction du mésocôlon transverse, ce qui, pour une sténose néoplasique du pylore, m'obligea à faire une gastro-entérostomie postérieure « antécolique ».

Dans les cas de cancers avancés de l'estomac, les mésos sont parfois sclérosés et rétractés.

Au niveau du méso de la première portion du duodénum, les lésions ulcéreuses de la muqueuse duodénale provoquent souvent de la mésoduodénite rétractile d'où ses déformations du duodénum ; coudure, diverticules, mégaduodénum et déformations variées de l'orifice pylorique, comme je l'ai constaté plusieurs fois.

Enfin, la mésentérite rétractile est à rapprocher de la mésoappendicite, de la mésotyphlite, de la mésocolite, du côlon pelvien, si fréquente dans les annexites, de la mésorectite dans les cas d'ulcérations rectales ou de rectites de causes diverses. Dans la maladie de Hirsprung, la rétraction du méso est évidente, comme j'ai pu le constater dans un cas. La sclérose et la rétraction du mésosalpinx n'est pas rare dans certaines formes de salpingite et j'ai observé au moins trois exemples de cette mésosalpingite scléreuse et rétractiles comme complication de la fièvre puerpérale.

En somme, c'est une règle générale : *tous les mésos péritonéaux peuvent être atteints de sclérose et de rétraction.*

Notons que, chez l'adulte, cette mésentérite rétractile spontanée s'observe dans les cas d'anse intestinale laissée en dehors de l'abdomen, quand, après la kélotomie, la vitalité de l'intestin paraît douteuse. Mais c'est là une rétraction physiologique sans lésion inflammatoire bien nette du mésentère.

De même, dans certaines hernies anciennes du grêle, on peut trouver une sclérose très marquée du mésentère avec rétraction.

Dans quelles *conditions étiologiques* observe-t-on cette mésentérite rétractile ?

Chez le nouveau-né, comme nous l'avons déjà dit, on peut voir coïncider la péritonite fœtale, quelle que soit la cause de celle-ci, tuberculose ou syphilis. On peut voir aussi coïncider un arrêt de développement du mésentère par suite de lésions artérielles, nerveuses ou autres : absence de torsion, orifices congénitaux dans le mésentère, etc.

Chez l'adulte, si cette rétraction mésentérique est bien connue dans la péritonite tuberculeuse fibro-adhésive, il est des cas dans lesquels cette condition étiologique ne saurait être invoquée. En effet, elle a été observée à la suite de l'étranglement herniaire (Tenani), à la suite de l'artériosclérose des vaisseaux mésentériques chez des sujets âgés (Tenani). Pourrait-elle survenir à la suite d'hématomes traumatiques du mésentère ? Je le crois.

Quant à la fréquence de la lésion, j'ai pu réunir, à ce jour, une douzaine d'observations que j'ai publiées en octobre dernier au Congrès de chirurgie.

Les *théories pathogéniques* sont multiples, étant données les conditions étiologiques sus-indiquées.

Chez le nouveau-né, nous avons dit que l'on pouvait invoquer la péritonite tuberculeuse ou syphilitique, l'entérite infectieuse, syphilitique ou autre, ou une cause purement mécanique, comme pour bien des malformations congénitales, souvent d'ailleurs concomitantes.

Chez l'adulte, les théories pathogéniques indiquées sont multiples.

Il est à noter que la lésion siège souvent sur la partie terminale du grêle. Y a-t-il à ce niveau une prédisposition congénitale, une brièveté congénitale du mésentère favorisant ultérieurement l'irritation et puis la rétraction ?

Je le crois, car plusieurs fois en explorant le cæcum et la fin du grêle, au cours de l'appendicectomie j'ai observé une rétraction très marquée du mésentère à la fin de l'iléon. La coudure et la membrane de Lane doivent avoir quelque rapport avec la mésentérite rétractile. La stase des matières intestinales à la fin de l'iléon irrite la muqueuse et cause la sclérose du mésentère voisin.

S'agit-il d'un *simple foyer de péritonite chronique localisée*, comme Virchow l'admettait pour la sigmoïdite rétractile ? C'est peu précis.

Cependant, nous avons tous observé, au cours de laparotomie des cas de *péritonite scléreuse plus ou moins généralisée* et sans cause précise. On trouve des adhérences épiploïques, intestinales ou intestino-épiploïques diffuses et multiples, sans lésion viscérale apparente.

Cette mésentérite sclérosante représente-t-elle un petit foyer de *péritonite tuberculeuse* en voie de guérison ? C'est bien possible pour quelques cas. Ou bien, il s'agirait de cette péritonite tuberculeuse, fibreuse, d'emblée et sèche que A. Poucet croyait si fréquente. Viannay et Duvergey l'admettent dans leurs observations.

Je ne crois pas qu'il s'agisse d'un foyer de *péritonite syphilitique localisée*. La syphilis péritonéale est caractérisée surtout par un épaississement fibreux du péritoine pariétal ou viscéral ; il y a des lésions viscérales concomitantes et de l'ascite (Letulle). Chez mes deux malades, il n'y avait aucune de ces deux lésions surajoutées et de plus la réaction de Bordet-Wassermann fut négative chez le premier malade.

Je rappelle cependant que pour quelques auteurs, Castex et del Valle, la péricolite membraneuse serait d'origine syphilitique, syphilis acquise ou héréditaire tardive. C'est possible, la syphilis est si fréquente !

Suivant la *théorie intestinale*, il faut invoquer des lésions ulcéreuses initiales de la muqueuse intestinale avec lymphangite consécutive des lymphatiques du mésentère. Toutes les lésions ulcéreuses de l'intestin peuvent donc provoquer cette lymphangite et cette périlymphangite mésentérique : tuberculose, syphilis, dothiénentérie, entérite aiguë, etc.

La *théorie artérielle* est invoquée par Ténani quand il s'agit de mésentérite consécutive à l'étranglement herniaire. En effet, dans la hernie étranglée les vaisseaux artériels comprimés pendant assez longtemps sont en grande partie oblitérés. De plus la partie correspondante du mésentère incluse dans le sac herniaire a été œdématiée et elle subit la rétraction cicatricielle consécutive. Cela rappelle en somme la rétraction musculaire ischémique de Volkmann.

L'*athérome artériel des vaisseaux mésentériques*, peut aussi être admise d'après Ténani, la rétraction mésentérique ayant été observée chez des athéromateux. Cet athérome des vaisseaux mésentériques ne serait pas rare ; Laganne dans sa thèse (Paris, 1911), en a montré la fréquence relative et le rôle dans la pathogénie de l'infarctus intestinal. Or, cet athérome peut aussi provoquer de la sclérose du mésentère d'où sa rétraction avec oblitération consécutive partielle ou totale des vaisseaux mésentériques.

Enfin celle-ci est encore possible à la suite de mésentérite aiguë, phlegmon, abcès ganglionnaire, appendicite mésentérique, hématomes suppurés, abcès rétropéritonéaux envahissant secondairement le mésentère. Cette rétropéritonite suppurée n'est pas rare (Sprengel). Krynski incrimine l'appendicite.

Quant au traumatisme peut-il donner lieu à de la mésentérite du fait des déchirures et des hématomes consécutifs mésentériques ? C'est encore bien possible.

En somme, ces nombreuses théories pathogéniques sont logiques et chacune a ses applications pour les différents cas publiés. Elles peuvent même se combiner.

* * *

Les *symptômes* de la mésentérite sclérosante et rétractile sont assez insidieux. Ce sont des douleurs provoquées par des coudures ou des rétrécissements de l'intestin,

Ces troubles gastro-intestinaux peuvent durer assez longtemps et cette durée dépend du degré des lésions.

L'inévitable *complication* c'est évidemment l'occlusion intestinale par coudure plus ou moins brusque, par compression, par torsion isolée d'une anse. Je crois même que la rétraction du mésentère peut favoriser la torsion « totale » de l'intestin grêle,

comme la mésosigmoïdite rétractile provoque le volvulus récidivant de l'S iliaque.

Mais, à mon avis, il est encore une autre complication possible c'est l'*infarctus intestinal*. Il n'est pas douteux que la rétraction du mésentère doit provoquer la compression et l'oblitération des vaisseaux mésentériques artériels et veineux, d'où l'infarctus de l'intestin.

Actuellement plus de cinq cent cas d'infarctus intestinal ont été publiés d'après Loop. Mais dans les observations l'attention a été peu attirée sur l'état du mésentère lui-même. Ce serait un point à rechercher dans les prochaines observations d'infarctus intestinal.

Le *diagnostic* de la mésentérite rétractile est bien difficile à faire avant la laparotomie exploratrice. L'ingestion de bismuth ne peut que déceler la sténose du grêle et il n'est peut-être pas prudent d'explorer ainsi l'intestin s'il y a déjà des signes d'occlusion aiguë. Mais si l'occlusion est subaiguë la radioscopie peut aider à faire le diagnostic.

Chez mon premier malade j'avais pensé à une tuberculose intestinale étant donné l'empâtement de la région.

Le *pronostic* est évidemment très grave, car l'occlusion et l'infarctus sont menaçants.

Le *traitement* se conçoit aisément. La résection des brides intestinales a été suffisante dans les cas de Riedel et chez mon premier malade, mais la récidive serait à craindre.

L'entéro-anastomose pourrait être indiquée chez des sujets déjà affaiblis par l'occlusion intestinale subaiguë. Krynski et Ferron, chez leurs malades, ont pratiqué l'iléo-sigmoïdostomie.

La résection intestinale est évidemment l'opération de choix surtout si l'intestin est en voie de sphacèle. Elle a réussi dans le cas de Ténani qui réséqua 1m70 d'intestin grêle.

* * *

En terminant je dirai que j'ai tenu à revenir sur la description de cette affection encore peu connue et cela dans le but de provoquer la publication d'autres observations. Jusque maintenant treize cas ont été publiés à ma connaissance. Je les ai résumés, dans ma communication, au Congrès de chirurgie en octobre dernier.

BIBLIOGRAPHIE

LONG. Phlegmon du mésentère, *Soc. méd. de la Suisse romande*, 1879. — BERNARD. Les hématomes du mésentère, *Th. de Paris*, 1888. — BENHAM. Epaississement et rétraction du mésentère dans la cirrhose du foie, *Lancet*, 1895. — RIEDEL. Syphilis de l'intestin grêle et iléus, *Mitt. aus den Grenzg. der Med. und Chir.*, 1897; — Rétraction du mésentère, du cæcum et de la terminaison du grêle et iléus, *Ibid.*, p. 529. — MAUCLAIRE et ALGLAVE. Péritonite fœtale tuberculeuse et malformation rectale, *Soc. anat.*, 1899. — FRIEDREICH. Gommes syphilitiques du mésentère et iléus, *Arch. f. klin. Chir.*, 1900. — ROQUES. Kystes hématiques du mésentère, *Th. de Lyon*, 1900. — MOLLER. Mésentérite chronique fibreuse, *Th. de Kiel*, 1904. — TOUSSAINT. Abcès du mésentère dans la fièvre typhoïde, *Soc. de chir.*, 1907. — KRINSKY. Mésentérite fibreuse, *Gaz. Lekorska*, 1910, et Congrès international de médecine, Londres 1913. — LAGANNE. Les artérites intestinales, *Th. de Paris*, 1912. — TENANI. Mésentérite rétractile, *Il Morgagni*, déc. 1913. — PRUTZ. La chirurgie du mésentère, *Deut. Chir.*, de Bilroth et Lucke, 1913, Bd. XLVI (bibliographie). — JEAN. Périduodénite, *Arch. de méd. navales*, 1919. — PERREY. Malformation intestinale et rétraction du mésentère, *Lancet*, fév. 1919. — MAUCLAIRE. Mésentérite sclérosante et rétractile, *Soc. de chir.*, 21 avril 1920. — FORSTER. Adhérences mésentériques et périduodénales, *Mitt. aus den Grenzg. der Med. and Chir.*, 1920. — FERRON. Mésentérite avec atrophie correspondante du grêle, *Soc. de chir.*, 23 juin 1920. — MAUCLAIRE. Deuxième cas, *Soc. de chir.*, 7 juillet 1920. — MURARD. *Soc. de chir.*, juillet 1920. — ROCHET. Occlusions congénitales de l'intestin grêle, *Lyon chir.*, sept. 1920. — VIANNAY. *Soc. de chir.*, 12 mai 1921. — FRITSCH. *Centralbl. f. Chir.*, 26 mars 1921. — RODE. Adhérences périduodénales, *Beitr. z. klin. Chir.*, 1921. — MARTINEZ. Artério-sclérose abdominale, *Paris méd.*, 8 oct. 1921. — SEGAGNI. Péritonites plastiques, *Policlinico*, mai 1921. — PIASIO. *Th. de Lyon*, 1921. — MAUCLAIRE. *Congrès de chir.*, oct. 1921. — VIANNAY et PIASSIO. *Loire méd.*, nov. 1921. — DUVERGEY et VIANNAY. *Soc. de chir.*, 11 janv. 1922, rapport Mauclaire. — DAVIS et POYNTER. Malformations de l'intestin chez le nouveau-né, *Surg. Gynecol. and Obstet.*, janv. 1922.

PATHOGÉNIE ET FORMES

DES

STÉNOSES INFLAMMATOIRES DE L'ŒSOPHAGE

Par le Dr JEAN GUISEZ,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

L'œsophage, en dehors de tout traumatisme et sous des influences diverses, mais d'après une étiologie toujours à peu près la même, est susceptible de se sténoser de façon progressive en deux points qui sont toujours les mêmes, soit au niveau de la bouche œsophagienne, soit surtout au niveau de la région cardiaque terminale, qui commence à la traversée diaphragmatique.

Il s'agit là d'une affection survenant, surtout, chez les gens ayant dépassé l'âge moyen de la vie, exceptionnellement grave, car elle aboutit invariablement à la dysphagie la plus complète. Elle n'est pas rare dans les cliniques de broncho-œsophagoscopie, et nous en avons déjà rapporté un grand nombre (1), et dans notre statistique des sténoses de l'œsophage, elle figure dans la proportion de 1/6, immédiatement après le cancer, mais loin derrière lui qui représente plus de la moitié des malades examinés à l'œsophagoscope.

L'histoire de quelques cas graves et typiques, soignés dans ces dernières années, de sténoses inflammatoires très améliorées ou guéries après un traitement approprié, vient jeter un nouveau jour sur la véritable nature et sur la pathogénie de cette affection si longtemps méconnue.

1° Dans un premier cas, il s'agissait d'un malade âgé de soixante-quatre ans, examiné avec notre collègue Chesneau, en dysphagie complète, aucun aliment ne passe, même les liquides. Les troubles de déglutition remontent à quatre mois, ils ont commencé par les solides qui ont mal passé dès le début. Il est émacié, et dit qu'il meurt positivement de faim.

L'*examen œsophagoscopique*, le 19 janvier 1920, montre une volumineuse dilatation des deux tiers inférieurs de l'œsophage dans lequel se trouvent les aliments déglutis depuis plusieurs jours. Le cardia est complètement fermé par de la sténose cicatricielle, il est cependant assez facile à cathétériser, nous laissons à demeure une bougie numéro 16. Le jour suivant, impossibilité absolue d'alimenter le malade, nous sommes obligé de le nourrir à la sonde. Il semble que dans ce cas, il y ait, à la suite de la grande rétrodilatation de l'œsophage, une sorte de parésie et d'atonie de cet organe, consécutive, sans doute, à son inertie fonctionnelle qui

(1) Voir : *Bull. et mém. Soc. de méd. de Paris*, 13 oct. 1911; *Th. de* GUILLEMIN, Paris, 1910; *Bull. d'oto-rhino-laryngol. et de bronchosc.*, mars 1912; *Presse méd.*, 4 juin 1917.

remonte à plusieurs mois. Le cardia se laisse ensuite franchir par des bougies numéros 20 à 22. Alimentation à la sonde pendant six jours.

A la suite de nombreuses séance de dilatation avec plusieurs bougies (dilatation multibougiraire). Guérison complète du malade qui peut s'alimenter de tout. La déglutition se fait en un temps, fin février 1920, et est restée normale depuis.

2° Mme le Dr De Jong nous remet la note radioscopique suivante, concernant une malade, dyphagique depuis trois ans. A l'*examen radioscopique*, on constate : sténose œsophagienne serrée de la portion diaphragmatique de l'œsophage avec dilatation cylindroïde, uniforme et volumineuse de 4 centimètres de large sur une hauteur correspondant à presque toute la portion thoracique de ce conduit. La sténose ne laisse passer un lait de bismuth fluide de 250 centimètres cubes qu'après un quart d'heure environ.

Il ne semble s'agir d'autre chose que d'un spasme en raison de la dilatation sus-jacente, uniforme. Le lait de bismuth tombe dans cette véritable poche où il s'accumule avant de traverser le cardia.

De face, l'œsophage déborde le cœur dans le champ pulmonaire droit. Obliquement, on voit la portion serrée à la partie postérieure et inférieure de la coupole diaphragmatique.

A l'*œsophagoscope*, 19 mai 1920, sténose inflammatoire du cardia à type cicatriciel, avec grande rétrodilatation. Il est impossible de faire pénétrer le tube dans l'estomac, seule peut passer une bougie numéro 12. Dans la poche, il y a des aliments macérés depuis plusieurs jours, bien que la malade soit à jeun depuis vingt-quatre heures.

Nous faisons plusieurs séances de dilatation avec les bougies olivaires, ensuite de la dilatation multibougiraire.

3 juin 1920 : La malade a gagné un kilogramme en quatorze jours (1).

Actuellement, presque deux ans après le début du traitement, l'alimentation est restée normale et se maintient telle, grâce à des séances de dilatation faites mensuellement.

La poche de rétrodilatation a presque disparu.

3° L..., âgé de quarante-six ans, de Sucy-en-Vaux (Cher), adressé par le docteur Picot (de Sancerre) qui nous remet la note suivante : « Le nommé L..., est atteint d'un syndrome de sténose œsophagienne (dysphagie, régurgitation, etc.). Les symptômes durent depuis trois ans et s'aggravent plutôt. Un examen radiographique a décélé un rétrécissement de la portion inférieure de l'œsophage... »

Examen œsophagoscopique, pratiqué le 14 avril 1920. Cardiospasme avec rétrodilatation moyenne, peu d'œsophagite.

Traitement. — Dilatation bougiraire locale, 13 avril 1920, 22 avril 1920. Guérison complète très rapide, récidive un an après ayant cédé à quelques nouvelles dilatations.

4° M. X..., âgé de quarante-neuf ans, adressé par le docteur Rendu en janvier 1920. Les troubles de la déglutition ont été progressifs ; ils ont débuté nettement pour les solides, il y a cinq ans; le malade s'en est aperçu lorsqu'il mangeait des bouchées un peu grosses. Les liquides ont commencé à mal passer depuis un an. Le malade n'a jamais souffert, n'a jamais eu de régurgitations, mais depuis six mois, son alimentation est devenue très difficile, il se plaint de pesanteur dans le creux épigastrique, il a maigri de 15 kilogrammes dans ces derniers temps.

Examiné par le docteur Béclère aux rayons X. « Le bismuth est arrêté au niveau du cardia. La bouillie bismuthée met un certain temps pour passer et dessine une poche qui est prononcée particulièrement à droite ».

L'*examen œsophagoscopique* nous montre qu'il y a un spasme assez intense de la bouche de l'œsophage et un diverticule à gauche. Pour faire pénétrer notre tube œsophagien, il est nécessaire d'employer le moyen de la petite bougie, nous trouvons une rétrodilatation de 1 litre au moins de capacité, la région du cardia est très enflammmée, la muqueuse est macérée et épaissie ; nous avons de la difficulté à le cathétériser avec une fine bougie numéro 12, que nous laissons à demeure.

(1) L'observation de cette malade a été présentée à la Société médical des hôpitaux, le 27 juin 1920, par M. Dr De Jong.

Avant tout traitement actif, lavages de l'œsophage fait deux fois par jour, pour faire cesser l'œsophagite. Première séance de dilatation en janvier, nous pouvons, facilement, recalibrer l'œsophage, le malade reprend son poids normal, ne sent plus aucun trouble du côté de la région thoracique, alors qu'auparavant il se plaignait d'étouffements. A deux reprises, nous lui avons fait des séances de dilatation, en mars et au début de juin de la même année. Le malade reprend très rapidement son poids.

Actuellement, déglutition et alimentation normales.

5° Mlle C... (de Dijon), âgée de vingt-quatre ans, avale mal depuis deux ans et demi, ce sont nettement les aliments solides qui ont mal passé dès le début. Elle a maigri de 30 livres depuis le début de cette affection. Le docteur Tissier (de Paris) me demande de l'examiner par l'œsophagoscope.

L'*examen œsophagoscopique* (nov. 1920) nous montre une très grande dilatation de l'œsophage, muqueuse rouge, enflammée, par sténose cicatricielle au niveau du cardia, extrêmement serrée. Il nous fut cependant assez facile de le cathétériser avec une bougie numéro 12, d'augmenter progressivement celle-ci et de recalibrer l'œsophage par des séances d'électrolyse circulaire. Mais ce cas fut très difficile à maintenir, à cause de l'éloignement de la malade et aussi par mauvaise habitude hygiénique, elle ne mastique pas ses aliments, mange très vite. Cependant la poche de rétrodilatation a beaucoup diminué dans ces derniers temps.

6° M. C..., adressé par le docteur Récamier (de l'hôpital Saint-Michel). Dysphagie depuis deux ans. L'examen radioscopique et radiographique fait par le docteur Lomon, montre : dilatation régulière et totale de l'œsophage avec spasme du cardia, mais sans sténose proprement dite.

Examen œsophagoscopique, le 27 mai 1920. Sténose inflammatoire du cardia avec volumineuse rétrodilatation. Macération de l'œsophage.

Dilatation pendant deux semaines, la déglutition devient normale.

Le malade revient le 16 novembre 1921, après cessation de traitement pendant dix-huit mois. Aspect complètement transformé, il a augmenté de 10 kilogrammes.

7° M. R..., adressé par le docteur Fraimaudeau (de Paris), se plaint de troubles dysphagiques très anciens, datant de sept ou huit ans, pas de vomissements, mais régurgitations. Alimentation très difficile depuis quelque temps, amaigrissement, inappétence. Langue fendillée, leucoplasique.

Examen œsophagoscopique. — Grande poche de dilatation, œsophagite intense, plaque de leucoplasie, le cardia est contracturé, mais se laisse franchir par le tube. Il s'agit de spasme simple avec rétrodilatation. Ce cas nous paraît difficile à améliorer à cause de l'atonie des parois de la poche et de l'ancienneté du cas. Néanmoins, le malade est rapidement amélioré, et les dimensions de la poche nous semblent avoir beaucoup diminuées. Il semble qu'il s'agisse, dans ce cas particulier, d'un cardiospasme, avec atonie secondaire.

8° Mme K..., étant enfant, avait déjà des régurgitations, à l'âge de vingt ans, troubles plus marqués, crises de dysphagie, soignée pour l'estomac. Dysphagie ayant commencé par toute espèce d'aliments. Première gastrostomie à Bordeaux, en 1903. Deuxième gastrostomie en 1906.

Œsophagoscopie (Bordeaux) en 1914. Malade n'a pas eu d'amélioration, malgré la dilatation avec bougies a maigri de 18 kilogrammes ($4^{kg}700$ en quatre mois).

Examen œsophagoscopique le 13 février 1921. Grande dilatation de l'œsophage au tiers moyen (1 litre de capacité).

Peu d'œsophagite, la malade lavant sa poche tous les jours.

A l'examen, il y a deux culs-de-sacs latéraux qui descendent assez bas au niveau du cardia. Le cardia ressemble à un bourrelet sphinctérien faisant saillie et n'admet qu'une filiforme.

On s'explique que la dilatation à l'aveugle ne réussisse pas, l'orifice du cardia, étant en saillie au-dessus des culs-de-sacs.

Après avoir franchi la sténose avec une filiforme, sous le contrôle de l'œsophagoscope, nous laissons celle-ci à demeure pendant une heure. Puis, dans des séances ultérieures, nous passons, sur une petite bougie, des bougies plus grosses et arrivons à la recalibrer.

La malade déglutit normalement et reprends son poids normal (octobre 1921). La même situation s'est maintenue depuis.

9° M. G..., radiographié par les docteurs de Luna et Morin-Gérard (de Marseille), se présente à nous avec la note suivante : « Cachet opaque arrêté normalement quelques instants au niveau du rétrécissement broncho-aortique, puis est descendu de 2-3 centimètres où il est de nouveau arrêté un très long temps, paraissant flotter sur un liquide plus abondant que celui nécessaire à l'absorption du cachet. Enfin, le bismuth est tombé à l'extrémité de l'œsophage, vraisemblablement par suite de la dissolution de l'enveloppe du cachet. Le cachet n'est pas passé dans l'estomac.

Trois examens ont été pratiqués avec un lait bismuthé et montrent qu'il « persistait encore un quart d'heure après l'examen environ le volume d'un verre de lait bismuthé dans l'œsophage ». Sténose du cardia incomplète avec dilatation de l'œsophage.

L'*examen œsophagoscopique*, le 11 janvier 1921, montra une très grosse dilatation de l'œsophage avec sténose très serrée du cardia, il s'agit d'un cas très ancien, il y a en même temps, spasme de la bouche de l'œsophage avec diverticule de l'hypopharynx.

Malade très rapidement amélioré par les dilatations, mais très difficile à maintenir dilaté à cause de son éloignement. Néanmoins, la déglutition s'est maintenue suffisante.

10° Mlle F... (de Rouen), adressée par un malade de Rouen que nous avons guéri, en 1910, pour une sténose du cardia exceptionnellement grave et dont nous avons publié l'observation, avale mal depuis un an. Dysphagie ayant commencé par les solides. Vomissements et régurgitations se manifestant à chaque repas, elle est obligée de sortir pour vider son œsophage. Amaigrissement notoire (plus de 15 kilogrammes en un an).

La *radioscopie*, faite par le docteur Aubourg, donne une grande dilatation de l'œsophage, et sténose au niveau du cardia.

L'*œsophagoscopie*, faite le 14 décembre 1920, montre une grande dilatation de l'œsophage contenant des débris alimentaires macérés, bien que la malade soit à jeun depuis la veille. Sténose inflammatoire nette du cardia.

Traitement par la dilatation bougiraire locale. Dès la troisième séance, les vomissements ont disparu. Séries de dilatations multibougiraires.

Actuellement déglutition et poids normaux, la poche a diminué des deux tiers.

11° M. L..., âgé de trente-huit ans, adressé par le docteur Rieu-Villeneuve (de Paris), en novembre 1921, présente des troubles dysphagiques, depuis quatre mois, sans avoir jamais rien observé de ce côté dans les années précédentes. Il y a toutes les raisons de penser à une sténose organique, car les aliments qui ont mal passé, dès le début, ont été les choses solides. L'examen aux rayons X a montré une sténose intermittente du cardia.

L'*œsophagoscopie* (19 novembre 1921) difficile à cause d'un spasme au niveau de la bouche de l'œsophage qui empêche la pénétration du tube. Sténose inflammatoire du cardia avec rétrodilatatation très volumineuse, végétations sur la muqueuse qui font penser à un début d'épithélioma, cependant celles-ci saignent peu quand on les frotte avec le porte-coton.

Examen histologique (Bauer), lésions banales d'inflammation par dégénérescence épithéliale.

Amélioration rapide par la dilatation. Avale à peu près normalement.

Telle est l'histoire clinique de ces quelques cas typiques qui tous se ressemblent par les traits essentiels, il s'agit le plus souvent d'un homme (d'après notre statistique) qui ayant dépassé la trentaine, généralement entre trente-cinq et quarante-cinq ans, s'aperçoit sans aucune cause bien notoire qu'à l'occasion de la déglutition d'aliments solides ou liquides indifféremment (dans les observations relatées plus haut, ce sont surtout les solides qui ont mal passé au début), il y a une sorte d'arrêt, de faux pas dans la descente de ceux-ci. Son œsophage se contracte et les aliments séjournent un certain temps, soit au-dessus de la bouche de l'œsophage qui refuse de s'ouvrir au devant du bol alimentaire, soit plus souvent, dans la portion cardiaque de ce conduit. Il y a *spasme* de la *bouche de l'œsophage* dans le premier cas, et dans le second *cardiospasme*. D'intermittents ces arrêts deviennent, au bout d'un temps plus ou moins long, beaucoup plus marqués et plus durables. Il ne se passe point de repas ou la gène ne se trouve accusée. Le malade sent son repas du soir qui lui pèse dans le thorax, il est obligé pour pouvoir dormir de prendre une attitude toute particulière, la tête haute, et souvent pour se soulager, il provoque avec son doigt dans la gorge, ou avec une sonde, une régurgitation œsophagienne.

La stase s'accentue de plus en plus et à une simple contracture succède *une sténose véritablement organique*, par suite de l'épaississement et de la dégénérescence qui est de règle dans tous les conduits dont les parois sont enflammées. Alors à cette phase ultime, plus ou moins longue à atteindre, la symptomatologie se confond avec celle de toutes les *sténoses organiques*. Passent seuls les aliments liquides qui, eux-mêmes, au bout d'un certain temps, séjournent dans la poche jusqu'à ce que la sténose complète survienne, stade que nous avons observé parmi les cas graves qui nous furent envoyés une quarantaine de fois.

Si l'on a la chance de pouvoir examiner à la première période de pareils malades à l'ŒSOPHAGOSCOPE, fait assez rare, car ils sont envoyés rarement à cette phase de début, pour un semblable examen, l'on ne constate que très peu de sténose : le tube, après avoir été arrêté par une sorte de tétanisation de la bouche œsophagienne qui cède à une pression douce et soutenue, glisse dans une portion thoracique plus dilatée que de coutume et pénètre facilement dans l'estomac. Il n'est point rare de voir la guérison ou tout au moins un soulagement très manifeste s'accuser après l'œsophagoscopie ou une ou deux séances de dilatation. Mais nous le répétons, il est tout à fait exceptionnel d'œsophagoscoper les malades à cette période.

Le plus souvent ils ne nous sont envoyés qu'à la *période avancée dans les formes graves*. Alors :

1° S'il s'agit d'une forme qui atteint *surtout la bouche de l'œsophage*, le tube a les plus grandes difficultés à trouver son chemin, il tombe invariablement dans le cul-de-sac d'un diverticule, et c'est dans ces cas que l'œsophagoscope doit être manié avec la plus grande prudence. A l'aide de différents artifices que nous avons signalés par ailleurs (1), on franchit cette bouche s'il n'y a que contracture, mais s'il y a véritable sténose inflammatoire, la bouche œsophagienne se trouve très sténosée, toute endoscopie des régions sous-jacentes est impossible avant d'avoir dilaté ce premier rétrécissement.

2° S'il y a *cardiospasme*, cas le plus fréquent, le tube, après avoir franchi la bouche œsophagienne, tombe, tout aussitôt dans la région cervicale inférieure et ensuite thoracique, dans une sorte de large poche, contenant des aliments altérés, putrifiés, y séjournant depuis plusieurs jours, qu'on nettoie difficilement après d'abondants lavages; la mu-

(1) Voir GUISEZ. Du cathétérisme de l'œsophage, *Paris médical*, 30 août 1919; *Bulletin d'oto-rhino-laryngologie*, mars 1920, Paris, Baillière.

queuse en est rouge et enflammée ou au contraire blanche et macérée. Cette poche peut-être volumineuse, atteignant parfois deux litres de capacité (v. fig. 1). On a quelque peine à trouver le cardia, les parois œsophagiennes étant serrées et accolées à ce niveau. Un moyen de le repérer est de le cathétériser avec une bougie filiforme; si on essaie de la franchir avec le tube, cela est absolument impossible. Le petit orifice punctiforme fait saillie, si l'on appuie quelque peu l'extrémité dans la lumière du tube comme une sorte de museau de tanche : il y a véritablement sténose organique. De par les constatations œsophagoscopiques ces sténoses se présentent sous trois formes principales :



Fig. 1.
Coupe nécropsique de sténose inflammatoire du cardia (forme hypertrophiante avec rétrodilatation).



Fig. 2.
Sténose inflammatoire du cardia (forme inflammatoire).

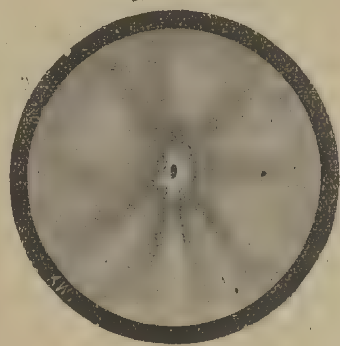


Fig. 3.
Sténose inflammatoire du cardia (forme hypertrophiante).

1° *Type inflammatoire simple :* la muqueuse est rouge, uniformément au pourtour de la sténose, ses parois semblent tuméfiées (v. fig. 2). Elle saigne souvent au moindre contact du porte-coton (forme hémorragique) et semble comme épaissie lorsque l'on essaie de franchir le rétrécissement et qu'on la déplisse avec le tube œsophagoscopique; après cocaïnisation locale elle se laisse cependant franchir par une bougie de moyen calibre n° 12 ou 14. Cette inflammation simple aboutit plus ou moins rapidement à la sténose par deux processus d'ordre tout à fait différent.

2° *Dans la forme hypertrophiante*, l'hyperplasie peut porter simplement sur la muqueuse, se traduisant par l'épaississement de celle-ci (v. fig. 1 et 3) à un degré de plus et l'on observe de *véritables végétations* à type plus ou moins papillaire. Cette forme simule le cancer à s'y méprendre. Toutefois les végétations sont moins nettes, elles saignent moins et moins facilement, elles ne sont point recouvertes d'une couche de sanie purulente que le porte-coton ramène et qui présente une odeur sphacélique caractéristique de l'épithélioma. Ces végétations peuvent, dans certains cas rares (trois fois dans nos observations), se présenter sous la forme de *polypes* et tout récemment nous avons rétabli immédiatement la déglutition chez un malade amené en état de dysphagie absolue : il y avait un polype pédiculé gros comme le bout de l'index qui s'était enclavé dans le cardia rétréci. Exceptionnellement si l'hypertrophie s'est surtout développée du côté du muscle *un bourrelet musculaire* se dessine nettement soulevant la muqueuse (v. fig. 4).

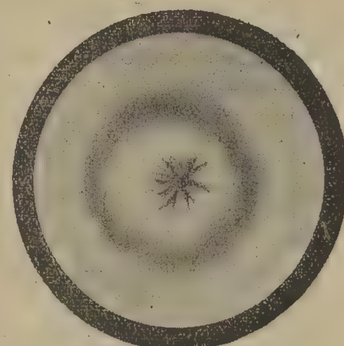


Fig. 4.
Sténose inflammatoire du cardia (forme hypertrophiante avec bourrelet musculaire).

3° Le plus souvent c'est vers le *type scléro-cicatriciel* que l'inflammation évolue : la muqueuse perd au pourtour et au niveau de la sténose ses caractères hypérémiques, elle prend un aspect blanc grisâtre ressemblant aux sténoses cicatricielles anciennes, par brûlures, avec lésions infiltrantes (v. fig. 5). La paroi œsophagienne est comme figée, elle suit à peine les mouvements respiratoires. L'orifice qui persiste est punctiforme et semble taillé à l'emporte-pièce. Si on le cathétérise avec une fine bougie, on constate que sa consistance est très dure et si on parvient à la franchir, la bougie reste comme enserrée dans cette sténose. Plus tard, quand le malade a été dilaté, on perçoit toujours avec la bougie une sorte de ressaut au point sténosé. Cette forme est la plus grave, presque toujours la dysphagie est complète au moment de l'examen et le malade va être condamné à la dilatation pendant de longues années.

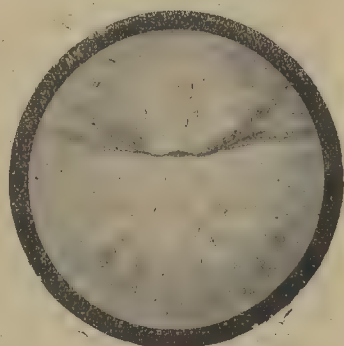


Fig. 5.
Sténose inflammatoire simple (type scléro-cicatriciel).

Comme on le voit, cette affection présente des caractères tout à fait particuliers et il est impossible de la confondre avec un *épithélioma*, sauf cependant dans les formes hypertrophiantes, l'examen biopsique d'un fragment enlevé lèvera tous les doutes.

Elle n'est pas rare et ce qu'il y a de plus surprenant c'est qu'elle ait été si longtemps méconnue. La cause de cette ignorance se trouve dans notre pauvreté en modes d'explorations de l'œsophage avant l'ère œsophagoscopique. Comment oser instituer un pareil traitement lorsque l'on n'est pas assuré du diagnostic exact.

La plupart de ces sténoses inflammatoires avaient étiquetées *spasmodiques simples* d'origine nerveuse et les malades étaient traités comme tels sans aucun résultat. D'autres ont été dénommées *syphilitiques*, lorsqu'il se trouvait que la syphilis existait dans les antécédents du malade, alors que la syphilis œsophagienne est une véritable rareté. On a parlé de *grandes dilatations idiopathiques* de l'œsophage, dont on a recherché par des théories plus ou moins diverses la pathogénie, alors qu'il s'agissait de rétrodilatations simplement mécaniques au-dessus d'un point sténosé, d'un cardia invariablement fermé. A une phase avancée la poche de distension perd dans ses parois toute tonicité, les aliments ne peuvent plus passer, c'est ce qui fait croire qu'il y avait au début paralysie des parois œsophagiennes et donné base à la théorie de Rosenheim. En somme, on a erré tant qu'une exploration « de visu » n'a pas été possible, tant au point de vue diagnostic que thérapeutique.

A *quelle cause* peut-on rattacher cette variété de sténose? Sans doute il s'agissait dans certains cas de sujets nerveux, mais dans la grande majorité nous n'avons trouvé, dans leurs antécédents, aucune tare nerveuse, hystérie ou autre. La fréquence plus grande de cette affection chez l'homme et après l'âge moyen de la vie va à l'encontre de cette idée qui voudrait que le spasme de l'œsophage soit synonyme de névropathie : aussi la majorité des sujets qui en étaient porteurs ne présentaient-ils aucun stigmate hystérique ou autre, et c'est dans un trouble fonctionnel local qu'il faut rechercher cette cause. L'œsophage a un rôle actif dans la déglutition et le bol alimentaire pour descendre doit être suffisamment mastiqué et insalivé. En faisant une enquête minutieuse, la *mauvaise mastication*, soit qu'il s'agisse d'édentés, ou de gens dans les affaires, mangeant beaucoup trop vite ou simplement par mauvaise habitude, nous est apparue comme la cause la plus fréquente de cette affection. Evidemment toutes les causes d'irritations locales, alcoolisme, abus des aliments épicés, tout ce qui peut enflammer la muqueuse œsophagienne a également un rôle dans la pathogénie de cette affection, mais bien moindre que la mauvaise mastication.

La *thérapeutique* découle tout naturellement de ces constatations œsophagoscopiques et l'on doit traiter ces malades en considérant uniquement ce que l'on constate au niveau de la bouche de l'œsophage ou du cardia. Elle doit être, en outre, soumise à des règles tout à fait précises, sinon on échoue invariablement.

Le traitement *purement médical* et diététique pourra suffire si l'on voit le malade, chose exceptionnelle, à une phase peu avancée de son affection : on lui recommande de mastiquer longuement et de manger lentement, deux choses d'ailleurs assez difficiles à obtenir de gens qui ont pris l'habitude d'engloutir les aliments sans les mâcher, témoins les volumineux débris alimentaires que l'on retrouve dans leur poche de rétro-dilatation. On lui indiquera de se nourrir de préférence de purées de légumes, de bouillies épaisses et d'aliments finement divisés, on proscrira le lait qui se caille dans la poche, fermente et entretient l'œsophagite. A une phase plus avancée, les grands lavages alcalins de la poche avec le tube de Faucher, faits tous les matins et tous les soirs assez longtemps après le repas du soir, supprimeront rapidement l'œsophagite due à la stase alimentaire. Ils doivent même être institués avant tout autre traitement plus actif pendant plusieurs jours si l'on a constaté de l'œsophagite, sinon on échouera inévitablement dans le *traitement local* plus actif, de dilatation.

Celui-ci vise uniquement la sténose et sera différent suivant la forme de la sténose, s'il y a *sténose spasmodique simple* avec peu de dégénérescence inflammatoire, on s'adressera à la dilatation avec bougies olivaires, mais pour être efficace cette dilatation doit être poussée au maximum. Rappelons la difficulté du cathétérisme en cas de spasme de la bouche de l'œsophage, si l'on réussit à introduire une filiforme, on glissera sur elle une plus grosse bougie. Si, pour dilater le cardia, l'on emploie la grosse bougie unique, on ne peut guère dépasser le numéro 60, la pression antéro-postérieure sur le cricoïde étant très mal supportée. Par contre, l'œsophage se laisse facilement dilater dans le sens transversal, aussi depuis plusieurs années, nous avons eu recours *à la dilatation multi-bougiraire*. On conçoit comment se placent les bougies dans l'orifice spasmodié, soit que l'on passe sur deux petites bougies introduites au delà du cardia et écartées latéralement, une grosse bougie médiane numéro 45, soit que l'on introduise d'abord une bougie numéro 24 ou 25 et que sur celle-ci servant de conducteur, on glisse une bougie numéro 50. En outre, les bougies multiples, très bien supportées, *peuvent être laissées à demeure* de dix minutes à un quart d'heure et c'est là une condition des plus favorables, à la cure de ces sténoses. De plus, on traumatise beaucoup moins la région du cardia et on risque beaucoup moins les fausses routes en se servant de la petite bougie comme conducteur.

La petite bougie qui sert de guide devra, dans les premières séances, être introduite sous le contrôle de l'œsophagoscope. En tous cas, la deuxième bougie ne s'égare jamais et suit toujours la direction de la première, si celle-ci a franchi le cardia ; cette méthode est tout à fait innocente, nous l'employons journellement et jamais nous n'avons noté la plus petite réaction douloureuse dans les heures suivantes. Nous avons abandonné définitivement comme inefficace le ballon de Gottstein, qui est insuffisant comme dilatateur, difficile à placer exactement au niveau du cardia. Il en est de même des dilatateurs mécaniques, dont il est impossible de contrôler l'action, et Mickulicz avait déjà insisté sur les dangers de ces dilatateurs.

Lorsqu'il y a *sténose inflammatoire*, surtout à la phase cicatricielle, l'orifice rétréci est comme dans toute sténose organique, souvent difficile à cathétériser, sous l'endoscope il est toujours possible de trouver le pertuis et d'y glisser une bougie filiforme qui sera laissée à demeure pendant plusieurs heures, pour y faire le chemin, et la dilatation sera ensuite poursuivie comme précédemment.

L'amélioration est immédiate, après une ou deux séances de dilatation, le malade sent que tout est changé dans sa déglutition, il avale de nouveau en un temps, et on peut dire que dans tous les cas, le traitement local donne les meilleurs résultats. Alors qu'ils ont subi auparavant les traitements les plus sévères, visant surtout l'état général nerveux (bromure de potassium, hydrothérapie, etc.), il suffit de quelques séances de traitement local de dilatation pour leur donner un soulagement sur lequel ils ne comptaient plus.

Assez rapidement, on arrive à les recalibrer, soit par la dilatation simple ou multibougiraire, soit par

l'électrolyse circulaire, lorsqu'il y a dégénérescence cicatricielle. L'alimentation redevient normale, la cachexie, parfois extrême au moment de l'examen, tellement accusée que l'on pense avoir affaire à un cancer (pseudo-cancer) fait place à un état de santé à peu près normal. Mais, comme pour tous les rétrécissements organiques, et nous pouvons dire que cela seul prouverait la nature organique de la sténose, cette affection est sujette à récidive et au bout d'un temps plus ou moins long l'œsophage se rétrécit de nouveau, tout comme dans les sténoses cicatricielles par caustiques, par exemple. C'est ainsi que nous sommes obligé de dilater périodiquement un grand nombre de malades, dont certains, depuis dix ans, et même davantage et à chaque série de dilatations, nous sommes obligé de commencer par un numéro faible et d'augmenter ensuite progressivement.

Dans certains cas graves où l'impossibilité de l'alimentation est complète, on peut être appelé à intervenir d'urgence, pour parer à l'inanition, avant tout autre traitement et la *gastrostomie* semble alors toute indiquée. Cette intervention avait été effectuée chez une douzaine de malades qui nous furent adressés et une malade que nous avons soignée récemment avait été gastrostomisée deux fois à Bordeaux. On pourrait supposer que cette intervention, en laissant l'œsophage au repos, permette la diminution de la poche et la disparition de la sténose ; il n'en est rien. Ces malades gastrostomisés, étaient restés dysphagiques, se nourrissant exclusivement par leur fistule, leur rétrodilatation était encore considérable, avec une sténose à peu près imperméable. Nous préférons du reste à la gastrostomie le *gavage à la sonde*, placée sous endoscopie ou l'*intubation* (1) avec le drain en caoutchouc spécial, en bouton de chemise qui permet immédiatement l'alimentation et agit localement comme dilatateur. Dans un cas soigné récemment, nous avons utilisé la bouche gastrique faite précédemment pour réaliser la *dilatation sans fin* et ainsi nous avons fait gagner du temps à notre malade, mais il est tout à fait inutile de créer cette bouche en vue de ce mode de dilatation, même dans les cas graves.

Le traitement chirurgical, soit qu'il s'agisse de dilater le cardia par la voie gastrique (Mickulicz, Delagénière), soit d'interventions plus complexes et plus directs, cardioplastie (Meller), sans parler de la résection partielle de la poche, réussie cependant une fois par Reisinger (1907), est toujours grave, et les quelques cas, terminés par la guérison, n'ont pas été sans incident dramatique, surtout en ce qui concerne ces dernières interventions. Il ne semble plus guère avoir d'indications aujourd'hui, puisque, par les moyens endoscopiques, on peut venir à bout des cas les plus difficiles et les plus graves par les voies naturelles.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1922)

Vomissements tuberculeux et toux émétisante. — MM. MERKLEN et DUBOIS-ROQUEBERT présentent diverses observations de vomissements tuberculeux et par toux émétisante qu'ont cédé aux injections intraveineuses de chlorure de calcium à 50 p. 100, suivant la méthode de MM. Rist et Ameuille.

Adénite inguinale subaiguë à foyer purulent intraganglionnaire. Guérison par le chlorydrate d'émétine et la teinture d'iode. — MM. DUFOUR et FERRIÉ présente un malade atteint d'adénite inguinale subaiguë (lymphogranulomatose inguinale) qui a complètement guéri à la suite de dix-sept injections intraveineuses de chlorhydrate d'émétine de 4, 6 et 8 centigrammes dilués dans 10 centimètres cubes de sérum artificiel. Pendant trente jours, il a été, en outre, soumis au traitement iodé à la dose de XL à LXXX gouttes par jour.

Autovaccinothérapie dans un cas de congestion pulmonaire subaiguë avec expectoration fétide. Guérison. — MM. H. DUFOUR et FERRIÉ rapporte l'observation d'un malade de cinquante et un ans présentant un foyer de congestion pleuro-pulmonaire droite avec expectoration fétide. Un autovaccin pratiqué par le diplocoque trouvé dans l'expectoration est injecté sous la peau pendant trois semaines, à la dose d'un demi-centimètre cube (2 premières injections) et de 1 centimètre cube (5 dernières injections). Guérison à la suite de cette autovaccinothérapie.

Diabète et syphilis. — MM. M. PINARD et E. MENDELSSOHN présente un cas de diabète chez un fils de paralytique général et atteint d'aréflexie et d'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien. Le traitement novarsenical a amené la guérison du diabète.

M. LABBÉ dit n'avoir pas encore vu de diabétiques guéris par le traitement antispécifique.

MM. NOBÉCOURT et MERKLEN ont observé des cas de diabète grave chez l'enfant avec antécédents non syphilitiques et syphilitiques, et ils ne pensent pas que le traitement spécifique puisse donner, même en cas d'hérédité, des guérisons définitives.

M. DE MASSARY a observé un cas dans lequel le traitement arsenical très bien toléré n'a amené aucune amélioration de diabète.

Histoire d'un hémophile. Volumineux hématome du plancher de la bouche. Transfusion citratée en série du sang maternel. — MM. Noël FIESSINGER et BARBILLION rapportent l'observation d'un hémophile qu'ils suivirent depuis dix ans et qui présentait, à quelques années d'intervalle, un hématome du psoas et un volumineux hématome du plancher de la bouche. Ce dernier fut particulièrement inquiétant. Les auteurs insistent sur les variations notables des temps de coagulation ; de plus ils ont employé, avec des succès encourageants, la transfusion répétée de 20 centimètres cubes du sang de la mère dont la coagulation n'était pas retardée. Ces transfusions se font facilement à la seringue et ont l'avantage d'augmenter la rapidité de la coagulation sanguine.

Les thrombo-phlébites des veines de la paroi thoraco-abdominale. — MM. Noël FIESSINGER et Pierre MATHIEU ont observé récemment trois cas de thrombo-phlébites des veines de la paroi thoraco-abdominale. La veine thrombosée part de la région épigastrique et remonte vers l'aisselle droite en passant au niveau du pli sous-mammaire. On découvre, par hasard, le cordon sinueux et dur, il n'est pas douloureux, ne s'accompagne ni d'œdème, ni d'embolie et guérit sans incidents. Il semble survenir à la suite d'infections générales bénignes du genre de la grippe catarrhale.

Etude anatomique d'un cas de syringomyélie traitée par la radiothérapie. — MM. A. COYON, LHERMITTE et BEAUJARD, à propos d'un cas, pense que les rayons X sont capables de détruire la masse gliomateuse syringomyélique et il insiste sur ce fait que l'irradiation doit dépasser largement les limites qui fixe la clinique au processus syringomyélique.

Tyrosino-réaction. — MM. PISSAVY et MONCEAUX ont constaté, dans tous les cas de tuberculose ouverte et dans certains cas de gangrène pulmonaire, que l'expectoration renfermait de la tyrosine. La tyrosino-réaction peut donc, si les résultats se confirment, apporter un appoint au diagnostic et au pronostic de la tubereulose.

(1) Voir GUISEZ. De l'intubation intra-œsophagienne, *Presse médicale*, 31 janv. 1914.

Comment meurent les tuberculeuses cavitaires. — MM. Crouzon, Marceron et Grenaudier présentent une note relatant leurs observations de deux années dans un service de tuberculeuses cavitaires de la Salpêtrière, sur le mode de terminaison et sur les causes des décès constatées à l'autopsie. Leur statistique portent sur 183 décès. Deux fois seulement, la mort fut causée par une hémoptysie foudroyante. La mort par asphyxie fut, de beaucoup, la plus habituelle (163 cas). Quelquefois, l'asphyxie n'a pas été progressive, mais a été suraiguë et soudaine. Les auteurs attribuent ces cas de mort brusquée à des poussées congestives ou œdémateuses terminales qu'ils ont rencontrées dans les autopsies. Dans onze cas, le décès fut consécutif à l'apparition d'un pneumothorax. Les autres décès ont été causés : trois fois par des pleurésies, deux fois par cachexie et anasarque, une fois par insuffisance hépatique, enfin une fois par une anémie progressive due à de petites hémoptysies répétées.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES & DIAGNOSTIC DES ICTÈRES GRAVES [1]

La terminaison évolue, suivant les cas, soit vers la mort, soit plus rarement vers la guérison.

A. La *terminaison fatale* se produit souvent du dixième au quinzième jour, soit par ataxo-adynamie, par hémorragies profuses, collapsus, coma; soit avec des phénomènes d'urémie aiguë (hépato-néphrite aiguë de Richardière). On constate alors le tableau de l'urémie : oligurie, céphalée, vomissements, délire, convulsions, respiration de Cheyne-Stockes, coma et hypothermie. Les pupilles sont punctiformes, l'urée dans le sang est fortement augmentée. La mort survient dans cet état.

B. La *guérison* serait possible, d'après la plupart des auteurs, grâce à la persistance de la perméabilité rénale. Il se produit alors une grosse crise urinaire polyurique et azoturique. (3 à 4 litres d'urine avec 30 à 40 grammes d'urée). Cette crise urinaire peut s'accompagner d'une diarrhée intense et d'une crise sudorale. La parotidite suppurée n'est pas rare. Le foie reprend son volume normal. Les phénomènes nerveux et hémorragiques s'arrêtent. Mais la convalescence est longue en général.

II. Ictères graves secondaires. — Ils se rencontrent comme une complication possible de toutes les affections du foie. Deux cas sont à considérés suivant qu'il s'agit d'une affection avec ou sans ictère.

1. *Au cours d'un ictère préexistant* (cirrhose de Hanot, ictère infectieux ou ictère prolongé. Les phénomènes de l'ictère grave s'installent peu à peu : des hémorragies profuses et répétées surviennent; les urines contiennent des pigments modifiés. L'ataxo-adynamie termine la scène.

2. *Au cours d'une affection sans ictère.* — Le début est insidieux, marqué par un malaise profond, puis surviennent de l'agitation, du délire, des spasmes, des convulsions. Les hémorragies apparaissent, mais peu abondantes; le foie est à peu près normal. Le syndrome urologiste existe au complet. La mort survient dans le collapsus.

D'une façon générale, ces *ictères graves secondaires* débutent plus ou moins insidieusement au cours de l'état morbide antérieur. D'abord il survient un malaise profond, de l'hébétude alternant avec des phases d'agitation, puis du délire, des spasmes localisés, des convulsions toniques ou épileptiformes.

On peut voir des troubles variés de la sensibilité : plaques d'anesthésie ou d'hyperesthésie. La fièvre est inconstante et souvent on note même de l'hypothermie. Des hémorragies abondantes surviennent et le syndrome urologique analogue à celui de l'ictère grave primitif est en général observé. La mort est fréquente dans ces conditions.

Formes cliniques. — A côté de la forme moyenne que nous avons prise comme type de description, on peut signaler divers aspects cliniques :

I. Formes symptomatiques. — Citons, suivant la prédominance d'un symptôme, les formes : hémorragique, nerveuse, typhoïde, forme rénale avec anurie et azotémie, forme hépatomégalique, forme éruptive (purpura).

II. Formes évolutives. — Opposer la forme *lente* et prolongée à la forme aiguë et *foudroyante.*

III. Formes étiologiques. — Ce sont les plus intéressantes à étudier; il faut envisager les ictères graves toxiques et les ictères graves infectieux :

1° Ictères graves infectieux. — a. *Ictère grave de la fièvre jaune.* — Maladie épidémique, se transmettant par les piqûres de certains moustiques : stegomya callopus. Le germe en est inconnu. Il se produit une stéatose massive du foie au cours de cette affection. L'évolution se fait en trois périodes : d'abord une période fébrile qui débute brusquement par des frissons violents, une ascension de la température à 40 degrés, de la céphalée, des vomissements, des rashs divers. Puis une sédation se produit au bout de trois à quatre jours et alors un ictère léger survient en un à deux jours. Enfin, dans une troisième période, la température remonte; des vomissements noirs se produisent (vomito negro), l'ictère devient plus foncé, l'anurie survient et la mort se produit dans un coma progressif.

b. *Au cours de la fièvre typhoïde.* — C'est la forme hépatique de la fièvre typhoïde (Roger). Au cours du troisième septenaire, les accidents se produisent : brusquement surviennent de l'hypothermie, des vomissements verdâtres, des érythèmes divers, des hémorragies multiples. Le foie est gros et douloureux, il est le siège d'une dégénérescence aiguë, graisseuse et totale. La mort se produit dans le collapsus.

c. *Au cours de la syphilis secondaire.* — Cette forme de syphilis secondaire maligne survient surtout chez la femme. D'abord il se produit un ictère catarrhal, et puis brusquement, deux ou trois semaines après, apparaissent des signes d'ictère grave. La mort peut se produire en quatre à six jours par dégénérescence aiguë du foie.

d. *Ictère grave de l'appendicite.* — Au cours de l'appendicite suppurée, chronique avec abcès ancien, fistulisé, on peut voir se produire une dégénérescence hépatique.

e. *Typhus biliaire d'Alexandrie.*

2° Ictères graves toxiques. — On peut distinguer deux cas, suivant que l'intoxication est d'origine exogène ou endogène.

a. *Intoxications d'origine exogène.* — 1. *Par le phosphore.* — A la suite de l'empoisonnement par le phosphore, on voit apparaître une première période caractérisée par des phénomènes de gastro-entérite aiguë : odeur alliacée de l'haleine, brûlures au niveau de la gorge, gastralgie, vomissements répétés et souvent phosphorescents. Après cette poussée aiguë, les symptômes s'amendent pendant trois à quatre jours, puis apparaissent l'ictère et une tuméfaction douloureuse du foie. Ultérieurement, le foie s'atrophie. Cet ictère grave d'origine phosphorée est toujours hypothermique.

2. *Par le chloroforme.* — Ce sont les accidents graves qui éclatent chez un individu à tare hépatique latente après anesthésie générale au chloroforme. Au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, apparaissent des phénomènes nerveux, du délire, des convulsions; la respiration et le pouls sont irréguliers; puis l'ictère et les vomissements bilieux apparaissent. La mort survient en deux à trois jours dans le collapsus. Le mécanisme de ces accidents si graves et si rapides est expliqué par les lésions dégénératives du foie et par des phénomènes hémolytiques du sérum avec anémie.

b. *Intoxications d'origine endogène.* — 1. *Ictère grave de la grossesse.* — Il s'agit d'une primipare du quatrième au huitième mois de sa grossesse. Le début se fait par un ictère d'apparence bénigne. Parfois le début est brusque chez la femme par l'apparition de signes d'intoxication gravidique (céphalée, vomissements, œdèmes, albuminurie). Cette phase préictérique dure plusieurs jours. Puis, au bout de quatre à cinq jours, se produit un ictère foncé avec urines rares, albuminurie, peu d'urée dans les urines. Les convulsions apparaissent avec des hémorragies multiples. Souvent il survient un avortement avec production d'hémorragies graves au cours de la délivrance. *(A suivre.)*

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 17, p. 271.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


NÉVROSTHÉNINE

N° 20. — SAMEDI 11 MARS 1922. 95e ANNÉE. SAMEDI 11 MARS 1922. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — La revision des titres de certaines chaires de facultés. — Par décret en date du 21 février (*J. O.*, 5 mars 1922) la nomenclature des chaires des Facultés de médecine et Facultés mixtes de médecine et de pharmacie est modifiée ainsi qu'il suit :

ANCIEN TITRE	NOUVEAU TITRE
Université de Paris.	
Pathologie interne.	Pathologie médicale.
Pathologie externe.	Pathologie chirurgicale.
Anatomie descriptive.	Anatomie.
Clinique des maladies des voies urinaires.	Clinique urologique.
Clinique chirurgicale infantile.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.
Université de Bordeaux.	
Chimie biologique.	Chimie biologique et médicale.
Anatomie pathologique.	Anatomie pathologique et microscopie clinique.
Médecine légale.	Médecine légale et déontologie.
Toxicologie.	Toxicologie et hygiène appliquée.
Université de Lyon.	
Chimie médicale.	Chimie biologique et médicale.
Clinique chirurgicale infantile.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.
Anatomie générale et histologie.	Histologie.
Médecine opératoire.	Chirurgie opératoire.
Médecine expérimentale et comparée.	Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.
Université de Montpellier.	
Oto-rhino-laryngologie.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.
Université de Strasbourg.	
Chimie physiologique.	Chimie biologique.
Université de Toulouse.	
Histologie normale.	Anatomie générale et embryologie.
Chimie et toxicologie.	Chimie.
Clinique chirurgicale.	Clinique chirurgicale et gynécologique.
Université d'Alger.	
Clinique obstétricale.	Clinique obstétricale et puériculture du premier âge.

— Bordeaux. — Le Conseil de la Faculté de médecine de Bordeaux, par un vote unanime, a proposé à la nomination du ministre, comme professeurs sans chaire, nos distingués collègues MM. les professeurs agrégés J. Guyot, Labat, G. Petges, J. Carles.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère du travail. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Marcel Brulé (de Paris) et Charles Vic (de Saint-Sébastien).

LA NOUVELLE TEINTURE D'IODE DU CODEX. — La commission du Codex, dans sa réunion du 22 février vient de décider que la teinture d'iode seule désormais officinale sera la *teinture d'iode iodurée* du supplément de 1920 et portera le nom de teinture d'iode officinale (*Tinctura iodi officinalis*).

Ainsi prendront fin les accidents sans nombre, imputables à la teinture d'iode vieillie et corrosive que toutes les familles conservent précieusement dans l'armoire à médicaments.

On doit féliciter la commission de sa décision.

ERRATUM. — Dans le classement des hôpitaux (*Gaz. des hôpit.*, n° 18, 4 mars 1922, p. 283, col. 6), ajouter dans la liste des internes titulaires : M. Seillé, C-7.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le Dr B. Loewenberg (de Paris).

HYGIÈNE PUBLIQUE

LES MESURES SANITAIRES AUX FRONTIÈRES

M. Géo-Gérald, député, expose à M. le ministre de l'Hygiène que tout navire venant d'un port contaminé subit une inspection médicale complétée par une quarantaine onéreuse, et, en présence des épidémies qui sévissent en divers points d'Europe, demande pourquoi les exigences de la santé publique qui conditionnent l'entrée d'un navire dans un port français et le débarquement des passagers restent ignorées aux frontières de terre à l'égard des voyageurs en provenance des régions contaminées, à l'égard surtout des indésirables entrant en France sans passeport, sans pièces d'identité, sans visite médicale, dans les conditions physiologiques les plus inquiétantes, ce qui souligne au préjudice la contradiction inexplicable des règles sanitaires applicables aux frontières terrestres et maritimes, sans doute parce que cette application relève de deux administrations qui s'ignorent. (*Question du 26 janvier 1922.*)

Réponse. — Les mesures sanitaires aux frontières, tant maritimes que terrestres, relèvent de la même administration (ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, 2e bureau) ; mais ces mesures rencontrent, dans l'un et l'autre cas, des conditions d'application très différentes. Alors que les personnes arrivent à bord des navires ne sauraient s'y soustraire, celles qui traversent les frontières terrestres (frontières en quelque sorte virtuelles dans une grande partie de leur étendue) ne peuvent y être soumises que sur les points principaux de pénétration. Sur les autres, l'administration de l'hygiène s'efforce d'exercer, en faisant appel aux agents des douanes, à la gendarmerie et à la police, une surveillance dont les résultats ne sauraient être que relatifs. Il y a lieu, toutefois, de considérer que (sauf le cas d'épidémie dans le pays voisin, cas peu fréquent, motivant des mesures plus rigoureuses qui ne sauraient être prises en tout temps sans apporter aux relations commerciales et autres de préjudiciables et inutiles restrictions) les voyageurs vraiment dangereux, au point de vue notamment du typhus et du choléra, sont de provenance lointaine et entrent en France par les principales gares frontières où l'administration applique, le mieux qu'elle peut, les mesures sanitaires. (*J. O.*, 5 mars 1922.)

LES PROGRÈS DE LA RAGE EN FRANCE

M. Pierre Even (Côtes-du-Nord), député, demande à M. le ministre de l'Hygiène quelles sont les mesures qu'il compte prendre pour enrayer les progrès inquiétants de la rage en France. (*Question du 19 janvier 1922.*)

Réponse. — Le ministre de l'Hygiène à signalé à son collègue de l'agriculture, à qui incombe le soin de prendre toutes mesures utiles contre la rage, l'intérêt que présentait pour la santé publique l'application permanente et suivie des arrêtés réglementant la divagation des chiens. D'accord avec lui, il peut donner l'assurance que le nombre des cas de rage en France, qui s'était sensiblement accru au cours de la guerre, est actuellement en régression manifeste. Les mesures prévues par la législation sanitaire, et notamment par les articles 16 et 38 de la loi du 21 juin 1898, permettent de lutter d'une façon efficace contre cette maladie. Néanmoins, quelques foyers sont périodiquement signalés ; leur extension résulte toujours de la résistance des propriétaires de chiens mordus qui, pour en éviter l'abatage, dissimulent les animaux contaminés. L'application des mesures sanitaires relevant de l'autorité préfectorale, des instructions ont été données, à plusieurs reprises, pour rappeler la nécessité d'une stricte exécution des prescriptions réglementaires. Elles l'ont été à nouveau. (*J. O.*, 24 février 1922.)

HYDROLOGIE ET CLIMATOTHÉRAPIE

LA PROLONGATION DES SAISONS DANS LES VILLES D'EAUX OU STATIONS CLIMATIQUES

Depuis la guerre, dans un but louable assurément mais impraticable, on a préconisé la prolongation de la durée des saisons thermales ou climatiques. Je ne crois pas que les promoteurs de l'idée connaissent suffisamment l'industrie thermale. Il faut se garder des illusions et envisager toute une série de facteurs qui rendent cette réalisation impossible.

1. Au point de vue *climatique*. Dans certaines villes d'eaux de l'Est ou du Centre, les commencements et fins de saisons sont souvent gênés par un climat plus ou moins rigoureux. Depuis quelques années nous sommes un peu gâtés, mais viendra la période des années moins clémentes.

2. Au point de vue *préparation*. Aucune ville d'eau ou climatique n'est prête, aménagée, pour la date d'ouverture fixée par la réclame. Ce sont des vérités qu'il faut avoir le courage d'affirmer dans l'intérêt même des stations, afin que le visiteur n'emporte pas une mauvaise impression de son séjour.

3. Au point de vue *traitement*; celui-ci par les mauvais temps est forcément restreint, moins efficace et quelquefois dangereux.

4. Au point de vue *distraction*, concerts, théâtre, orchestre sont très réduits au commencement et à la fin de chaque saison. Résultat : mauvaise impression.

5. Au point de vue *financier*, car il faut songer aux actionnaires. Les hôtels sont occupés par un personnel nombreux avec peu de clients. Donc déficit forcé dans la gestion pendant quinze à vingt jours.

6. Au point de vue *habitude*. Quelle que soit l'intensité de la réclame on ne changera rien à ce qui est établi par la force des circonstances et la situation des personnes.

Vous ne pourrez jamais obliger M. X..., avocat, avoué, banquier, etc., à venir dans une station en pleine période d'affaires ; il n'apparaîtra que dans la saison morte où les affaires sont à peu près suspendues.

Vous ne pourrez jamais retenir le chasseur au moment de l'ouverture de la chasse. Vous ne pouvez pas fixer l'époque du congé de l'employé. Vous ne ferez pas avancer la période de vacances pour l'instituteur. Les familles doivent rentrer de bonne heure pour l'ouverture des classes.

Si je voulais prolonger l'examen de toutes les conditions qui limitent forcément la durée de la saison thermale ou climatique, j'allongerais de beaucoup l'importance de cet article.

Conclusion. — A chaque station, suivant sa situation climatique, à fixer modérément sa durée saisonnière en tenant compte des considérations ci-dessus.

Dr CONSTANT,
Ancien interne des hôpitaux,
Médecin consultant des eaux de Vittel.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Jeudi 16 mars. — Jury : MM. Ménétrier, président ; Chauffard, Bar et Baudouin. — Mlle Lacascade (Marie). Puériculture et colonisation. — M. Hérier-Fonclaire. Contribution à l'étude de l'hémiplégie paludéenne. — M. Du Souich (Pierre). Fonctionnement d'un service d'agités à l'hôpital Lariboisière.

RENSEIGNEMENTS

AVIS. — Le Dr Savornin (Henri-Marie-Joseph), 60, avenue Jean-Jaurès, Paris, 19e, fait savoir qu'il n'a rien de commun avec un homonyme traitant les maladies spéciales.

REVUE GÉNÉRALE

LES KYSTES ET LES FAUX KYSTES DU PANCRÉAS

(A L'EXCEPTION DES KYSTES HYDATIQUES)

Par P. PHILARDEAU,
Interne des hôpitaux de Paris.

Généralités. — La question des kystes du pancréas est assez ancienne, puisque Bécourt, dès 1830, lui consacre une thèse. Pourtant le nombre des cas publiés, à notre connaissance, est inférieur à 300.

Il s'agit donc d'une affection relativement rare. On englobait jadis, sous la même dénomination, des affections en réalité différentes. Il faut, de suite, distinguer des kystes hydatiques, des kystes glandulaires et des pseudo-kystes.

Nous n'étudierons pas, dans ce travail, les kystes hydatiques.

Historique. — Sans avoir la prétention de citer tous les travaux qui ont été faits sur les kystes du pancréas, rappelons que ces tumeurs ont été étudiées par Anger, Le Dentu (1865), Senn (1885), J. Bœckel (1891), Nimier (1887, 1893), Hartmann (1891), Körte (1898, 1911). La question fut discutée longuement, en 1900, au Congrès international de chirurgie (Cecherelli, Mayo Robson, Bœckel, Villar, Soubbotitch).

En 1905, Villar, au Congrès français de chirurgie, en rapporte 171 cas. Au même congrès, Garré, Lejars, Doyen, Morestin apportent de nouveaux cas. De nouvelles observations sont apportées par les Allemands Goebell et Martens (1907, 1909). En 1907, Hardouin (de Rennes) sous le titre : Quelques remarques sur le traitement des kystes du pancréas, fait un excellent travail dans la *Revue de chirurgie*. En 1908, à la Société de chirurgie, Picqué et Guinard amorcent une discussion. Plus récemment, en 1911, Quénu fait un rapport à la Société de chirurgie et plusieurs auteurs (MM. Potherat, Routier, Bazy, Michon, Rochard, Schwartz, Ombrédanne) apportent des observations.

Vers cette époque, il faut citer deux thèses intéressantes : celle de Couture sur les pseudo-kystes (1910-1911), inspirée par F. Hue (de Rouen) et celle de Desvaux de Lyf sur les fistules pancréatiques (1911-1912). En 1912, Paul Mathieu fait un travail d'ensemble complet et précis sur la question.

En février 1919, à la Société de chirurgie, à propos d'une observation de Salva Mercadé et d'un rapport de Lecène, la voie d'abord des kystes est discutée par MM. Delbet, P. Bazy, Potherat, Routier, Schwartz. P. Bazy revient sur la question en novembre 1919 et verse aux débats deux observations nouvelles. Bérard, en décembre 1919, cite et commente deux cas de pseudo-kystes. Enfin, en décembre 1921, nous avons, en collaboration avec Desplas, présenté, à la Société de chirurgie, une observation typique de kyste glandulaire dont l'examen histologique fut fait par le professeur Letulle.

Anatomie pathologique. — L'*aspect macroscopique* est variable. La poche peut ne pas être homogène : il s'agit d'un pseudo-kyste consécutif à un traumatisme ou à une pancréatite hémorragique. Ce tissu d'adhérences est d'autant mieux organisé et d'autant plus fibreux que le foyer est plus ancien. L'épiploon, l'intestin, l'estomac, le cholédoque, de gros vaisseaux peuvent contribuer à limiter la cavité.

Le faux kyste se collecte dans l'arrière cavité des épiploons, sous le diaphragme ou dans la région lombaire.

Dans le kyste glandulaire, on trouve une poche véritable, avec tous les intermédiaires entre le grand kyste mono ou pluriloculaire et les petits kystes disséminés constituant une véritable maladie kystique du pancréas. Souvent, de gros vaisseaux enlacent la poche d'un réseau serré qui rend l'extirpation redoutable. Le contenu des pseudo-kystes est sanglant, celui des vrais kystes peut être sanglant, (hémorragies intrakystiques), séreux ou plus rarement gélatineux. On trouve fréquemment dans le liquide de l'albumine, des para-albumines non précipitables par la chaleur, mais décelables par le sulfate d'ammoniaque, de l'urée, des chlorures et des ferments pancréatiques. Ceux-ci ne sont pas immédiatement actifs, aussi les fistules consécutives aux interventions ne s'accompagnent pas forcément de digestion de la paroi. Dans un cas rapporté par Bazy (Soc. de chir., 1919), le liquide contenait un ferment protéolytique agissant en milieu acide ; ce n'était pas un ferment tryptique, car les ferments pancréatiques n'ont d'action qu'en milieu alcalin.

Les kystes du corps et de la tête sont relativement fixes. Ils ont un plan résistant derrière eux et se développent en avant, émergeant entre le bord inférieur du foie et l'estomac ; entre ce dernier et le côlon transverse, soulevant l'épiploon gastrocôlique ; au-dessous du côlon, se coiffant alors du grand épiploon.

Dans un cas de Quénu, le kyste de la tête émergeait à droite de la deuxième portion du duodénum. Les relations avec le tissu pancréatique sont variables, mais il semble, d'après la majorité des observations, que l'extirpation soit souvent pénible et dangereuse.

Les kystes de la queue sont mobiles et peuvent se trouver dans la région gauche de l'hypochondre et plus ou moins bas dans l'abdomen.

L'*aspect microscopique* de la poche est différent dans les kystes vrais et faux. Le faux kyste a une paroi composée de fibrine et de leucocytes. On trouve à son intérieur des débris de canalicules glandulaires. Le vrai kyste a une paroi ayant une individualité histologique véritable, constituée par un réseau cellulaire fibrillaire tapissé par un endothélium regardant l'intérieur de la cavité. Cet endothélium est composé de cellules plates, cubiques ou cylindriques, quelquefois ciliées.

Pathogénie. — Nulle question n'a été plus discutée que celle-ci. En ce qui concerne les pseudo-kystes, le problème semble résolu aujourd'hui.

a. Le traumatisme agit en ouvrant des vaisseaux, donc : hémorragie, et en sectionnant des canalicules glandulaires, donc : collection de suc pancréatique, mais de suc ne contient que des proferments, par conséquent peu actifs.

b. La pancréatite hémorragique traduit l'activation anormale du suc pancréatique à l'intérieur de l'organe. Normalement, en effet, le suc intraglandulaire est inactif. L'activation a lieu par mélange du suc pancréatique avec le suc duodénal qui contient un ferment de ferment : l'entérokynase et de la bile. Pratiquement, le suc intestinal peut difficilement

refluer dans le canal de Wirsung, mais il n'en est pas de même de la bile et ce phénomène peut se produire sous l'influence d'un spasme du sphincter d'Oddi ou d'un calcul siégeant dans l'ampoule de Vater. Expérimentalement, Brocq et Morel ont montré qu'on déterminait une pancréatite hémorragique chez l'animal, en injectant de la bile dans le canal pancréatique d'un chien en état de digestion. Il en résulte une auto-digestion de la glande avec suffusions sanguines et apparition de taches de stéato-nécrose (auto-digestion des graisses intracellulaires). Le sang et le liquide résultant de cet autolysat pancréatique, en s'enkystant, forment le pseudo-kyste.

c. La pathogénie de la forme glandulaire est plus difficile à élucider, on a invoqué l'oblitération d'une branche du canal de Wirsung ou de Santorini par une concrétion calculeuse. C'est la théorie de la rétention. Virchow prononçait le nom de grenouillette pancréatique. Cette théorie est aussi fausse pour les grenouillettes sublinguales que pour les kystes du pancréas. Elle vient à l'encontre de l'expérimentation (Arnozan et Vaillard). D'autres auteurs, tout en faisant jouer un rôle important à la rétention, avouent qu'une lésion inflammatoire chronique est nécessaire. Mais, dans la pancréatite chronique, où les petits kystes sont fréquents, l'examen histologique montre qu'il s'agit de néoformation épithéliale. La théorie de la néoplasie épithéliale a été mise en évidence par Hartmann au Congrès de chirurgie de 1891 : les kystes du pancréas seraient analogues aux kystes de l'ovaire, et l'on aurait toutes les transitions entre l'adénome kystique et le cysto-épithéliome ou kyste végétant. Poncet et Dor insistent sur la possibilité d'adénomes fœtaux, et Paul Carnot remarque que le point de départ est dû le plus souvent à la prolifération des cellules canaliculaires. Il est certain que si l'on réfléchit que le pancréas est formé par trois ébauches dont deux seulement formeront la glande définitive, on admet facilement que des débris embryonnaires puissent persister et donner naissance à des tumeurs kystiques. Dans un cas récemment étudié par le professeur Letulle, le point de départ était manifestement un canalicule aberrant.

Nous ne citerons que pour mémoire des causes plus rares et plus discutables telles que la dilatation de vaisseaux lymphatiques (Paviot).

Etude clinique. — Au stade de tumeur, les pseudo-kystes peuvent ressembler aux kystes glandulaires, mais l'interrogatoire des malades apprend que l'histoire des deux affections est différente, aussi, séparerons-nous, dans cette étude, l'évolution clinique des pseudo-kystes de celle des kystes glandulaires vrais.

A. Les PSEUDO-KYSTES DU PANCRÉAS succèdent à un *traumatisme* de la glande ou à une *pancréatite hémorragique.*

a. Un homme reçoit un *traumatisme* à l'épigastre. En général, il s'agit d'un traumatisme violent pouvant déterminer une perte de connaissance. Le pouls est petit, rapide, la tension est basse. Les vomissements alimentaires puis bilieux sont fréquents. La paroi abdominale est contracturée. La palpation, au-dessus de l'ombilic, est douloureuse. En un mot, on a le tableau du shock avec des signes de localisation au niveau de la région pancréatique. Il est rare que l'hémorragie consécutive à l'attrition de la glande, soit assez abondante pour entraîner la mort du malade. En général, après quelques heures angoissantes, les phénomènes locaux et généraux s'atténuent. L'aspect redevient normal, le pouls reprend son rythme et son ampleur normaux, les vomissements cessent, mais sont remplacés souvent par une sialorrhée persistante. Celle-ci est vraisemblablement d'origine réflexe, il y a là un phénomène analogue au réflexe œsophago ou gastro-salivaire. La douleur épigastrique s'est calmée, le blessé semble guéri et cette guérison apparente peut durer de quelques jours à plusieurs semaines : c'est l'intervalle libre. Mais, petit à petit, sournoisement, une tuméfaction apparaît dans la région épigastrique. Le blessé recommence à souffrir et peut présenter des symptômes de compression, si la tumeur est volumineuse : vomissements, névralgie cœliaque, ictère, gêne de la respiration.

Lorsqu'on examine le blessé, à cette période, on constate une tumeur profonde, rénitente plus rarement fluctuante, siégeant au-dessus de l'ombilic, empiétant souvent à gauche de la ligne médiane, quelquefois l'évolution se fait en arrière, vers la région lombaire. Si l'on n'opère pas à cette période, l'état général s'altère, l'amaigrissement devient rapide et considérable. L'examen des urines montre de la glycosurie, il y a de la diarrhée compliquée de stéarrhée. Ces troubles traduisent l'insuffisance de la sécrétion interne et externe du pancréas. En même temps, la tumeur grossissant peut se rompre, soit en péritoine libre, soit dans un viscère creux et la mort est fatale. Tel est le tableau du pseudo-kyste d'origine traumatique.

b. Les pseudo-kystes, consécutifs à une *pancréatite hémorragique*, se présentent en clinique d'une façon différente.

Les notions de pathogénie que nous avons rappelées permettent de comprendre que le malade atteint de pancréatite hémorragique présente presque toujours un passé hépatique avec des crises de coliques d'origine lithiasique.

La pancréatite hémorragique peut, d'ailleurs, revêtir plusieurs formes cliniques. La forme suraiguë, celle que Dieulafoy a décrite sous le nom de drame pancréatique, est presque toujours mortelle, si l'on n'intervient pas chirurgicalement et précocement. Elle peut, exceptionnellement, aboutir à la formation d'un pseudo-kyste. Mais, ce qui est l'exception devient la règle dans les formes subaiguës. Un malade est pris subitement d'une douleur violente à la région épigastrique. Celle-ci domine, pendant plusieurs jours, tout le tableau clinique : elle interdit au malade tout mouvement, gêne sa respiration, elle se traduit par un état d'angoisse pénible. L'examen du ventre montre un ballonnement considérable avec arrêt des matières et des gaz. Il n'y a pas de contracture comme dans la péritonite par perforation et pas de reptation des anses comme dans l'occlusion. Il n'y a pas d'élévation de température.

Cet état inquiétant persiste plusieurs heures, quelquefois plusieurs jours, puis l'état général s'améliore, le ventre est moins météorisé, la douleur se calme. Quelquefois, l'affection évolue avec des rechutes successives. Bientôt, un phénomène nouveau entre en scène : une tumeur apparaît, soit à la région épigastrique, soit à la région lombo-iliaque, soit même sous la coupole diaphragmatique. Cette tuméfaction, à contours difficiles à préciser, peut

évoluer par poussées successives : le pseudo-kyste est constitué. Si l'on n'intervient pas, il évolue comme le pseudo-kyste d'origine traumatique et le malade meurt de cachexie ou du fait de la rupture de la poche kystique.

B. Si la symptomatologie des pseudo-kystes attire rapidement l'attention, il n'en est pas de même pour les KYSTES GLANDULAIRES. Le vrai kyste débute insidieusement et le malade est amené à consulter, soit parce qu'il a constaté l'apparition d'une tumeur abdominale rénitente, quelquefois fluctuante, soit parce qu'il souffre. La douleur est des plus variables suivant que le kyste comprime tel ou tel organe. Irrite-t-il le plexus cæliaque ? la douleur est particulièrement violente. Comprime-t-il le pylore ? on aura un syndrome de sténose pylorique. Évolue-t-il vers la région lombaire ? on aura des symptômes de névralgie lombo-iliaque.

La tumeur est plus ou moins mobile, suivant la portion du pancréas qui lui a donné naissance. S'il s'agit d'un kyste de la tête, la tumeur est para-ombilicale, soulevée par les battements de l'aorte, suivant peu les mouvements respiratoires. Elle peut évoluer en arrière et donner lieu au phénomène du ballottement. Enfin, les kystes de la queue, souvent plus ou moins pédiculés, peuvent se placer un peu partout dans l'abdomen.

Comment évoluent ces tumeurs ? Le plus souvent elles progressent par à-coups successifs traduisant des hémorragies intrakystiques. Elles arrivent à déterminer des troubles graves, du fait de leur volume ou du fait de l'insuffisance glandulaire : amaigrissement, diarrhée, stéarrhée, glycosurie, coloration bronzée. La mort survient alors par cachexie comme dans le cancer du pancréas. Le kyste peut enfin se rompre dans l'intestin, le péritoine, le cholédoque, donnant lieu à des complications graves, le plus souvent mortelles.

Diagnostic. — *Le diagnostic des pseudo-kystes* du pancréas est assez souvent posé, car on a l'attention attirée par l'histoire de l'affection.

Dans le traumatisme pancréatique, on note le shock initial, puis l'intervalle libre, enfin l'apparition d'une tumeur épigastrique. La difficulté du diagnostic peut résider en la précision de l'organe lésé (rein, foie?...)

Dans la pancréatite hémorragique subaiguë, on retient immédiatement la douleur initiale, des symptômes de pseudo-péritonite ou de pseudo-occlusion aboutissant au développement d'une tumeur épigastrique. Mais, a-t-on à faire à une collection hématique enkystée ou à une collection purulente consécutive à une pancréatite aiguë suppurée? Le diagnostic peut-être d'autant plus difficile que l'histoire clinique des deux affections est analogue. Cependant la nature suppurée de la collection se révèlera par une élévation de température qui fait défaut dans la pancréatite hémorragique.

En fait de pseudo-kystes, il n'y a souvent, dit Bérard, que de pseudo-diagnostics, car on réunit sous cette étiquette les collections les plus variées. Cependant, en s'attachant a bien suivre l'histoire clinique, on peut faire un diagnostic précis. Il faut faire exception pour les cas où la collection est lombaire ou sous-phrénique. Le clinicien doit quelquefois se borner à porter une indication opératoire.

Le diagnostic du kyste glandulaire vrai peut présenter de grandes difficultés.

On voit d'énormes kystes qui simulent une ascite (cas de Sidney Philipps), il en est de petits qui passent inaperçus. D'une façon générale, le kyste est haut placé, supra-ombilical, situé un peu à gauche de la ligne médiane, en général rénitent, plus rarement fluctuant, souvent douloureux. Mais, en général il s'agit d'un diagnostic difficile et il faudra procéder par élimination.

Les tumeurs de la paroi s'immobilisent pendant la contraction des muscles pariétaux.

Les kystes ovariens seront diagnostiqués par le toucher vaginal.

S'agit-il d'une tumeur du pylore, de la rate, du rein?

Les kystes du pancréas, en comprimant ces organes, peuvent très bien en imposer pour une tumeur de ceux-ci.

L'examen clinique approfondi révèlera en général un signe paradoxal. Par exemple : un pseudo-néoplasme du pylore évoluant depuis plusieurs années s'accompagnera malgré une tumeur très apparente d'un état général bien conservé.

Il faut, lorsque la tumeur est antérieure, la percuter avec beaucoup de soin et l'on mettra sa matité en évidence entre deux zones sonores : l'estomac en dessus, le côlon transverse en dessous.

Les anciens auteurs (Minkowski) préconisaient l'insufflation de l'estomac et le remplissage liquide ou gazeux du gros intestin. Sous cette influence les tumeurs abdominales ont tendance à s'approcher de l'organe qui leur a donné naissance. Le kyste du pancréas s'efface entre le côlon et l'estomac.

Actuellement, on a recours à des manœuvres analogues, mais, sous l'écran radioscopique. On peut aussi injecter un gaz neutre dans le péritoine de façon à prendre une notion exacte du contour des organes abdominaux.

Quelle que soit la méthode employée, on s'efforcera de préciser le point de départ de la tumeur kystique. Ainsi, seront éliminés les diagnostics de tumeurs du foie, de la vésicule, du pylore, du côlon, de la rate et les affections du rein et de l'uretère (hydronéphrose).

Il est presque impossible de faire le diagnostic précis d'un kyste parapancréatique (d'origine péritonéale ou provenant de débris embryonnaires aberrants).

On évitera de confondre, à la phase de cachexie, un cancer de la tête du pancréas avec un kyste comprimant le canal cholédoque.

Enfin; systématiquement, on recherchera l'éosinophylie sanguine et fera la réaction de Parvu-Weinberg pour le cas échéant, orienter le diagnostic, vers le kyste hydatique.

Pronostic. — D'une façon générale et toutes choses égales, les kystes et pseudokystes guérissent d'autant mieux qu'ils sont diagnostiqués et opérés plus tôt.

Lorsque des symptômes d'insuffisance pancréatique entrent en scène (amaigrissement rapide, diarrhée, stéarrhée), l'intervention chirurgicale devient beaucoup plus grave.

Lorsqu'on opère dans de bonnes conditions, au contraire, nous verrons que 90 à 97 p. 100 des malades guérissent.

Traitement. — L'historique du traitement des kystes du pancréas est un résumé de l'évolution de la chirurgie abdominale.

En 1862, Le Dentu conseille l'abstention comme règle absolue.

En 1880, Péan entrevoit la possibilité d'une intervention qui n'est recommandée qu'en 1887 par Nimier.

L'année suivante, Tillaux dit qu'il ne faut se résoudre à opérer qu'en désespoir de cause.

La simple ponction, méthode aveugle, fut pourtant la première adoptée. Nous ne la citons que pour mémoire.

La première laparotomie suivie de marsupialisation du kyste, en deux temps, fut pratiquée par Thiersch en 1879; en un temps, par Rokitanski en 1881, et Boeckel en 1891 pouvait relater quinze cas d'opérations de ce genre avec quatorze guérisons. La première extirpation suivie de succès fut faite par Bozeman en 1881.

On peut dire aujourd'hui que la discussion concernant l'intervention optima n'est pas close et récemment, en 1919, à la Société de chirurgie, les opinions les plus opposées ont été soulevées. Plusieurs points sont à considérer : 1° la voie d'abord; 2° l'exérèse ou la marsupialisation.

P. Bazy insiste sur ce fait que c'est la voie par laquelle ils paraissent le plus accessibles, qu'il faut aborder les kystes du pancréas et la voie antérieure lui paraît la plus fréquemment utilisable. Delbet préconise la voie lombaire. Cette dernière nécessite un décollement des côlons et le passage entre le rein et le gros intestin, elle donne un jour moins grand mais plus de sécurité pour les lésions infectées.

La laparotomie sera médiane, paramédiane ou transversale, suivant le siège de la tumeur. Si celle-ci siège sous le foie, on peut être amené à effondrer le petit épiploon; si elle apparaît entre l'estomac et le côlon, il faut passer à travers l'épiploon gastro-côlique; siège-t-elle sous le côlon transverse? il faut relever son méso. Dans tous les cas, il faut traverser le péritoine postérieur moulé sur le kyste.

Il faut alors se rendre compte avec soin si la tumeur est extirpable ou non. Essayer d'extirper un pseudo-kyste serait aller à un désastre. On se laissera guider par les rapports du kyste plus ou moins mobile et par son aspect plus ou moins vasculaire. Il faut éviter le moyen terme, c'est-à-dire éviter de marsupialiser après une tentative infructueuse d'extirpation. Si l'on penche pour la marsupialisation, la tumeur sera en général incisée, avant d'être fixée à la paroi.

D'après Villar, l'extirpation donne une mortalité de 5 p. 100 et la marsupialisation de 7 p. 100, mais P. Mathieu fait remarquer que Villar comprend dans sa statistique de marsupialisation des extirpations incomplètes. La statistique de Goebell est plus explicite : l'extirpation totale donne une mortalité de 10 p. 100, l'extirpation partielle de 55 p. 100 et la marsupialisation de 3 p. 100. On peut déduire que l'opération la plus bénigne est la marsupialisation, la plus logique l'extirpation et la plus mauvaise l'extirpation incomplète.

Après l'exérèse, le drainage sera la règle, car, même après avoir rasé la tumeur de près, des canalicules pancréatiques restent ouverts, un suintement se manifeste qu'il faut, à tout prix, évacuer. Souvent il persiste une petite fistule qui se tarit en général spontanément.

Lorsque le kyste est haut placé, on pourra être forcé d'employer une voie transpleurale.

Lorsqu'il persiste une *fistule*, après l'intervention, celle-ci se tarit souvent spontanément, mais il peut arriver qu'elle devienne chronique. Une nouvelle intervention s'impose. Il faut alors disséquer et exciser le trajet fistuleux. La dissection, au milieu du tissu fibreux et dans une région dangereuse est souvent pénible; mais il faut, à tout prix, voir l'origine de la fistule, car si un canal pancréatique important est ouvert, il faut le lier; sinon la fistule se reproduit fatalement.

BIBLIOGRAPHIE

ANGER. *Soc. anat.*, 1865.
BAZY (P.). *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, nov. 1919.
BÉCOURT. *Th. de Strasbourg*, 1830.
BÉRARD. Kystes de l'arrière-cavité, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, déc. 1919.
BOECKEL (J.). *Des Kystes pancréatiques*, 1891; — Congrès intern. de chir., 1900, voir *Revue de chir.*, 1900, t. II, p. 375.
CECHERELLI (A.). Congrès intern. de chir., 1900, voir *Revue de chir.*, 1900, t. II, p. 369.
COUTURE. Pseudo-kystes du pancréas, *Th. de Paris*, 1910-1911.
DELBET (P.), BROCQ et MOREL. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1914, p. 24.
DESVAUX DE LYF. Fistules du pancréas, *Th. de Paris*, 1911-1912.
DOYEN. Congrès franç. de chir., 1905, voir *Presse méd.*, 1905, p. 685.
FAURE (J.-L.). Des suppurations du pancréas, *Presse méd.*, mars 1909, p. 225.
GARRÉ. Congrès franç. de chir., 1905, voir *Presse méd.*, 1905, p. 685.
GOEBELL. Congrès de la Soc. all. de chir., 1907, voir *Presse méd.*, 1907, p. 237, et *Revue de chir.*, 1907, t. II, p. 651; — *Centralbl. f. Chir.*, 1907, t. I, p. 79.
GOSSET. Maladies du pancréas, *Précis de pathologie chirurgicale*, t. III, p. 335.
GOSSET, J. CAMUS et MONOD (Robert). Communication au *Congrès de physiol.*, 1920.
HARDOUIN. Traitement des kystes, *Revue de chir.*, 1907, t. I, p. 806.
HARTMANN. Congrès franç. de chir., 1891, voir *Revue de chir.*, 1891.
HEINECKE. Sur les ruptures du pancréas, voir *Presse méd.*, 1908, p. 158.
KIJEWSKI. Cité par Paul MATHIEU, in *Paris méd.*, juin 1912.
KÖRTE. *Deut. Chir.*, Lief 1898; — *Deut. med. Woch.*, 1911.
LECÈNE (rapport). *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, fév. 1919.
LE DENTU. *Soc. anat.*, 1865.
LEJARS. Congrès franç. de chir., 1905, voir *Presse méd*, 1905, p. 685.
LENORMANT. Pancréatites aiguës, *Monde méd.*, 25 avril 1914.
MARTENS. *Deut. Zeit. f. Chir.*, Leipzig 1909, p. 306, 311.
MATHIEU (P.). Kystes et pseudo-kystes, *Paris méd.*, juin 1912.
MAYO ROBSON. Congrès intern. de chir., 1900, voir *Revue de chir.*, 1900, t. II, p. 372.
MINKOWSKI. Zur Diagnostic der abd. Tumoren, *Berl. klin. Woch.*, 1888.
MORESTIN. Congrès franç. de chir., 1905, voir *Presse méd.*, 1905, p. 685.
PICQUÉ et GUINARD. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, juin 1908.
QUÉNU. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1911; — *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, MALADIES DU PANCRÉAS, t. VII, p. 175.
REYNIER. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 16 juin 1909.
SENN. The surgical treatment of the pancreas, *Amer. Journ. of med. sc.*, 1885, t. II, p. 2.
SIDNEY PHILIPPS. Enorme kyste du pancréas, *Brit. med. Journ.*, 1901.
VILLAR. Diagnostic et traitement des kystes, voir *Revue de chir.*, 1900, t. II, p. 378; — Congrès franç. de chir., 1905, voir *Presse méd.*, 1905, p. 684.
WALTHER. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1908.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1922)

Sur un composé bismuthique de la série aromatique et son activité thérapeutique. — MM. Henri GRENET et Henri DROUIN ont étudié différents sels de bismuth utilisables en thérapeutique antisyphilitique. Ils se sont arrêtés à un dérivé phénolique. Ce sel, dont la teneur en métal actif est comparable à celle du tartro-bismuthate de sodium et de potassium, est soluble dans l'eau et peu toxique : une injection intraveineuse de 10 centigrammes est bien supportée par un lapin de 3 kilos. Par sa faible toxicité, il se distingue de la plupart des sels de bismuth et en particulier du tartro-bismuthate.

Chez l'homme, il n'a encore été employé qu'à faible dose, ne dépassant pas 10 centigrammes, tant par la voie intraveineuse que par la voie hypodermique. Les auteurs se réservent, d'ailleurs, d'en étudier plus complètement la tolérance.

L'injection intraveineuse de 10 centigrammes ne détermine chez l'homme aucun trouble, si ce n'est d'une manière inconstante une douleur immédiate, vive et passagère dans la mâchoire. Ce phénomène n'est observé qu'à partir de 8 centigrammes; il est propre au bismuth, puisque, dans des essais antérieurs datant de 1919, les auteurs l'avaient déjà constaté avec d'autres sels de bismuth introduits dans les veines à plus faibles doses.

L'injection sous-cutanée ou intramusculaire de 10 centigrammes dans 2 centimètres cubes d'eau est à peine douloureuse, ne détermine pas de nodosités et peut être répétée à la même dose tous les deux jours.

Ni avec les intraveineuses, ni avec les hypodermiques, les auteurs n'ont observé de stomatite (à peine un léger liséré gingival chez les sujets à mauvaise dentition).

Avec la dose de 10 centigrammes répétée trois fois par semaine on a obtenu la disparition des lésions syphilitiques primaires, secondaires et tertiaires avec une rapidité comparable à celle que donnent les arsenobenzènes. La réaction de Bordet-Wassermann paraît un peu moins vite influencée. Sous le rapport de l'activité thérapeutique, la voie veineuse ne semble pas supérieure à la voie hypodermique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1922)

Des modifications à apporter dans l'enseignement secondaire. — M. LINOSSIER rappelle que plusieurs propositions faites dans la dernière séance ont été renvoyées à la Commission. Il vient donc aujourd'hui relire les conclusions de la Commission modifiées dans le sens de ces propositions. Voici ces conclusions :

« Au moment où un projet de réforme du programme de l'enseignement secondaire va être soumis au Parlement, l'Académie de médecine, se plaçant au point de vue exclusif de la sauvegarde de l'hygiène physique et intellectuelle de la jeunesse, tant féminine que masculine, émet le vœu :

1° Que, en dehors de l'éducation physique proprement dite, qui devra être développée, soient organisés dans les lycées, pour utiliser les heures de repos, des jeux variés (avec terrains et matériel de jeux) et des travaux manuels, et que les externes puissent être autorisés à assister aux uns et aux autres ;

2° Que les classes soient moins peuplées et que le nombre des élèves n'y dépasse pas trente ; qu'un rôle important soit donné au professeur principal. »

C'est à la quatrième conclusion qu'ont été ajoutés : 1° le vœu, proposé par plusieurs membres, que les classes soient plus homogènes; 2° le vœu, proposé par M. Fourneau, que l'on augmente le nombre des professeurs et aussi le nombre des lycées.

En formulant ce dernier vœu, M. Fourneau fait remarquer que plusieurs arrondissements n'ont pas de lycées. Il est incontestable que ceux-ci sont insuffisants pour la population parisienne.

Plusieurs membres avaient proposé que l'on fît, dans les classes, une sélection et que l'on séparât les bons élèves des mauvais.

M. ROUX s'élève contre cette proposition. Quel est, dit-il, le professeur qui prendra la responsabilité d'éliminer de certaines classes les élèves faibles? Ne sait-on pas, en effet, que ces élèves, faibles dans les basses classes, peuvent se relever et devenir les bons élèves des hautes classes. Les exemples de ce genre ne sont pas rares.

M. LE GENDRE combat le système des répétiteurs auxquels il trouve un double inconvénient, celui d'abord de surcharger encore le travail des enfants et celui de n'être pas à la portée de toutes les familles comme étant trop coûteux. M. Legendre préférerait le système de classes spéciales réservées aux élèves faibles.

M. WALLICH rappelle qu'on a parlé d'heureuses modifications constatées au lycée Louis-le-Grand. Il croit pouvoir en rapprocher le lycée Condorcet. Il donne des statistiques.

Par exemple, au point de vue du renouvellement des classes imposé à certains élèves faibles, il y trouve cet inconvénient que bien des familles n'acceptent pas ce renouvellement. C'est ainsi que, à Condorcet, 58 p. 100 des élèves ont quitté le lycée, les familles se refusant au renouvellement.

Plusieurs membres ont combattu la proposition de M. Roux tendant à un bouleversement complet des idées et des coutumes courantes, ainsi que la proposition de M. Fourneau demandant une augmentation du nombre des lycées à Paris.

A ce propos, M. VAILLARD fait observer que tout le monde est d'accord pour conseiller que les classes soient plus homogènes. On n'a discuté que sur les moyens d'y arriver. Il rappelle qu'on a représenté l'Académie regardant l'avenir. Il faut mettre ce symbole en pratique et le but de l'Académie doit être, en effet, d'envisager l'avenir. Or, il n'y a pas à craindre de proposer les réformes les plus urgentes et les plus importantes, si tel doit être l'intérêt des enfants de l'avenir.

M. Maurice DE FLEURY pense, avec le rapporteur de la Commission, qu'il est plus sage de demander d'abord des réformes facilement réalisables. Si, en effet, nous demandons trop, nous n'obtiendrons rien.

M. ROUX répond à cela que les professeurs de l'Université sont eux-mêmes de l'avis qu'il y a de grands changements à faire.

M. LINOSSIER estime que la Commission a dû se montrer modeste dans ses réclamations, craignant qu'en demandant trop elle n'obtienne rien.

— L'Académie procède au vote des conclusions du rapport qui sont adoptées avec les modifications proposées.

M. LINOSSIER estime que l'unanimité de l'Académie à proposer certaines réformes, qui s'imposent, donnera plus de poids aux vœux qu'elle a émis.

— Au début de la séance, a été encore agitée la question des revaccinations antityphoïdiques

A propos de la propagande en faveur de la vaccination antityphoïdique. — M. DOPTER, dans le but de favoriser la campagne de persuasion à entreprendre auprès de la population civile, demande à l'Académie si elle ne jugerait pas utile d'attribuer des récompenses aux médecins qui se montreraient les plus actifs dans la diffusion de cette propagande auprès des familles et pourraient justifier du nombre des vaccinations qu'ils auraient pratiquées. Il s'agirait d'une mesure analogue à celle que l'on prend pour récompenser les efforts réalisés vis-à-vis de la vaccination antivariolique.

M. ACHARD se joint à M. Dopter et apporte de nouveaux arguments en faveur de ces revaccinations. Il a parlé antérieurement d'une infirmière qui avait échappé à la vaccination, qui a contracté une fièvre typhoïde à laquelle elle vient de succomber. Une autre infirmière, ayant également échappé à la vaccination, vient d'être atteinte à son tour par la fièvre typhoïde. Il propose donc, d'accord avec M. Dopter, d'émettre le vœu suivant : 1° l'Assistance publique doit assurer la vaccination préventive de tout le personnel appelé

à soigner des maladies contagieuses; 2° s'opposer à ce que tout infirmier ou infirmière qui aura échappé à la vaccination soit appelé à soigner des maladies contagieuses.

M. VAILLARD appuie la proposition de M. Dopter relative à l'attribution de récompenses aux médecins qui auront le mieux favorisé les vaccinations antityphoïdiques, comme cela a lieu pour les vaccinations antivarioliques.

Quant aux vaccinations du personnel hospitalier, elles devraient être obligatoires pour tout le personnel, sans exceptions.

Le vœu formulé par MM. Dopter et Achard est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

Sur le traitement spécifique d'une affection mycosique : la lymphangite épizootique des solipèdes. — MM. A. BOQUET et E. NÈGRE. La lymphangite épizootique des solipèdes est une affection mycosique due au cryptocoque découvert par Rivolta et cultivé en série pour la première fois par les auteurs de cette note. Cette maladie, autrefois peu connue en France, est devenue très fréquente depuis que les chevaux de l'Afrique du Nord l'ont introduite de nouveau dans notre pays.

MM. Boquet et Nègre ont établi une nouvelle méthode de traitement de la lymphangite au moyen d'injections répétées d'émulsions de cultures stérilisées. Cette méthode, essayée depuis 1918 sur plus de 1.200 animaux, s'est montrée beaucoup plus efficace que les traitements employés jusque-là et a donné une proportion de guérisons d'environ 75 p. 100.

La mycothérapie spécifique a été ainsi appliquée pour la première fois et avec succès au traitement d'une affection mycosique. Ce résultat présente ainsi un double intérêt pratique et théorique et permet d'entrevoir la possibilité de traiter les mycoses humaines par un vaccin approprié.

Protection contre les rayons de Rœntgen. — MM. Henri BÉCLÈRE, CHEVROTTIER et Auguste LUMIÈRE présentent des briques à la baryte de leur invention qui sont opaques et ne se laissent pas traverser par les rayons X. En revêtant de ces briques les murs et les planches des laboratoires de radiologie on évitera tout danger de propagation chez les voisins.

Le repos de la pensée. — Sous ce titre, M. GUÉNIOT démontre que « ne penser à rien » constitue un très bon remède contre l'obsession, le surmenage et la fatigue cérébrale. Il cite des exemples d'hommes capables d'arrêter leurs pensées, de les chasser de leur esprit et d'arriver ainsi à un repos cérébral très utile. Mais cela n'est pas facile, ni donné à tout le monde. M. Guéniot nous affirme cependant qu'avec une certaine éducation et un certain entraînement on pourrait y arriver ou tout au moins remplacer la pensée obsédante par d'autres pensées fugaces, vagues et instables.

— Nous nous sommes souvent plaints de ne rien entendre des communications faites à l'Académie. Nous ne sommes plus les seuls. Dans cette séance, au moment de voter les conclusions de la Commission des réformes de l'enseignement secondaire, plusieurs membres ont déclaré ne pouvoir voter, n'ayant rien entendu.

Il a fallu que M. le rapporteur quittât la tribune et vint se placer au milieu des membres pour se faire entendre.

M. le Trésorier a promis qu'on allait prendre des mesures pour que pareil fait ne se reproduisit pas. Espérons-le.

(SÉANCE DU 7 MARS 1922)

L'opération de Steinach peut-elle favoriser le rajeunissement de l'organisme animal ? — M. MARINESCO a fait une série d'expériences sur les animaux et même sur l'homme relativement aux résultats fournis par l'opération de Steinach. Cette opération consiste dans la ligature des canaux déférents. De nombreuses expériences sur les rats, il résulte que l'on obtient quelques résultats.

La communication de M. Marinesco est très documentée et ses conclusions, quelque peu troublantes, méritent d'être étudiées. Toutefois le rajeunissement proprement dit n'a pas été obtenu. Ce n'est encore qu'une chimère.

Traitement de l'érythème noueux par la röntgenthérapie. — M. VAQUEZ rappelle que M. Béclère a déjà attiré l'attention de l'Académie sur ce mode de traitement de l'érythrémie. Il apporte des faits qui confirment absolument les résultats déjà présentés par M. Béclère. On a cru, au début, devoir diriger les irradiations sur la région de la rate. C'est là une mauvaise méthode qui n'est pas sans danger. C'est sur la moelle osseuse qu'il faut porter les rayons. Les premières expériences remontent à 1916.

M. Vaquez cite l'exemple d'une femme dont le sang contenait 9.000.000 de globules rouges. Après la röntgenthérapie, ce chiffre est tombé à 5.000.000 et la guérison de l'érythrémie a été obtenue.

Cette guérison sera-t-elle définitive? M. Vaquez n'oserait encore l'affirmer. Il fait de nouvelles et nombreuses expériences pour se faire, à ce sujet, une opinion certaine.

En résumé, l'application des rayons X au traitement de l'érythrémie a déjà fait ses preuves et donné de bons résultats.

Sur l'action des émanations à vie courte (le thorium et l'actenum) au cours des cures thermales. — MM. LOIR et CASTELLE.

Protection des murs des salles de röntgenthérapie. — MM. FERRAND et REGAUD ont trouvé le moyen de rendre ces murs réfractaires, au passage des rayons, par l'introduction, dans ces murs, de minerai de plomb.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 3 MARS 1922)

Deux cas de méningite spinale avec coagulation massive et spontanée du liquide céphalo-rachidien. — MM. E. DE MASSARY et J. GIRARD rapportent deux observations de méningite, l'une à méningocoques, l'autre tuberculeuse. Le liquide était jaunâtre et se coagula en masse. Dans l'un des cas il y avait soudure des méninges, dans l'autre elles étaient libres, et dans les deux cas prédominance des lésions vasculaires.

Les auteurs pensent que les lésions vasculaires, dans une séreuse enflammée riche en leucocytes, paraissent avoir plus d'importance qu'un cloisonnement qui peut faire défaut.

M. SICARD pense que pour soupçonner le cloisonnement des méninges il est indispensable de pratiquer des ponctions en séries.

Si, au cours de ces fonctions, la xantochromie et la coagulation massive persistent, il y a de grandes chances pour qu'il existe un cloisonnement.

Méningo-myélite aiguë postérysipélateuse avec syndrome de coagulation massive. Infection à streptocoque, staphylocoque et pyocyanique. — MM. BOIDIN et J. DE MASSARY rapportent l'observation d'un cas de myélite aiguë postérysipélateuse rapidement mortelle. La ponction lombaire avait donné issue à un liquide jaune, coagulant en masse. L'autopsie a permis de se rendre compte qu'il s'agissait d'une myélite aiguë avec méningite purulente et un abcès extradural. Dans ce dernier le pyocyanique est à l'état de pureté et sur les coupes de cervelle il y a de nombreux amas microbiens formés à la fois de staphylocoques, streptocoques et pyocyaniques. Cette association microbienne est fréquente dans les érysipèles suppurées.

Traitement de l'arythmie complète par la quinidine. — MM. A. CLERC et N. DESCHAMPS apportent les résultats de leur statistique personnelle concernant vingt-quatre malades chez lesquels l'action médicamenteuse a été suivie grâce aux tracés mécaniques et électrocardiographiques. Les malades étaient soumis au repos complet et à une cure digitalique préalable de cinq jours. Après avoir vérifié la persistance de l'arythmie, malgré le ralentissement du cœur, on administrait la quinidine à doses croissantes, sans dépasser généralement 1g40 pro die. Dans 50 p. 100 des cas la régularisation est obtenue. Parmi les douze insuccès, les uns ont été dus à l'inefficacité du médicament, les autres à des incidents dont les plus fréquents ont été la diarrhée et les troubles digestifs,

d'autres fois les signes d'insuffisance cardiaque se sont accentués. Un malade atteint d'insuffisance cardiaque sérieuse est mort pendant le traitement, sans toutefois que celui-ci semble pouvoir être incriminé. Parmi les douze insuccès, cinq seulement ont été durables, l'arythmie réapparaissant dans l'intervalle.

M. Laubry pense que le sulfate de quinidine agit surtout sur les troubles de l'excitabilité et qu'il ne faut pas se baser sur les données cliniques pour affirmer l'amélioration constatée. Souvent la tachyarythmie persiste sur les tracés électriques.

M. Ribierre pense également que le sulfate de quinidine a une action inconstante, et à ce propos résume l'observation d'un malade qui, après avoir présenté une crise de tachycardie paroxystique ayant duré sept jours et de la tachyarythmie, s'est trouvé très amélioré par leur cure d'ouabaïne et un traitement quinidinique. L'auscultation du cœur montrait un cœur régulier battant à 76 par minute et cependant le tracé électrocardiographique montrait toujours de la tachysystolie auriculaire et par instants de la fibrillation.

Contrôle graphique du critère palpatoire en sphygmomanométrie. — MM. A. Mougeot et P. Petit montrent, grâce à la méthode graphique, que dans la méthode de Riva-Rocci il y a toujours une erreur proportionnelle à la hauteur du brassard et à la longueur du segment artériel, et inversement proportionnelle au tonus vasculaire. Cette erreur est réduite au minimum par l'exploration auscultatoire pratiquée immédiatement en aval du brassard compresseur.

M. Laubry insiste sur ce fait que M. Mougeot a raison au point de vue purement physiologique mais qu'en clinique les données fournies par la méthode Riva-Rocci et la méthode auscultatoire sont excellentes.

Action des injections sous-cutanées d'oxygène dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — MM. A. Delille, Hillemand et Lestocquoy ont étudié systématiquement les éléments du sang et les anticorps de trente-deux malades traités par les injections sous-cutanées d'oxygène suivant la méthode de Bayeux. En même temps qu'une amélioration de l'état général ils ont noté des modifications du nombre des globules rouges, des leucocytes et surtout un abaissement notable de la teneur du sérum en anticorps qui démontrent l'activité de cette méthode.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1922)

Tumeur pararénale. — M. Okinczyc rapporte l'observation d'une femme de cinquante-deux ans qui présentait des métrorragies, des ménorragies, avec un col saillant, un utérus fibromateux et, en outre, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur régulière, arrondie, lisse, sans connexion avec l'utérus ; laparotomie, hystérectomie, libération de la tumeur de la fosse iliaque, ablation.

L'examen histologique montra qu'il ne s'agissait pas d'un néoplasme, mais bien d'une tumeur pararénale.

Invagination sigmoïdo-rectale. — M. Savariaud fait un rapport sur l'observation suivante adressée par son interne, M. Marais : Homme de quarante-huit ans, pris brusquement, en allant à la selle, d'une violente douleur dans l'abdomen, en même temps qu'apparaissait à l'anus, une sorte de tumeur lymphoïde, violacée.

M. Marais parvint à réduire partiellement cette tumeur ; mais en pratiquant le toucher rectal, aussi haut que possible, il s'aperçut que la réduction n'était pas complète. Le malade étant sous l'influence de la rachianesthésie, M. Marais fit alors la laparotomie, acheva la réduction de la partie invaginée, la fixa par le procédé de Duval. La guérison se maintient parfaite depuis sept mois.

Résection du gros intestin. — M. Lecène fait un rapport sur plusieurs cas de résection du gros intestin adressés par M. Kummer (de Genève). M. le rapporteur divise ces cas en deux groupes, celui dans lequel les malades présentaient des lésions anatomiques et le second groupe dans lequel les malades n'avaient pas de lésions. Le premier groupe comprend quatre cas : premier cas : enfant de onze ans, invagination iléo-cæcale, résection de la dernière portion de l'iléon, du cæcum, du côlon ascendant, anastomose iléo-transverse. Deuxième cas : tuberculose iléo-cæcale, même opération, guérison. Troisième cas, jeune fille de dix-huit ans, appendicite gangréneuse, fistules intestinales, résection de l'iléon et du cæcum, anastomose iléo-transverse, contrôle radioscopique. guérison. Quatrième cas : résection de l'iléon et du cæcum pour tuberculose iléo-cæcale, implantation de l'iléon dans le transverse.

Voilà donc quatre cas absolument semblable au point de vue opératoire, différents seulement par la lésion, également semblables par le bon résultat obtenu, c'est-à-dire un bon fonctionnement de l'intestin.

Le second groupe comprend deux observations de malades constipés, spasmodiques, névrosés, mais sans aucune lésion anatomique de l'intestin et ayant subi la même intervention : c'est-à-dire l'anastomose iléo-transverse.

Chez ces deux malades, résultat opératoire immédiat bon ; mais ces bons résultats ne se maintiennent pas, récidive des accidents de constipation et autres, réintervention dans un cas, nouvelle résection. Résultats définitifs très médiocres, quand ils ne sont pas nuls.

M. Lecène fait observer que les opérations pratiquées par M. Kummer, chez le premier groupe de ses malades, c'est-à-dire, chez ceux qui présentaient des lésions anatomiques de l'intestin, sont parfaitement justifiées, étaient parfaitement indiquées et ont donné de bons résultats définitifs. Il n'en est pas de même pour le second groupe. Il s'agit, dans ce second groupe, de névropathes, de constipés, d'entéritiques, mais sans lésions anatomiques de l'intestin. M. Kummer a bien cherché une explication pathogénique des accidents présentés par ces malades, mais ce sont là des hypothèses et, d'ailleurs, la récidive des accidents, plus ou moins longtemps après la ou les interventions, puisque dans plusieurs cas, il y en a eu plusieurs, semble bien démontrer qu'il n'y a pas lieu d'espérer des résultats définitifs. En résumé, M. Lecène condamne les interventions chirurgicales chez ces malades.

M. Souligoux est de cet avis et rappelle que lorsqu'on a parlé de ces interventions chirurgicales contre la constipatton, avec plusieurs de ses collègues, il a demandé ce que l'on entendait par ce mot de constipation. La chirurgie n'a rien à faire ici et loin d'être un progrès, c'est un recul que de l'appliquer à ces sortes de cas.

Tumeur de la glande carotidienne. — M. Lenormant fait un rapport sur une intéressante observation de M. Descarpentier : Il s'agit d'un exemple de ces tumeurs de la loge carotidienne qui ont été si bien décrites par Reclus et Chaput, et dont Morestin a publié un des premiers exemples. Dans l'observation de M. Descarpentier, il s'agit d'une femme de trente-huit ans qui portait une grosse tumeur cervicale, indolente, se développant très lentement et remontant à une dizaine d'années. La malade demandait qu'on la lui enlevât.

En pratiquant l'intervention, M. Descarpentier fut frappé de la richesse des veines sous-cutanées au niveau de la tumeur. Arrivé sur elle, il constata qu'elle englobait les vaisseaux carotidiens. En poursuivant sa dissection, il put facilement décoller la tumeur de la face externe, la séparer de la jugulaire, mais il était impossible de la séparer des carotides. La tumeur ne put être enlevée qu'après avoir lié les trois carotides au-dessus et au-dessous d'elle. Elle put être alors énucléée.

Après l'opération, la malade fut légèrement comateuse, présenta une paralysie du membre supérieur droit et de l'aphasie. Peu à peu, cette malade récupéra ses facultés intellectuelles et ses troubles paralytiques disparurent.

Il n'y a rien à ajouter à la description que Reclus et Chaput nous ont donnée de ces tumeurs. Au point de vue histologique, la tumeur, enlevée par M. Descarpentier, était encapsulée, présentait un stroma fibreux, à grandes cellules, reproduisant simplement une hyperplasie de la glande, sans aucun caractère néoplasique, c'est en somme la structure de la glande carotidienne elle-même. Très rarement, il y a eu dégénérescence sarcomateuse.

Etant donnée la nature bénigne de ces tumeurs, on peut se demander si l'intervention chirurgicale est indiquée dans

ces cas, où l'on peut être amené à lier les trois carotides. Sur 65 cas, qui ont pu être réunis, il y a 14 morts. Il y a donc une réelle gravité dans l'intervention par le fait de la ligature des carotides. Sur 18 cas, dans lesquels les carotides ont pu être conservées, il n'y a eu qu'un décès. Sur 40 cas, où les carotides ont dû être réséquées, il y a eu 13 morts. Si l'on se rappelle que ces tumeurs ont une évolution très lente, qu'elles sont bénignes, on serait tenté de conclure qu'il vaut mieux les laisser que, pour les enlever, risquer les dangers de la ligature carotidienne. Mais s'il était possible de les enlever en conservant les carotides, il en irait tout autrement. Dans plusieurs cas d'ablation de ces tumeurs avec résection et ligature des carotides, on s'est aperçu, après l'ablation, en examinnnt la tumeur, qu'elle aurait pu être séparée des vaisseaux et qu'il eut été possible de conserver les carotides.

Que faut-il conclure de ces faits? qu'en pareil cas, le devoir du chirurgien est de se montrer aussi conservateur que possible, et qu'il ne doit tenter l'ablation de ces tumeurs qu'à la condition de pouvoir conserver les carotides.

M. Chevassu s'associe à ces conclusions, il trouve exagéré de sacrifier les vaisseaux carotidiens pour enlever des tumeurs aussi bénignes. Il n'accepterait l'ablation de ces tumeurs qu'à la condition qu'on puisse ménager les vaisseaux carotidiens.

M. Chevrier, dans un cas, avait cru d'abord à une adénopathie cervicale, puis à une tumeur carotidienne. Devant la tumeur passait un gros vaisseau qu'on prit pour la carotide externe. A la partie postérieure, la tumeur était soulevée par un autre vaisseau qui semblait être la carotide interne. La tumeur était ferme. En général, les tumeurs carotidiennes sont plutôt molles. Il y avait des ganglions qui n'existent pas habituellement dans ces tumeurs. A l'opération, on vit qu'il s'agissait d'une anomalie artérielle.

En réalité, il s'agissait d'une tumeur thyroïdienne et non d'une tumeur de la glande intercarotidienne.

M. Lecène estime qu'il y a grand intérêt à conserver la carotide interne et surtout la carotide primitive. Mais la séparation des artères peut être difficile, auquel cas il vaut mieux s'abstenir.

Le massage du cœur en cas de syncope au cours de l'anesthésie. — M. Lenormant fait un rapport sur une observation de M. Gautier (de Luxeuil) : Ostéite, suite de blessure de guerre, anesthésie chloroformique, syncope. Trachéotomie, respiration artificielle, ouverture du thorax, massage du cœur, retour momentané des battements à deux reprises, mort après six heures d'efforts. Le massage du cœur, en pareil cas, est l'*ultima ratio*. M. Lenormant, croit plus simple de faire la laparotomie et de masser le cœur à travers le diaphragme.

Enfouissement de l'appendice. — M. Lardennois passe en revue les différents procédés qui ont été proposés pour le traitement du moignon appendiculaire depuis vingt-cinq ans. Parmi ces procédés, M. Lardennois signale la suture terminale méthodique qui a donné à Roux (de Lausanne) de si nombreux succès. Cette suture terminale, en trois plans, est un procédé simple, rapide et assurant parfaitement l'asepsie du moignon.

Il n'est pas nécessaire d'enfouir un moignon bien désinfecté. M. de Martel a eu raison d'insister sur les inconvénients de l'enfouissement, quand on se trouve en présence d'une paroi cæcale amincie, atonique. Il est évident que dans ces cas, il vaut mieux ne pas enfouir. S'écartant un peu de la question, M. Lardennois envisage les sutures du côlon. Pour ces sutures, il est resté et restera fidèle à la suture colo-colique-terminale en trois plans qui lui a toujours donné de bons résultats.

Occlusion aiguë. — M. Mathieu présente une malade qu'il a opérée d'urgence pour une occlusion aiguë : cæcostomie, obstacle sur le côlon gauche. Les matières sortent par l'anus naturel et l'anus artificiel se ferme spontanément.

Seconde laparotomie, obstacle au niveau du transverse, la résection colique, suture bout à bout. Guérison.

Résections coliques pour cancers. — M. Baumgartner a réséqué trois cancers du côlon pelvien en un seul temps.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1922)

Variations physiologiques de la pepsinémie. — MM. Loeper et Debray précisent la technique du dosage de la pepsine sanguine et en étudient les variations à l'état physiologique. Ils montrent que le taux normal de la pepsine sanguine est assez constant chez un même sujet, qu'il est faible dans l'inanition, s'accroit par l'alimentation, que sa courbe enfin s'élève après les repas presqu'à la deuxième heure pour s'abaisser ensuite au-dessous de la normale.

Ces variations sont assez parallèles à celles de la pepsine urinaire, mais elles le précèdent quelque peu.

L'action de l'autosérothérapie sur les albumines et les lipoïdes du sérum des cancéreux. — MM. Loeper, Debray et Tonnet ont appliqué l'autosérothérapie à plusieurs cancéreux de l'estomac. Les résultats cliniques seront rapportés ultérieurement. Les auteurs ont surtout voulu montrer les variations qu'apporte cette thérapeutique à la composition chimique des sérum. Après six injections de 10 centimètres cubes, le taux des globulines s'abaisse fréquemment, la proportion d'acides animés s'accroît et la richesse en lipoïdes diminue notablement.

Il est intéressant d'opposer ces résultats à ceux presque inverses donnés par la radiothérapie et que les auteurs ont rapportés l'an passé.

Du rythme de l'élimination des chlorures au cours de néphrites hydropigènes. — M. P.-L. Violle (de Vittel). En cas de néphrite hydropigène avec grosse rétention chlorurée (le malade étant au régime déchloruré) quelle que soit la quantité d'eau absorbée et éliminée, les reins ne peuvent laisser passer, au point de vue de l'élimination chlorurée, qu'une solution saline de concentration absolument fixe, concentration maxima invariable au cours de l'expérience journalière, mais variable, en plus ou en moins, d'un jour à l'autre, suivant qu'il y a amélioration ou aggravation de l'état rénal. Ce n'est que lorsque le rein redevient franchement perméable avec chlorures qu'on commence à observer des écarts dans le taux chloruré des éliminations successives journalières. Chez le sujet sain ces écarts sont de plusieurs grammes dans les conditions de l'expérience.

Diffusibilité clinique comparée de l'acide urique et de l'urée. — MM. Chauffard, Brodin et Grigaut ont recherché la diffusibilité de l'acide urique dans les exsudats pathologiques et le liquide céphalo-rachidien. Pour les liquides ascitiques et pleurétiques, la teneur est sensiblement la même dans le sérum et le liquide examiné. Par contre, l'acide urique ne passe dans le liquide céphalo-rachidien qu'en proportion minime, toujours très inférieur à la teneur du sérum; à l'inverse de ce qui se produit pour l'urée dont la diffusibilité est à peu près la même dans toutes les humeurs de l'organisme.

Les milieux au vert malachite et la recherche des salmonella dans les selles. — MM. Besson et de Lavergne ont constaté l'action antiseptique du vert malachite vis-à-vis des bacilles de Morgan et de Castellani. Les milieux au vert malachite ne sont pas à employer pour les analyses bactériologiques des selles de malades atteints de diarrhée.

Application du phénomène de Smith à la différenciation des différentes races de paratyphique B. — MM. Besson et de Lavergne, en modifiant l'expérience de Th. et Do. Smith, ont constaté que le bacille coli, ensemencé en milieu lactosé après culture de six jours de bacille de Schottmüller et Gaertner, ne produit aucune fermentation gazeuse; il en produit au contraire, si le milieu lactosé a servi à la culture du bacille d'Aertryck. Il y a là un argument nouveau en faveur de la dualité des deux espèces de paratyphique B. : type Schottmüller et type Aertryck.

Origine périphérique des ondes pléthysmographiques respiratoires chez l'homme, leur identification avec les ondes de Traube-Hering. — M. A. Mougeot. Recueillie en aval d'un brassard insufflé jusqu'à amortissement des pulsa-

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les ulcères digestifs, par Paul CARNOT, HARVIER et Paul MATHIEU. In-8 broché. Paris, J.-B. Baillière et fils.

tions artérielles, l'onde volumétrique croît pendant l'inspiration, décroît pendant l'expiration, suivant une marche exactement inverse de celle des variations respiratoires de la pression intra-aortique. Elle représente l'effet d'un mécanisme nerveux (périphérique et automatique) de régulation de la pression artérielle, et objective chez l'homme l'onde de Traube-Hering, commandée par le centre vaso-moteur du bulbe.

REVUE DES THÈSES

De la transmission des bruits pulmonaires du côté malade au côté sain (1), par R. Duval-Arnould.

La question de savoir si les lésions tuberculeuses pulmonaires sont unilatérales ou non est capitale, si l'on veut opposer à ces lésions le traitement du pneumothorax artificiel. Or, il existe quelquefois du côté sain des bruits anormaux qui n'appartiennent pas à ce poumon, mais qui proviennent du côté malade; on comprend combien l'interprétation de tels bruits est important et combien le diagnostic exact de leur origine doit être précisé avec certitude. C'est ce que M. Duval-Arnould étudie dans sa thèse avec détail en apportant des observations personnelles en même temps des observations de MM. Babonneix et Ameuille.

Un premier point à retenir c'est que les moyens de diagnostic qui permettent d'affirmer l'intégrité du poumon sain, siège des bruits transmis, n'ont de valeur que s'ils se vérifient les uns les autres. Isolément ils perdent de leur importance.

Ces moyens sont fournis par la percussion, la palpation, l'auscultation et la radioscopie. Ainsi, dans le foyer des bruits transmis, les vibrations ne sont pas exagérées comme du côté atteint, pas plus que la percussion ne décèle de la matité dans la même région, ce qui permet de penser à l'absence de condensation pulmonaire de ce côté; ajoutons encore que pour les mêmes raisons il n'y a ni modifications de la toux, ni modifications de la voix. Si on étudie en eux-mêmes les bruits transmis, on constate qu'ils sont le plus souvent identiques de timbre et de rythme à ceux du côté malade, qu'ils se produisent par bouffées superposables à celles du côté opposé, qu'ils sont symétriques en général, c'est-à-dire sur une même ligne horizontale, qu'ils sont la plupart du temps voisins de la colonne vertébrale et qu'enfin leur maximum n'est pas au sommet sain mais au côté malade. Ce dernier caractère est des plus importants, on s'en rendra compte facilement en déplaçant progressivement l'oreille ou le stéthoscope d'un foyer à un autre.

Si l'on pratique le pneumothorax artificiel, les bruits transmis disparaissent en même temps que les bruits vrais du poumon malade lorsque celui-ci est en collapsus.

Voit-on le malade à la radioscopie, le foyer des bruits transmis apparaît clair et s'illumine bien à la toux, contrairement au foyer malade du côté opposé. P. PRUVOST.

Contribution à l'étude thérapeutique du créosoforme (2), par M. Veillet.

Dans cette thèse bien documentée, le docteur Veillet fait le procès de l'iodoforme auquel il reproche à bon droit sa désagréable odeur, sa toxicité relativement élevée, son action locale irritante, son médiocre pouvoir antiseptique. Il montre également les inconvénients de ses succédanés qui sont, pour la plupart, d'un emploi peu pratique et, souvent même, illusoire.

Par contre, il établit, avec des observations très démonstratives à l'appui, la supériorité du créosoforme, combinaison neutre d'aldéhyde formique et de créosote, réunissant ainsi deux antiseptiques énergiques qui viennent se régénérer graduellement au contact des plaies. Le produit se trouve réaliser de la sorte la même action qu'une série de pansements formolés renouvelés de façon continue.

(1) *Th. de Paris*, 1921. — Paris, A. Legrand.
(2) *Th. de Paris*, 1921.

En outre de son grand pouvoir microbicide, le créosoforme présente sur l'iodoforme le double avantage d'une odeur agréable et d'une innocuité complète : il n'est ni irritant ni toxique. Appliqué sur les plaies, il les assèche, formant à leur niveau une sorte de vernis protecteur contre l'infection, puis assure leur épidermisation rapide en stimulant la vitalité des tissus et la formation des cellules jeunes.

Aussi le docteur Veillet propose-t-il de substituer le créosoforme-poudre ou le créosoforme-onguent aux diverses poudres ou pommades antiseptiques dans les pansements chirurgicaux des plaies de toutes natures : ulcères variqueux, brûlures, abcès froids fistuleux, adénites bacillaires, métrites, etc. Il les considère à la fois comme le plus efficace et le plus maniable des topiques cicatrisants. L. G.

Contribution à l'étude du somnifène (1), par M. Isidore Kindler.

Les barbituriques sont aujourd'hui les hypnotiques les plus habituellement utilisés et, parmi eux, l'acide diallyl ou dipropénylbarbiturique, l'acide diéthylbarbiturique et l'acide éthylphénylbarbiturique tiennent la première place : cependant chacun de ces hypnoptiques, pour excellent qu'il soit, présente certains inconvénients : accoutumance parfois rapide, crainte d'accumulation dangereuse à cause d'une toxicité plus ou moins grande, solubilité d'autant plus difficile que son poids atomique est plus élevé, donc que sa propriété hypnagogue est plus accusée, et par conséquent limitation de l'absorption à la voie gastro-intestinale. Sans doute on a obvié en partie à ce dernier inconvénient par la préparation de sels sodiques plus solubles, mais, dans ces conditions, leur activité thérapeutique devient plus faible par suite d'une dissociation plus ou moins profonde de la molécule.

Aussi a-t-on substitué à la soude caustique une base beaucoup plus faible, la diéthylamine, avec laquelle une altération de l'activité, par suite de cyclolyse, n'était pas à craindre : c'est le somnifène « Roche » diéthyldipropénylbarbiturate de diéthylamine, hypnotique soluble, qui peut s'administrer sous forme de gouttes et d'ampoules.

Le somnifène a fait l'objet d'études physiologiques, pharmacologiques et cliniques excessivement intéressantes dues à MM. les docteurs Combemale, Vullien et Assoignion (service de M. le professeur Raviart), à M. le docteur Boisnière (service de M. le professeur Abadie), à MM. les docteurs Hamant et Bénech (services de MM. les professeurs Weiss et Etienne), à M. le docteur Redonnet (laboratoire de M. le professeur Cloetta), à MM. les docteurs G. et D. Bardet, Liebmann, Demole, etc. Tous ces travaux constatent la parfaite innocuité de cet hypnotique et les résultats vraiment remarquables obtenus par son emploi, résultats qu'à confirmés M. Kindler, dans la thèse très documentée qu'il vient de consacrer au somnifène, d'après de nombreuses observations prises dans le service de M. le professeur Roger.

Ce médicament agit tout particulièrement dans les insomnies anxieuses et psychonévrotiques; il est d'ailleurs efficace dans toutes les formes d'insomnie; il possède une action élective sur le système nerveux central et surtout sur l'encéphale : sans effets nocifs sur le foie, les poumons, l'estomac, le cœur et les reins, il ne modifie pas la tension artérielle, il est bien toléré par les cardiaques et il paraît même augmenter la diurèse; d'autre part, il joint, à ses propriétés hypnagogues, un pouvoir sédatif très utile chez les excités, les agités et les malades atteints de crises convulsives.

Enfin le somnifène procure, dans d'excellentes conditions, un sommeil profond et réparateur, suivi d'un réveil parfait de bien-être, sans cette lassitude, sans cette lourdeur de tête, sans cette céphalée gravative qui caractérisent l'emploi de la plupart des hypnagogues; il réalise, d'après tous les cliniciens qui l'ont utilisé, un hypnotique inoffensif, d'action sûre, ne s'accumulant pas et d'une très grande maniabilité. L. G.

(1) *Th. de Montpellier*, 1921.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Morax, Dupuy-Dutemps, Poulard, Rochon-Duvigneaud, Terrien, Grégoire et Jeanselme.

Candidats : MM. les Drs Bourdier, Velter, Bollach, Prélat et Monbrun.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Aux termes d'un arrêté de M. le directeur de l'Administration de l'Assistance publique, en date du 30 janvier 1922, approuvé par M. le préfet de la Seine, le 1er mars dernier, les *épreuves de sélection* du concours de l'internat en médecine s'ouvriront désormais dans les premiers jours du mois de *juin* et non plus dans les premiers jours du mois de juillet. Cet arrêté est applicable dès le concours à ouvrir en 1922.

HOSPICE DE BRÉVANNES. — Une place de médecin assistant se trouve provisoirement vacante à l'hospice de Brévannes. MM. les docteurs en médecine désireux d'occuper cet emploi sont priés de vouloir bien entrer en relations avec M. le Dr Baudouin, médecin chef de service à l'hospice de Brévannes.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — Un arrêté ministériel, en date du 4 février 1922, a institué à la Faculté de Montpellier un diplôme d'hygiène et un certificat d'études sanitaires.

L'enseignement préparatoire à ces deux diplômes vient d'être institué, il durera de mars à juillet, les sessions d'examens auront lieu en juillet et en novembre.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — GRENOBLE. — Un concours s'ouvrira, le 30 octobre 1922, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

COMITÉ DÉPARTEMENTAL D'HYGIÈNE SOCIALE ET DE PRÉSERVATION ANTITUBERCULEUSE. — Les dates du concours en vue du recrutement de médecins spécialistes pour les dispensaires du Finistère sont arrêtées au mercredi 19, jeudi 20, vendredi 21 avril prochain.

D'accord entre le jury du concours et le Comité départemental, certaines modifications ont été apportées au programme du concours. La limite d'âge, notamment, est reportée de 40 à 50 ans.

Le nombre de médecins spécialistes à pourvoir dans le Finistère sera probablement porté à 4.

SECTION DE MÉDECINE DE L'A. — Les membres de la Section de médecine de l'A. se sont réunis le 2 mars, afin d'entendre l'exposé de l'exercice 1921.

Le bureau sortant, à la tête duquel se trouvait François Bertillon, a rendu compte des travaux entrepris et des résultats obtenus.

Des aménagements antérieurs ont été faits, donnant aux membres qui fréquentent assidûment les salles, tout le confort désirable.

Le service des remplacements, grâce à la création d'une permanence, a fonctionné de la façon la plus satisfaisante, puisque depuis le mois de juillet près de 1.500 journées de remplacements de médecins ont été fournies.

Des séries de conférence d'externat et d'internat ont été organisées. D'autres sont en cours.

Une nouvelle bibliothèque, ouverte tous les jours de 9 heures à 24 heures, a été aménagée, comprenant *6.000 volumes de médecine*, nombre qui va sans cesse croissant.

En ce qui concerne les questions de défense professionnelle, la Section de médecine s'est jointe à la Fédération corporative des groupements de médecins et étudiants de la région parisienne.

Le bureau sortant termina par un exposé de la situation

financière, particulièrement satisfaisante. Puis l'on procéda à de nouvelles élections, François Bertillon ayant été nommé au comité de l'A., le nouveau bureau fut ainsi composé : Président : M. Crouzat; vices-présidents : MM. Gély et Minière; secrétaire : M. Zouiten; trésorier : M. Bloch; bibliothécaires : MM. Lehmann, Rousseau et Viguier.

SYNDICAT GÉNÉRAL DES MÉDECINS DES STATIONS BALNÉAIRES ET SANITAIRES DE FRANCE. — On nous communique l'appel suivant qui est adressé aux médecins des stations françaises :

« Monsieur et cher confrère,

Le Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France entre dans sa vingt-cinquième année. Pendant cette longue période d'années le Syndicat, présidé par M. le prof. A. Robin, a fait œuvre utile en défendant les intérêts moraux et matériels des médecins des stations thermales ou climatiques auprès des Pouvoirs publics, de l'Académie de médecine, de la Commission permanente des eaux minérales. La loi sur la taxe de séjour qui est, et qui sera plus encore dans l'avenir un facteur puissant de régénération pour le plus grand nombre de nos villes d'eaux, a été votée par la Chambre après avoir été préparée par le bureau du Syndicat. Plus de trois cents membres sont des nôtres. Plus notre nombre sera grand, plus nous aurons de force vis-à-vis du groupe médical parlementaire qui veut bien porter aux sénateurs et députés les desiderata de notre groupement. Quarante-trois adhésions nouvelles ont été ratifiées lors de la dernière assemblée générale dont vous lirez le compte rendu dans les journaux de médecine et dont la teneur in extenso vous sera adressée sur votre demande ainsi que les statuts qui nous régissent.

Pour votre candidature, nous vous prions de faire choix de deux parrains, membres du Syndicat, et d'adresser votre demande d'admission à M. le Président, Dr R. Durand-Fardel, 164, rue de Courcelles, Paris.

Veuillez, Monsieur et cher confrère, croire à nos dévoués sentiments.

Le Président d'honneur : PROF. A. ROBIN.

Le Président : Dr R. DURAND-FARDEL.

Le Secrétaire général : Dr R. MOLINÉRY. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs H. Balestre, médecin des hôpitaux de Nice; H. Guilleminot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Georges Huber, médecin honoraire des hôpitaux d'Amiens.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE STATUT DES ÉLÈVES DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ

M. Dupin, député, expose à M. le ministre de la Guerre qu'à l'école de santé militaire il existe deux catégories d'élèves, ceux entrés en 1914 ou antérieurement, et ceux entrés en 1919, que ceux qui sont entrés en 1914 ou antérieurement, jouissent des avantages du décret du 25 août 1919, qui stipule qu'à leur sortie de l'école au moment où ils passent leur doctorat en médecine, ils sont nommés aides-majors de 2e classe à dater du 31 décembre de l'année où ils auraient normalement terminé leurs études si elles n'avaient été interrompues par la guerre, que ceux qui sont entrés en 1919 n'ayant pu le faire pendant la guerre, mais qui normalement se seraient présentés en 1915 et dans les années suivantes, ne bénéficient à leur sortie d'aucun rappel et sont simplement nommés au grade d'aide-major de 2e classe, que, cependant, pour les uns et les autres, c'est la guerre qui a arrêté leur carrière, et demande quelles mesures seront prises pour faire disparaître cette injustice. (*Question du 14 février 1922.*)

Réponse. — Un projet de loi relatif au statut des élèves de l'école du service de santé militaire, tendant à accorder d'importantes majorations de grades à ceux qui ont été mobilisés avant leur admission à ladite école est à l'étude et sera soumis très prochainement au Parlement. (*J. O.*, 10 mars 1922.)

DUBOYS DE LA VIGERIE

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort du Dr Duboys de la Vigerie, ex-chef de clinique de la clinique nationale des Quinze-Vingts, secrétaire général de la Société française d'ophtalmologie, chevalier de la Légion d'honneur.

Il a succombé, âgé de soixante-dix ans, à une longue et douloureuse maladie qu'il a supportée avec un courage stoïque.

Duboys de la Vigerie qui était, avant tout, un homme de devoir, d'une probité professionnelle exemplaire, sévère pour lui-même comme pour les autres, d'un caractère fier et indépendant, n'a jamais rien sollicité et a suivi son chemin droit devant lui, sans jamais tenter la moindre place ni le moindre honneur.

S'il a été décoré de la Légion d'honneur, c'est parce que ses collègues de la Société française d'ophtalmologie, à l'unanimité, ont demandé la croix pour lui; en raison des services éminents qu'en sa qualité de secrétaire général de cette Société, il a rendus à la science et, en particulier, à l'ophtalmologie.

Nous prions Mme Duboys de la Vigerie et sa fille, de trouver ici l'expression de notre bien vive et bien douloureuse sympathie.

A. BROCHIN.

LIVRES NOUVEAUX

Eléments de pathologie mentale (1), par R. BENON.

Les traités et manuels de psychiatrie ne manquent pas. Il est plus aisé d'écrire sur cette branche de la médecine de longs chapitres qu'un précis vraiment digne de ce nom. La recherche de la concision, la préoccupation incessante de l'expression juste et le souci constant de la définition exacte seraient facilement des motifs de scrupules qui entraveraient le plus souvent la production d'ouvrages de ce genre.

Le docteur Benon a tenté d'être bref et simple. Laissant de côté les conceptions d'écoles, abandonnant la plupart des classifications, même les plus classiques, il a voulu placer ici les seules notions indispensables en clinique psychiatrique.

Dans la première partie, n'envisageant que la sémiologie, il s'en tient à la description sommaire des principaux syndromes mentaux. Il les classe simplement d'après le trouble dominant dans chacun d'eux, tel, par exemple, le délire, la démence, la dépression, la confusion, l'obsession... Ce n'est qu'après l'exposé de ces syndromes que l'auteur indique aussi sommairement une méthode d'examen clinique ou plutôt une division originale et schématique des malades en deux groupes : d'une part, des malades inconscients tels que des délirants, maniaques, confus, déments ou débiles, et, d'autre part, des malades conscients, tels que des déprimés, obsédés, épileptiques et hystériques.

La deuxième et dernière partie est consacrée à quelques définitions et indications élémentaires de médecine légale psychiatrique, sur le certificat de placement, le rapport d'expertise, la consultation, les crimes et délits les plus courants des aliénés et la simulation.

P. CAMUS.

(1) Un vol. in-12 de 240 p. — Prix 6 fr. — Paris, 1922, O. Doin.

LES EFFETS DE LA PONCTION LOMBAIRE

SUR LE DIABÈTE INSIPIDE, LE DIABÈTE SUCRÉ ET LA GLYCOSURIE

Par le Dr J. LHERMITTE.

Voici une dizaine d'années que James Herrick, dans une observation qui passa inaperçue, fit cette constatation d'un grand intérêt que la soustraction d'une minime quantité de liquide céphalo-rachidien par ponction lombaire déterminait une diminution considérable de la polyurie du diabète insipide. Le fait rapporté par J. Herrick (1) a trait à un sujet atteint de diabète anazoturique banal chez lequel le taux quotidien de la diurèse s'élevait à 7 litres et même, à certains jours, à 11 litres. Or, après la soustraction de 5 centimètres cubes de liquide cérébro-spinal, la polyurie présenta immédiatement une réduction des plus sensibles puisque la quantité des urines n'atteignait plus que 660 centimètres cubes par nycthémère, et cela, quarante-huit heures après la ponction lombaire. Il semble que le malade ait assez mal supporté la rachicentèse car, pendant les jours qui suivirent cette intervention, apparurent des vomissements accompagnés d'anorexie et de céphalée. Ces manifestations qui ne sont pas exceptionnelles, s'atténuèrent rapidement en même temps que le taux de la polyurie se relevait, sans toutefois atteindre le niveau primitif. En fait, la diurèse ne dépassa plus, pendant le temps où le malade fut soumis à l'observation de J. Herrick le taux de 1800 centimètres cubes par vingt-quatre heures.

Une constatation identique fut faite en 1917, par Graham (2) chez un sujet âgé de vingt-quatre ans, atteint de « syndrome hypophysaire » avec hypertension du liquide céphalo-rachidien. Ici encore, la ponction lombaire fit très rapidement céder la polyurie.

Wiliams et Rochester (3), Motzfeld, puis Maranon (4) purent, plus récemment, confirmer, dans plusieurs cas de diabète polyurique, la réalité absolue du fait signalé la première fois par J. Herrick.

Dans les 3 observations rapportées par Maranon, nous relevons, en effet, que chez deux malades le taux de la diurèse qui s'élevait respectivement à $5^{l}600$ et à $12^{l}100$ s'abaissa à la suite de la rachicentèse à $3^{l}200$ et, chez le second sujet, à $8^{l}500$. Dans le troisième cas, la réduction de la polyurie fut moins manifeste.

* * *

Nous avons eu l'occasion de suivre pendant un an et demi un malade atteint de polyurie sans glycosurie ni azoturie et il nous a été possible de constater très nettement *l'influence anti-polyurique* de la ponction rachidienne. Il s'agit, dans notre cas, d'un malade âgé de soixante-cinq ans chez lequel nous constations l'existence d'une double lésion aortique associée à des symptômes de tabes incipiens. Malgré les dénégations du sujet la syphilis n'était pas douteuse puisque, aussi bien dans le sérum sanguin que dans le liquide céphalo-rachidien, la réaction de Bordet-Wassermann se montrait franchement positive.

Nous étions frappé, en outre, du taux élevé de la diurèse qui, malgré l'absence de toute médication, atteignait $4^{l}500$ et parfois $5^{l}500$ par vingt-quatre heures. Le diagnostic de diabète insipide d'origine syphilitique ne pouvait donc être sérieusement discuté. La connaissance des faits que nous avons relatés plus haut devait nous inciter à rechercher quelle pourraient être les effets de la ponction lombaire ; et cette recherche nous apparaissait offrir un intérêt d'autant plus vif que notre malade ne présentait aucun signe que l'on put rattacher à une lésion hypophysaire.

Voici donc ce que nous avons observé. La polyurie qui oscillait pendant les jours qui précédèrent la rachicentèse entre $4^{l}500$ et $5^{l}500$ par vingt-quatre heures s'abaissa *en l'espace de six jours* au taux de 2 litres, puis regagna en trois jours le taux de 4 litres. La réduction de la diurèse fut donc, dans ce fait, comme dans les observations publiées par Herrick, Graham, Wiliams et Rochester, Maranon, des plus évidentes; mais nous tenons à souligner que la diminution de la polyurie s'établit non point brusquement mais par étapes et que, d'autre part, rapidement la diurèse reprit son intensité primitive qu'elle ne quitta plus, sauf à la période où le malade de polyurique devint oligurique du fait d'une asystolie irréductible laquelle détermina la terminaison fatale. L'influence oligurique de la ponction lombaire dans le diabète insipide est ainsi attestée par des faits assez nombreux pour qu'il soit impossible d'en méconnaître l'authenticité. Et cela d'autant plus que, l'action antidiurétique de l'injection d'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse mise à part, l'on sait combien est réfractaire à toute influence thérapeutique la polyurie du diabète insipide.

Mais, s'il apparaît incontestable que la soustraction de quelques centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien suffit à réduire, dans de très notables proportions, le taux de la diurèse, du diabète insipide, il est assurément assez malaisé de fournir une adéquate interprétation de ce phénomène.

Pour les tenants de l'origine hypophysaire du diabète polyurique, qui sont aujourd'hui encore la majorité, la ponction lombaire ferait retentir ses effets sur la glande pituitaire, en modifiant l'état de sa sécrétion. Mais, tout de suite, de multiples objections se pressent à l'esprit. Comment, en effet, est-il possible de comprendre que la soustraction de liquide céphalo-rachidien puisse déterminer l'oligurie si l'on admet avec Magnus et Schäfer que l'hypophyse postérieure et plus particulièrement la *pars intermedia*, déverse dans le liquide céphalo-rachidien une hormone à effets polyuriques. La soustraction de cette substance hypothétique, par rachicentèse, ne devrait-elle pas déterminer des effets exactement inverses, et loin de provoquer l'oligurie, cette intervention ne devrait-elle pas tout au contraire susciter un redoublement de la polyurie ?

A priori, l'influence modératrice de la ponction lombaire semble mieux s'ajuster avec la conception défendue par Maranon, selon laquelle l'hypophyse postérieure, dans le diabète insipide, présente un défaut de secrétion d'une hormone « oligurique ». Mais, nous ferons remarquer que, si la réalité des propriétés diurétiques du liquide céphalo-rachidien n'a jamais pu être démontrée, Maranon et Gutierrez n'ont pu mettre en évidence, ni chez le sujet normal, ni chez les malades atteints de diabète insipide une substance oligurique dans le liquide cérébro-spinal. Aujourd'hui, l'existence dans le liquide sous-

(1) James Herrick. *Arch. of intern. med.*, vol. X, 1912, n° 1, p. 1.
(2) Graham. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1917.
(3) Wiliams et Rochester. *Endocrinology*, 1917.
(4) Maranon. *Nuevas investigationes solre la diabetes insipidus*, 1 vol., Madrid 1920.

arachnoïdien de substances excitatrice ou frénatrice de la diurèse demeure une pure hypothèse et la théorie hypophysaire du diabète anazoturique si en faveur encore à l'heure présente, n'est rien moins que démontrée. Les expériences physiologiques de Camus et Roussy de Houssay, de Leschke en particulier, en montrant que la simple piqûre du plancher du troisième ventricule suffit à déterminer une polyurie absolument identique à celle du diabète insipide ont déjà ruiné une partie des fondements de la théorie hypophysaire du diabète polyurique.

L'étude histologique que nous avons pu poursuivre, dans notre cas, tant sur l'hypophyse que sur toute la région ventrale du cerveau intermédiaire : plancher du ventricule moyen, *infundibulum*, *tuber cinereum* nous fournit des arguments d'ordre anatomo-cliniques qui sont en opposition formelle avec l'hypothèse hypophysaire du diabète insipide. En effet, nos recherches nous ont montré que l'hypophyse, tant dans son lobe antérieur que dans sa *pars intermedia* et le lobe nerveux était absolument normale tandis que l'*infundibulum*, le plancher du troisième ventricule étaient le siège de lésions profondes de nature syphilitique. N'est-ce pas là une démonstration que la polyurie ressortit non pas à une altération de l'hypophyse mais à la lésion des centres nerveux végétatifs de la base du cerveau dont, depuis les travaux d'Aschner, de Camus et Roussy, nous commençons d'entrevoir l'importance dans le métabolisme et plus particulièrement dans la régulation de la teneur en eau de l'organisme?

La théorie nerveuse du diabète insipide que nous défendons permet beaucoup mieux que la théorie hypophysaire de comprendre les effets assez surprenants en apparence de la ponction lombaire sur la polyurie. On sait, en effet, que le troisième ventricule peut compter parmi les régions du cerveau les plus directement sensibles aux modifications de pression du liquide cérébro-spinal. Il est à peine besoin de rappeler qu'un des premiers phénomènes provoqués par l'hypertension du liquide intra-ventriculaire est précisément la dilatation du ventricule médian et l'amincissement de la lame nerveuse du *tuber cinereum*. Aussi, ne nous semble-t-il pas irrationnel de supposer que la décompression du liquide ventriculaire que détermine nécessairement la ponction lombaire a pour corollaire des modifications de sens inverse dans cette région ventrale du cerveau moyen dont nous avons montré l'altération dans le diabète insipide.

Quelle peut être l'influence de la ponction lombaire sur la polyurie du diabète glycosurique banal? Tel est le problème qu'il nous faut maintenant envisager.

*
* *

Déjà il y a un an, nous avons recherché avec M. L. Cornil, dans un cas de diabète glycosurique classique, l'influence que pouvait exercer la ponction lombaire sur la glucosurie et nous avions constaté des faits assez suggestifs.

Le cas auquel nous faisons allusion se rapporte à une malade âgée de soixante-quinze ans, hospitalisée l'hospice Paul-Brousse pour hémiplégie gauche d'origine cérébrale. Sans qu'on pût préciser le début exact de l'apparition, chez cette malade, du diabète. l'anamnèse établissait que, en 1912, la réalité d'une glycosurie avait été constatée dans un hôpital parisien. A cette époque la polyurie atteignait 5 litres et ce taux de la glycosurie s'élevait à 44 grammes de glycose par litre.

Le 1er février 1920 la polyurie est de 5 litres par vingt-quatre heures et la glycosurie de 37g60 par litre, par conséquent 188 grammes par 24 litres, Le taux des chlorures urinaires est de 4g38.

Une ponction lombaire est alors pratiquée et, le lendemain, 2 février, la glycosurie s'est abaissée à 0g88 par litre; la chlorurie, au contraire, s'est élevée à 6g90. Malheureusement, la quantité des urines n'a pu être correctement évaluée. Il semble que celle-ci ne dépassait pas 3 litres.

Le 3 février, la diurèse ne s'élève qu'à 2l700, la chlorurie ne s'est pas modifiée (69-30); la glycosurie atteint 21g98 par litre et par vingt-quatre heures 59g34.

Le 4 février, la polyurie se relève à 3l500, puis atteint le 5 février 4l500. Le 7 février, la quantité des urines ne dépasse pas 4 litres et la glycosurie atteint 38g90 par litre, par vingt-quatre heures 155g60. La chlorurie demeure fixée à 5g80 par litre.

Un dernier dosage a été effectué le 12 mars 1920 et a donné le taux de 34 grammes de glucose par litre.

Malgré ses lacunes qui nous ont conduit à différer sa publication, cette observation ne nous paraît pas sans intérêt en ce qu'elle montre la double influence qu'à exercée la rachicentèse sur la polyurie et la glycosurie. Aussi bien le taux de la diurèse que celui de la glycosurie ont été modifiés dans le même sens, la polyurie s'abaissant de 5 litres à 2l700, la glycosurie de 188 grammes par jour à 59g34.

Notre second cas que nous avons étudié avec M. C. Fumet (1) a trait à une malade âgée de soixante-seize ans hospitalisée à l'hospice P. Brousse pour sénilité. Elle demande le 11 novembre 1921 son admission à l'infirmerie en raison de troubles de la vue. On constate, en effet, l'existence d'une diplopie provoquée par une paralysie partielle de la troisième paire. L'adduction de l'œil droit diminuée conditionne une diplopie croisée dans le regard en face dont l'intensité s'accroît dans le regard à gauche.

Une telle paralysie dissociée survenue sans cause apparente. sans ictus, complètement indemne de tout désordre dans les sphères motrice, sensorielle et sensitive devait faire immédiatement penser à une paralysie oculaire consécutive au diabète sucré. L'analyse des urines pratiquée aussitôt montra que celles-ci contenaient une notable quantité de glucose. Il n'existait pas trace d'albumine. Les viscères ne présentaient aucune lésion apparente sauf le cœur qui laissait percevoir un double souffle systolique à la base et à la pointe. Quant aux symptômes neurologiques, ils se limitaient à une ébauche du signe de Babinski du côté gauche.

La tension artérielle s'élevait aux chiffres de T. Mn = 9 et T. Mx = 21.

On pratiqua le 14 novembre le dosage du glucose dans l'urine dont le taux atteignait 2l500 par 24 heures; la quantité de glucose était alors respectivement de 28g45 par litre et de 71g12 par vingt-quatre heures.

Le 15 novembre la ponction lombaire est effectuée à 11 heures sans difficulté et l'on soustrait 6 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien que l'analyse cytologique, chimique et biologique devait démontrer parfaitement normal. Dès le lendemain, on constate combien s'est modifiée la polyurie puisque celle-ci ne dépasse pas le taux de 1 litre par vingt-

(1) J. Lhermitte et Fumet. *Soc. méd. des hôpit.*, séance du 17 fév. 1922.

quatre heures; parallèlement le taux de la glycosurie s'est abaissé considérablement; le glycose n'atteint plus par litre que 0g72 au lieu de 28g45 les jours qui précédaient immédiatement le moment de la rachicentèse.

Il semblait donc que nous étions en droit de conclure que la soustraction d'une minime quantité de liquide céphalo-rachidien était suffisante pour déterminer un abaissement très notable et de la polyurie et de la glycosurie du diabète sucré.

Mais comme, en matière de diabète, on ne saurait être trop prudent dans les conclusions que l'on tire et comme nous nous demandions si, malgré la surveillance dont elle avait été l'objet et malgré l'absence de réaction consécutive à la ponction lombaire, la malade n'avait pas, dans une certaine mesure restreint son alimentation, nous nous décidâmes à reprendre l'expérience en l'entourant, cette fois, de toutes les garanties désirables.

Le 6 décembre 1921, le taux des urines s'était relevé au chiffre de 3l500 par nycthémère, le taux de la glycosurie atteignait 6g75 par litre, soit 23g62 par vingt-quatre heures. La ponction lombaire fut pratiquée le 6 décembre à 11 heures et, le lendemain, nous constations que la rachicentèse avait produit des effets identiques à ceux que nous avions notés dans la précédente expérience. La polyurie s'était réduite à 2l500 et la glycosurie à 1g80 par litre, soit 4g50 par vingt-quatre heures.

Etant donné que la malade n'avait absolument rien modifié à son régime alimentaire du fait de la ponction lombaire, qu'elle avait mangé et bu comme à l'ordinaire, nous sommes donc autorisé à penser que les modifications de la polyurie et de la glycosurie sont directement et exclusivement déterminées par les changements qu'apporte dans la circulation céphalo-rachidienne, la rachicentèse.

*
* *

Voici donc deux faits très démonstratifs de l'influence que peut exercer la ponction lombaire sur certains symptômes du diabète sucré banal : la polyurie et la glycosurie. Très nettement, la soustraction d'une minime quantité de liquide céphalo-rachidien suffit à déterminer un abaissement considérable du taux de la polyurie et de la glycosurie.

Il ne saurait s'agir ici, en effet, d'un fait lié aux modifications du régime alimentaire car, d'une part, la différence du taux de la diurèse et de l'émission de glucose, avant et après la rachicentèse, apparaît trop importante pour pouvoir être rattachée à une restriction des liquides ou des hydrates de carbone et, d'autre part, nous nous sommes précisément attaché à éviter cette cause d'erreur en surveillant nos malades dans la continuation de leur régime diététique.

Mais si, comme nous venons de le rappeler, la soustraction de liquide céphalo-rachidien exerce, dans le diabète sucré classique, une double influence puisqu'elle réduit tout ensemble et la glycosurie et la polyurie on pouvait se demander quelle pourrait être l'effet de la rachicentèse sur la *glycosurie simple*, complètement indépendante de l'augmentation du taux de la diurèse et ne s'accompagnant d'aucun phénomène de la série diabétique.

Tout récemment, avec M. C. Fumet, il nous a été possible de suivre une malade âgée de soixante-quinze ans albuminurique et glycosurique et d'expérimenter chez celle-ci les effets de la ponction lombaire. Or, dans ce cas, où le taux de la diurèse était parfaitement normal (1.500 centimètres cubes) et où la glycosurie s'élevait au chiffre de 14 grammes par litre, la quantité des urines ne fut pas modifiée par la soustraction de 7 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien tandis que le taux du glycose s'abaissa de 14 grammes à 4 grammes.

Nous avons ainsi la preuve de l'*électivité*, si l'on peut ainsi parler, de l'influence de la rachicentèse laquelle ne semble s'exercer que sur les mécanismes dont le fonctionnement est troublé par excès. Et, ainsi qu'on l'a pu voir, nous possédons aujourd'hui toute la série des faits qui démontrent l'action frénatrice isolée ou combinée de la ponction lombaire sur la polyurie et la glycosurie. Toutes deux sont fortement réfrénées dans le diabète sucré banal, la polyurie est abaissée dans le diabète insipide; enfin la glycosurie se réduit seule, indépendamment de toute réduction du taux de la diurèse lorsque l'excrétion du glycose apparaît à l'état de symptôme isolé.

Nous avons dit plus haut de quel mystère s'entourait la pathogénie de l'influence frénatrice de la ponction lombaire sur la polyurie du diabète insipide pour n'y plus revenir. Dans le diabète glycosurique, cette influence qui s'avère dans nos deux faits comme très saisissante n'est pas d'explication plus aisée. Est-il besoin de rappeler que nos connaissances précises sur l'origine et la nature du diabète sucré sont encore des plus rudimentaires ou très controversées?

Cependant, il est un fait par tous reconnu que les modifications du système nerveux central peuvent retentir sur la glycémie et déterminer la glycosurie. Il n'est pas besoin de rappeler l'expérience mémorable de Claude Bernard par laquelle fut réalisée pour la première fois une glycosurie d'origine strictement nerveuse, non plus que les faits chaque jour plus nombreux où la glycosurie apparaît conditionnée par des lésions de siège quelque peu variable en apparence, mais frappant toujours avec une électivité qui ne peut être de hasard les centres « végétatifs » de l'encéphale ou les voies qui en assurent les connexions nécessaires. Avec M. H. Claude (1), nous avons déjà, à l'occasion des glycosuries souvent considérables déchaînées par certaines blessures de guerre, trop insisté sur les faits de ce genre pour y revenir ici.

Mais si, nous le répétons, de multiples et incontestables témoignages cliniques et anatomo-pathologiques affirment le rapport de dépendance étroit qui unit certaines glycosuries et les altérations des centres végétatifs de l'encéphale, il est certains faits des plus intéressants qui montrent une physionomie tout opposée. Nous avons en vue ici les cas auxquels nous avons déjà fait allusion et dans lesquels la lésion cérébrale, non seulement n'a pas déchaîné la glycosurie mais, tout au contraire, a suspendu une glycosurie préexistante. M. Panski (2) puis nous-mêmes (3), en avons rapporté des observations démonstratives.

Sans qu'il soit possible de se faire aujourd'hui une idée définitivement arrêtée sur les mécanismes physiologiques d'ordre nerveux qui règlent la glycogénèse, tous les faits précédents incitent à croire qu'il existe dans l'encéphale, nons eulement des centres excitateurs de la glycogénèse, mais aussi des

(1) H. Claude et J. Lhermitte. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 26 mai 1916.
(2) Panski. *Deut. Zeit. f. Nervenheilk.*, 1914, f. 1-2.
(3) J. Lhermitte. *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 2, p. 23.

centres glycofrénateurs — ou au moins des appareils dont l'excitation *inhibe* l'activité des premiers. Plus sensibles peut-être aux modifications de pression du liquide céphalo-rachidien que les centres excitateurs de la diurèse ou de la glycogénèse, les mécanismes « oligurique » et « glycofrénateur » sont-ils réellement mis en action sous l'influence de la rachicentèse et du déséquilibre momentané que cette intervention apporte dans la circulation vasculaire et interstitielle du cerveau? C'est là un problème dont il est permis, tout au plus, de poser les termes, mais dont nous sommes très éloignés de voir la solution.

Au reste, ce n'est point de celle-ci que nous désirions nous occuper dans ce travail et ce que nous voulons retenir c'est seulement l'influence extrêmement nette que possède la ponction lombaire, tant sur la polyurie du diabète insipide que sur la polyurie et la glycosurie du diabète sucré.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 1er MARS 1922)

Fracture du semi-lunaire. — M. MOUCHET fait un rapport sur deux observations adressées par M. Laurent Moreau (d'Avignon). La première a trait à un homme de trente ans qui, en rabotant, vit son rabot s'arrêter brusquement. Il ressentit aussitôt une douleur dans le poignet, une certaine difficulté dans les mouvements et vit, peu de temps après, s'enfler la face dorsale de son poignet. Il dut arrêter son travail pendant quelques jours et, après, ne s'occupa plus de son accident. Deux ans après, après un léger traumatisme, il souffrit de nouveau de son poignet et vint consulter M. Moreau qui le fit radiographier et constata une fracture du semi-lunaire. Après quelques séances de physiothérapie, le malade put reprendre son travail.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un chauffeur de trente-deux ans qui, après un traumatisme du poignet, présenta les mêmes symptômes de douleurs, de gonflement et d'impotence fonctionnelle et qui dût rester quarante jours avant de reprendre son travail. Trois ans après, nouveau traumatisme léger, retour des douleurs; M. Moreau le fait radiographier et constate une fracture du semi-lunaire. La radiographie montre deux traits de fracture.

Ce sont là deux cas typiques de ces sortes de fractures.

M. Mouchet rappelle que l'étiologie la plus habituelle est un traumatisme léger, que la symptomatologie est toujours la même, des douleurs, gonflement de la face dorsale du poignet, diminution des mouvements. La radiographie seule donne la certitude de la fracture du semi-lunaire, ce qui explique que dans ces deux cas le diagnostic n'a pu être porté que deux et trois ans après le traumatisme. Ces deux blessés ont guéri sans intervention chirurgicale.

Les amputations du pied. — La discussion se poursuit sur ce sujet, M. QUÉNU vient à son tour défendre l'amputation de Chopart. Dans une première discussion qui a eu lieu en 1860, on a pu dire que cette amputation était « une des conquêtes les plus précieuses de la chirurgie française ». Plus tard Farabeuf, en 1880, déclara tout d'abord que s'il avait l'honneur de pratiquer la chirurgie, il n'oserait pas faire un Chopart. Puis il évolua et professa ultérieurement une opinion opposée. Les avis restèrent ainsi partagés. Pendant la dernière guerre, MM. Souligoux, Phocas, Alglave et M. Quénu lui-même, pratiquèrent l'opération de Chopart avec un chiffre respectable de succès.

M. Quénu, après un parallèle entre les diverses amputations du pied, le Chopart, le Lisfranc, le Pirogoff, le Syme, le Ricard, conclut que chacune de ces opérations a des indications et que le Chopart a les siennes comme les autres.

M. SOULIGOUX estime que, quoiqu'on en ait dit, le Chopart est une très bonne opération. Il en rappelle les règles qui sont celles que vient de dire M. Quénu : lambeau plantaire unique très grand, cicatrice très haut, etc. Quant à l'appareillage, il est inutile après le Chopart. M. Souligoux rappelle avoir présenté trois cas typiques de Chopart avec excellent résultat.

M. DUJARRIER qui a été l'un des promoteurs de cette discussion reconnaît avoir été un peu loin quand il a dit qu'entre le Syme et le Lisfranc, il n'y avait pas de bonne amputation du pied. Il reconnaît que le Ricard est aussi une très bonne opération. Quant au Chopart, il en trouve les indications bien restreintes, mais il reconnaît que les cas qui ont été présentés sont d'excellents résultats. Il est donc incontestable que le Chopart, bien fait, est une bonne opération, mais malheureusement il y a trop de Chopart mal faits et, partant, trop de mauvais résultats.

M. TUFFIER qui, à la fin de la guerre, a eu à examiner un nombre considérable d'amputés reconnaît avoir, au début, mis en garde les chirurgiens contre l'amputation de Chopart qui, à cette époque, ne semblait donner que de mauvais résultats parce que généralement elle était mal faite. Mais peu à peu les résultats se sont améliorés et M. Tuffier a dû évoluer et reconnaître, à la fin, que le Chopart bien exécuté donnait de bons résultats.

Il n'en faut pas moins reconnaître qu'il y a beaucoup d'amputés de Chopart qui marchent mal, qui sont souvent arrêtés par des durillons enflammés et qui en arrivent à envier le sort des amputés de jambe qui se trouvent beaucoup mieux qu'eux.

Aussi M. Tuffier estime-t-il que vouloir faire à outrance des amputations partielles du pied n'est peut-être pas une bonne ligne de conduite et que lorsqu'on n'a pas tous les éléments nécessaires pour faire un très bon moignon, mieux vaut amputer plus haut.

Les autres opérations que le Chopart, le Lisfranc, le Pirogoff, le Ricard ont aussi donné de beaux résultats. Le Chopart lui-même bien fait peut aussi donner de beaux succès.

M. ALGLAVE donne quelques détails sur le procédé qu'il a employé dans les trois cas d'amputation de Chopart qui lui ont donné trois beaux succès.

Kyste rétropéritonéal. — M. LAPOINTE, à propos du rapport de M. Lecène sur une communication de M. Desplas, apporte l'observation d'une femme qui était atteinte de deux gros kystes rétropéritonéaux. Ayant cru qu'il s'agissait de kystes ovariques doubles, M. Lapointe a fait la laparotomie médiane. Il a trouvé les annexes saines et il a dû aller à la recherche de ces kystes par la voie transmésocolique, alors qu'il eut été plus facile de les atteindre par la voie rétromésocolique. Il aurait pu ainsi éviter une fistule stercorale consécutive qui, d'ailleurs, a guéri spontanément.

Amputation interscapulo-thoracique. — M. TESSON (d'Angers) communique l'observation d'une jeune fille de seize ans chez laquelle il a dû pratiquer cette opération pour un gros sarcome. Guérison. Il a eu recours à la technique de Berger et Farabeuf.

— Parmi les présentations, citons un excellent résultat d'une **amputation de Chopart** par M. LAPOINTE; un cas de guérison d'**ostéomyélite de l'humérus**, chez un enfant de six ans par la vaccination par M. GRÉGOIRE.

Cette dernière présentation donne lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. Dujarrier Ombrédanne, Hallopeau, Louis Bazy, Mouchet, Broca et Grégoire.

Il résulte de cette discussion que les avis restent très partagés. M. OMBREDANNE maintient l'opinion qu'il a émise sur les résultats négatifs fournis par la vaccinothérapie.

M. HALLOPEAU et même MM. GRÉGOIRE et MOUCHET ont vu des résultats sûrement positifs. M. DUJARRIER se réserve. M. Louis BAZY pense que les résultats doivent différer suivant les vaccins employés. Enfin M. BROCA n'admettra comme guéris que les cas dont on lui montrera les radiographies non pas avant le traitement, mais après.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1922)

Cyphose de l'adolescence avec atrophie du noyau épiphysaire d'une vertèbre. — M. LANCE présente une fillette de quinze ans atteinte de cyphose dorsale rigide depuis un an. La radiographie montre trois vertèbres cunéiformes et l'une d'elles (la neuvième) présente une absence de la partie antérieure du noyau épiphysaire de la vertèbre, qui existe normalement à cet âge. Il s'agit d'un cas de « cyphose des apprentis » décrite par Schanz et Scheuermann, forme rebelle au traitement.

Cyphose familiale de l'adolescence avec hypertrophie partielle de quatre vertèbres. — M. LANCE présente une fillette de seize ans atteinte depuis cinq mois d'une cyphose lombaire à développement rapide avec hypertrophie considérable des apophyses épineuses des vertèbres correspondantes. La radiographie montre quatre vertèbres (douzième dorsale et trois lombaires) cunéiformes, non par atrophie de la partie antérieure, mais par hypertrophie de la partie postérieure de la vertèbre. Le père de l'enfant présente une disposition identique, mais datant de la première enfance.

L'auteur, n'a pu trouver de cas analogue dans la littérature. Ici encore le pronostic est très réservé.

Réviviscence d'une encéphalite ancienne à la suite d'une infection banale. — MM. GUINON et VINCENT présentent un enfant qui à la suite d'infection au niveau d'engelures des pieds a fait des convulsions. On a constaté une albuminurie abondante avec azotémie, la ponction lombaire qui améliore le malade donne un liquide céphalo-rachidien avec hyperalbuminose. L'enfant reste triste, inerte. On constate une paralysie du voile du palais avec voix nasonnée; diminution de l'intelligence, et hémi-atrophie de tout le côté gauche sans qu'il y ait eu d'ictus. Il y a disparition des réflexes des quatre membres. Peu à peu l'intelligence revient.

L'interprétation de ce cas est très difficile. Les auteurs et M. Lhermitte qui a vu le malade pensent qu'il s'agit d'une hémiplégie ancienne qui sous l'influence de l'infection des pieds et de l'azotémie a subi une reviviscence.

Myélite cervicale supérieure de cause inconnue. — MM. GUINON et VINCENT présentent un enfant entré dans le service avec de la raideur de la nuque, du Kernig, un aspect hostile. On pense à une méningite tuberculeuse, mais l'examen du liquide céphalo-rachidien montre une lymphocytose médiocre et de courte durée, puis apparaissent du strabisme, de la paralysie de la racine du membre supérieur, du diaphragme. Il ne s'agit pas d'une encéphalite léthargique. Les auteurs croient à une myélite de la partie cervicale supérieure. Quelle est son origine? S'agit-il de maladie de Heine-Médin? Elle est rare en hiver, et il n'y a pas d'épidémie en ce moment. L'enfant ne parle pas du tout et reste taciturne.

Coxa vara suite de décollement épiphysaire spontané. Insuffisance glandulaire. — MM. HALLOPEAU et LAURENT. — Enfant de dix-sept ans, présentant un syndrome d'insuffisance glandulaire complexe, a fait presque sans traumatisme un décollement épiphysaire supérieur du fémur. La guérison s'est fait sous appareil plâtré; mais un léger chevauchement persistant a laissé à la hanche l'aspect d'une coxa vara typique. Avant l'accident le col était normal. La coxa vara traumatique, mis à part le rôle de l'insuffisance glandulaire dans la pathogénie, ne peut donc être mise en doute ici au point de vue mécanique. Le traitement par les extraits glandulaires a eu la meilleure influence sur les phénomènes d'infantilisme.

Dermatose bulleuse d'origine indéterminée. — MM. APERT et Jean HALLÉ présentent un enfant de deux ans qui depuis la naissance est porteur de bulles contenant un liquide clair, séreux, et se développant au moindre traumatisme. Il n'y a d'éosinophilie ni dans le sang, ni dans le liquide des bulles. Les bulles sèchent sans laisser aucune cicatrice ni pigmentation.

Méningite séreuse au cours d'un coryza aigu. — MM. RIBADEAU-DUMAS et PRIEUR. Chez un enfant présentant un coryza aigu on voit apparaître des crises convulsives généralisées. La ponction lombaire montre une grosse lymphocytose et amène une diminution des crises. Le traitement mercuriel n'a rien donné. Les auteurs pensent à une infection nasale propagée aux méninges à travers la lame criblée de l'ethmoïde. En examinant une série de coryzas aigus de l'enfant ils ont constaté quelques cas de réaction méningée.

Deux cas d'intolérance pour le lait de vache avec anaphylaxie grave. — MM. RIBADEAU-DUMAS et PRIEUR. Il s'agit d'un enfant de trois semaines ne pouvant tolérer le lait de vache. A son entrée il pesait 2.400 grammes. La mère avait déjà eu un autre enfant mort sans avoir pu tolérer le lait de vache. Cet enfant mis au sein pousse admirablement. Les nourrices venant à faire défaut, on essaye du babeurre (20 gr. par biberon) qui amène de très violents vomissements, diarrhée glaireuse, chute brusque de poids. On remet au sein. Il guérit. Plus tard, le père le réclamant, on commence le sevrage et on essaye un peu de lait de vache. Aussitôt vomissements incoercibles, il vomit l'eau. Le sulfate d'atropine, les lavages d'estomac, rien ne lui arrête et il meurt le sixième jour, après avoir perdu 700 grammes.

L'autopsie montre des hémorragies stomacales, de la thrombose des sinus craniens, œdème du cerveau.

Il s'agit donc d'anaphylaxie lactée caractérisée, avec hypersensibilisation par les essais successifs de sevrage.

Chez un deuxième enfant, les auteurs ont observé des phénomènes analogues, mais entrepris le traitement de bonne heure par les injections sous-cutanées de lait de femme les vomissements s'arrêtent, on fait ensuite des injections de lait de vache. L'enfant est guéri. La méthode du professeur Weil a donc donné un beau succès dans ce cas, elle n'en donne pas toujours.

Discussion. — M. LESNÉ. La première observation est un cas net d'anaphylaxie, il y avait hypersensibilité et non seulement intolérance. Les lésions d'autopsie sont celles de l'anaphylaxie expérimentale.

L'anaphylaxie peut être révélée par deux épreuves : 1° l'intradermo-réaction au lait; 2° l'anaphylaxie passive (du sang au liquide céphalo-rachidien du malade est injecté à un animal, chez lequel l'ingestion d'une peptone hétérogène détermine l'apparition d'accidents).

M. GÉNÉVRIER chez un enfant n'ayant toléré aucune sorte de lait a fait trois injections sous-cutanées de lait. La deuxième produit un shock anaphylactique énorme avec état de collapsus. A partir de la troisième injection l'enfant a très bien toléré le lait.

M. WEILL-HALLÉ cite l'observation d'un enfant de treize mois n'ayant jamais pu tolérer le lait de vache à la naissance, puis à six ou sept mois, enfin à douze mois des essais de sevrage ont été tentés avec un égal insuccès. Le lait hypersucré n'a pas été toléré. On a tenté l'injection sous-cutanée de lait : 1 centimètre cube a déterminé des accidents d'une violence extrême (éternuements, toux spasmodique, vomissement, enfin lipothymie), le lendemain, température à 40 degrés qui a persisté deux ou trois jours avec cyanose de la face. La famille s'est opposée à la continuation du traitement.

M. Henri LEMAIRE cite un cas analogue d'enfant avec intolérance absolue pour le lait, une première injection de 1 centimètre cube de lait, amène des accidents de collapsus. Au bout de huit jours on injecte 1/3 de centimètre cube, les mêmes accidents se répètent, la mère s'oppose à de nouvelles injections. On essaye dans la semaine l'ingestion par la bouche de 1 ou 2 centimètres cubes de lait, des accidents se produisent, on a proposé l'ingestion du lait goutte à goutte, elle a été refusée.

MM. LESNÉ et AVIRAGNET pensent que les doses employées dans les essais de réalimentation sont toujours trop fortes. Il faut mettre une goutte de lait dans un biberon de 120, 130 grammes et augmenter peu à peu. Enfin il faut se rappeler que le lait sec maigre donne parfois des résultats étonnants.

M. AVIRAGNET a eu des insuccès par la méthode de Weil, mais aussi des succès. Dans un cas rare avec M. Marfan, on a essayé sans succès tous les laits, la poudre de lait, on a fait

trois injections sous-cutanées qui ont été bien supportées, et l'enfant a pu supporter la poudre de lait.

MM. Méry, Ribadeau-Dumas, soulignent les résultats remarquables obtenus parfois par le lait sec.

Préparation du babeurre par un procédé simplifié. — MM. Georges Schreiber et Ch. Bidot pour obvier à la difficulté qu'on éprouve depuis la guerre à se procurer, même dans les grands centres, du babeurre de bonne qualité préparé industriellement, ont imaginé un procédé de fabrication de ce produit très simple et réalisable partout sans aucun appareil.

Ils conseillent, en effet, de prendre du *lait en poudre maigre*, c'est-à-dire du lait totalement écrémé qu'on trouve en boites dans le commerce sous différents noms, de le diluer dans l'eau bouillante en agitant continuellement, de porter à l'ébullition pendant cinq minutes de laisser refroidir à la température de la main, *puis d'ensemencer* ce lait écrémé liquide au moyen de babeurre de la veille ou d'une bonne culture de ferment lactique qu'on trouve partout, pour obtenir après trente-six heures de séjour à 30 degrés dans une étuve de fortune facile à confectionner, un babeurre d'une pureté absolue et contenant 4 à 5 grammes d'acide lactique par litre.

On peut procéder de la même façon avec du *lait écrémé liquide* à condition qu'il soit presque entièrement privé de son beurre et mis en vente dans des flacons stérilisés.

Commission. — La Société de Pédiatrie décide de mettre à l'étude la question de l'emploi du lait sec, du babeurre, de la bouillie maltée dans l'alimentation du nourrisson. Une commission composée de MM. Méry, Aviragnet, Lesné, Terrien, Weil-Hallé est nommé pour établir un programme de discussion. La discussion commencera à la séance de mars.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 22 février 1922)

L'hyperpepsinémie dans l'imperméabilité rénale. — MM. Loeper et Debray signalent l'accroissement du pouvoir peptique du sérum chez les néphrétiques imperméables et l'opposent à la diminution habituelle du pouvoir peptique de leurs urines.

Le même accroissement s'observe dans l'imperméabilité expérimentale après ligature du pédicule rénal du chien.

La cause en est certainement la rétention dans le sang de la pepsine puisque le chauffage à 70 degrés réduit presque à néant l'activité peptique du sérum.

L'hyperpepsinémie doit être rapprochée de l'hyperamylasémie signalée dans les imperméabilités du rein par Clerc, Loeper et Ficaï tant chez l'homme que chez l'animal. Elles prouvent l'une et l'autre l'existence d'une rétention de ferments chez les brightiques et interviennent peut-être dans la genèse de certains accidents.

(séance du 3 mars 1922)

Chronaxie normale du triceps sural de l'homme. — Dans cette note, MM. G. Bourguignon et M. Tarnanceanu montrent que le triceps sural est diuisé en deux groupes par la chronaxie.

Premier groupe. — Le jumeau interne et le jumeau externe ont une chronaxie de 0s00044 à 0s00072, c'est-à-dire la même chronaxie que tous les autres muscles postérieurs de la jambe.

Deuxième groupe. — Le soléaire a une chronaxie de 0s00028 à 0s00036, c'est-à-dire la même chronaxie que les muscles antéro-externes.

Les auteurs pensent qu'ici encore, comme au membre supérieur (radiaux, vaste interne), l'égalité de la chronaxie d'un muscle postérieur et des muscles antérieurs traduit une synergie fonctionnelle. Ils appuient cette hypothèse sur les deux considérations suivantes :

1° Duchenne de Boulogne a démontré que la synergie du triceps et du long péronier latéral est nécessaire à l'accomplissement de l'extension directe du pied.

2° L'extension des orteils ne s'exécute bien que lorsque le pied est fixé par la contraction de ses extenseurs.

Or, l'expérience leur a montré que, dans ces conditions, le soléaire seul se contracte.

Dans cette hypothèse, la loi de l'égalité de la chronaxie de tous les muscles synergiques se trouve vérifiée au membre inférieur comme au membre supérieur.

L'intradermo-réaction tuberculinique au cours de la tuberculose expérimentale du cobaye. — MM. Robert Debré et Henri Bonnet. On sait qu'en injectant sous la peau une même dose de bacilles tuberculeux à des cobayes de poids variés, la survie est d'autant plus longue que le cobaye est plus lourd ; d'autre part, la lésion locale au point d'inoculation et la réaction ganglionnaire régionale sont également proportionnelles au poids de l'animal. Nous avons pu voir que l'intensité de l'intradermo-réaction est exactement proportionnelle à l'intensité de la lésion locale au point d'inoculation.

D'autre part, au cours de l'évolution de la tuberculose, qui se termine par la mort de l'animal, l'intradermo-réaction persiste d'une façon d'autant plus durable que l'animal est plus gros. Chez les animaux de poids élevé, l'intradermoréaction reste positive et forte jusqu'à la mort.

Ces faits sont à rapprocher de ceux que l'on observe dans la tuberculose évolutive du nourrisson. Chez les nourrissons d'aspect floride, les réactions cutanées à la tuberculine restent positives jusqu'à la mort ou jusqu'à l'agonie. Elles disparaissent, au contraire, au cours de l'évolution de la tuberculose chez les nourrissons de faible poids et d'aspect malingre.

L'influence frénatrice de la ponction lombaire sur la glycosurie pure. — MM. J. Lhermitte et C. Fumet. Après avoir montré que, dans le diabète sucré classique, la soustraction de 5 à 7 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien suffisait à réduire, dans de très notables proportions, et la glycosurie et la polyurie, les auteurs ont étudié l'influence de la rachicentèse sur la glycosurie isolée et indépendante de tout autre signe de la série diabétique. Et ils ont observé, chez une malade de soixante-douze ans, ancienne syphilitique, dont la glycosurie s'élevait à 12g40 par litre, une réduction de l'excrétion du glucose appréciable, puisque celle-ci ne dépassait plus 4g10. La diurèse n'a pas été influencée et demeure constamment au taux de 1.500 centimètres cubes.

Il y a là un exemple assez frappant de l'électivité de l'action décompressive de la rachicentèse, exemple qui n'est pas sans analogie avec l'oligurie provoquée dans le diabète insipide.

Nature muqueuse des cellules à mélanine de la glande du noir de la Seiche et mécanisme de l'excrétion du pigment. — M. Jean Turchini montre que la cellule à mélanine de la glande du noir est de nature muqueuse. Pour cette raison, elle acquiert, contrairement à l'immense majorité des mélanoblastes connus, le curieux pouvoir d'excréter le pigment qu'elle forme. Les grains de mélanine sont mis en liberté en même temps que le mucus.

Dans les très rares cas normaux ou pathologiques où se produit une élimination de mélanine, elle se fait toujours, comme ici, à la faveur d'une autre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 28 janvier 1922)

Anovarie. — M. A. Marie insiste encore sur les conséquences psychiques de l'anovarie. Zola, dans « Fécondité », documenté par Pozzi, estime à 500.000 en France le nombre des femmes privées d'ovaires par opération. Il en existe 3 catégories : infantiles, excitées, déprimées. Corrections nécessaires de l'anoxémie anovarienne, utilité des cures hydrominérales, opothérapie.

Syphilis gastrique. — M. Leredde pense que les affections syphilitiques de l'estomac ne présentent aucun signe propre, mais toute affection chronique de l'estomac chez un syphilitique doit être présumée syphilitique. La recherche de la syphilis exige du temps et de la méthode. Le traitement antisyphilitique mettrait à l'abri des récidives s'il avait pour but de guérir l'infection elle-même. Il faut condamner l'op-

portunisme dans toutes les formes de l'infection, ancienne, récente ou héréditaire.

M. Gastou dit que pour faire le diagnostic de syphilis gastrique, il faut y penser et donner pour cela aux médecins quelques signes cliniques qui les mettent sur la voie, d'où nécessité des examens radiologiques et de la réaction de Wassermann.

Paraffinom tibial. — M. Péraire en apporte l'examen histologique : pas de lésions néoplasiques, coque scléreuse, épaisse, contenant une matière caséeuse, amorphe, avec en quelques points, reliquat d'hémorragie interstitielle.

Tuberculose pulmonaire et syphilis. — M. Mélamet pense que la syphilis est très fréquente chez les tuberculeux pulmonaires, qu'il faut la rechercher systématiquement et ne pas rejeter l'hypothèse d'une syphilo-tuberculose parce que le Wassermann est négatif. Le diagnostic peut se faire par l'état général bon avec lésions pulmonaires profondes, par l'état général mauvais avec lésions peu marquées, peu ou pas de fièvre, par les formes avec signes d'auscultation diffus, par les formes hémoptoïques. Dans la syphilo-tuberculose, le bacille serait très souvent granuleux. Radiologiquement, on trouve des signes anormaux, lésions suspendues au milieu d'un tissus sain, scléroses péribronchiques et dilatation des bronches, adénopathies hilaires.

Formule sanguine d'Amette favorable. — M. Gastou rappelle que l'attention a déjà été attirée sur l'état granuleux des bacilles tuberculeux à propos de tuberculoses bénignes, et il a constaté que la radiothérapie amenait la transformation granuleuse des bacilles.

La transfusion blanche. — M. Rosenthal oppose à la transfusion rouge, sanguine, la transfusion blanche ou leucocytaire par injection d'un abcès de fixation fait à un sujet bien portant. Il expose à ce sujet un plan de ses recherches en cours.

Sarcome récidive de la face traité par la radiothérapie à grande puissance et l'auto-vaccinothérapie par voie buccale. — Dalimier, Aubourg et Ledoux-Liber.

Syphilis et cancer. — M. Ozenne, au nom de la commission nommée pour l'étude du cancer, fait un rapport extrêmement documenté.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

CESSION D'UN CABINET MÉDICAL

INTERMÉDIAIRES ACQUÉREURS. NULLITÉ

La 7e Chambre du tribunal civil de la Seine a rendu le 11 janvier 1922, un jugement très intéressant au sujet de la cession d'un cabinet médical à des intermédiaires qui étaient non médecins ; elle a décidé qu'une cession de cette nature était entachée de nullité comme contraire à l'ordre public.

Le docteur C..., décédé en 1919, avait laissé pour seuls héritiers sa femme, commune en biens, et sa fille mineure. De son vivant, il exploitait, avec la collaboration du docteur D..., un cabinet médical spécialement consacré au traitement du malade par le radium ; ce dernier décéda à son tour, un peu plus tard, après avoir institué la dame C..., sa légataire universelle.

Ce cabinet médical avait été institué au 5 de la rue Logelbach dès 1914, dans un immeuble donné en location au docteur C..., par la Compagnie des Immeubles de la Plaine-Monceau, suivant bail en date du 11 mars 1913, pour une durée de trois, six ou neuf années, à la volonté du preneur, à compter du 1er juillet 1913, et ce moyennant un prix annuel de 7.860 francs porté à la somme de 8.362 francs par accords ultérieurs.

Au mois de juin 1919, des intermédiaires se mirent en rapport avec un représentant de la dame C..., pour tenter d'acquérir la clinique C...-D... Un projet d'accord fut envoyé, par lettre du 5 juillet suivant, à la dame C... Aux termes de cette lettre, les intermédiaires demandaient « la libre jouissance des locaux prévus au dit bail » avec ce qu'ils contenaient, réserve faite pour les meubles du salon et de la salle à manger ou de certains objets d'art qui seraient à supprimer ou à changer d'accord, les pièces restant convenablement meublées ; cette jouissance s'étendait à l'installation des rayons X, laquelle devait leur être remise en bon état de fonctionnement. Les intermédiaires spécifiaient expressément qu'ils auraient le droit à l'entête « Clinique C...-D... », la dame C... devant prendre l'engagement de s'interdire la vente de la clientèle ; en outre, ils réclamaient de cette dernière l'abandon, à leur profit, « des traitements en cours » ; et d'après la dite lettre, la durée du contrat à intervenir serait celle du bail, qui était de huit ans.

Ils offraient de verser à la dame C..., pendant toute la durée du contrat, une somme annuelle de 12.000 francs, payable par quart aux termes d'usage des loyers, laquelle devait être versée en sus du paiement des loyers et des charges prévues au bail. Enfin, ils se réservaient le droit de rétrocéder le bénéfice du contrat à la Société d'applications scientifiques du radium.

Des difficultés se produisirent sur la question de savoir s'il y avait eu accord définitif ; les intermédiaires soutenaient que la dame C... avait expressément accepté toutes les clauses et conditions insérées dans leur lettre du 5 juillet 1919 et avait ainsi conclu avec eux un contrat à usage, pendant une durée bien déterminée, relativement à la jouissance des locaux, à l'utilisation du nom, ainsi que du matériel et des meubles meublants.

Le tribunal estima dans son jugement que s'en tenant exclusivement à la lettre du 5 juillet et aux réponses de la dame C..., celle-ci ne pouvait être considérée comme ayant conclu avec les intermédiaires un contrat ferme et définitif de vente ou de location, susceptible de produire des effets juridiques quelconques, qu'il n'y avait eu entre eux aucun accord net et précis sur les éléments caractéristiques d'un contrat synallagmatique et, notamment, en ce qui concerne son objet et l'étendue des prestations réciproques stipulées entre les parties.

Il ajoutait : « Attendu, au surplus, qu'en le supposant formé ce contrat ne pouvait, en l'espèce, produire aucun effet juridique et qu'*il se trouvait affecté des vices l'entachant d'une nullité absolue et d'ordre public ;*

Attendu, en effet, que les instruments, appareils, meubles, objets mobiliers et biens incorporels sur lesquels devaient porter la location consentie aux demandeurs, garnissaient les locaux sis au n° 5 de la rue Logelbach, où le docteur C... avait exploité un cabinet médical en collaboration avec le docteur D... et formaient un tout inséparable constituant la clinique C...-D... dont la jouissance était en même temps cédée ;

Qu'en outre, les bénéficiaires de ce contrat projeté, obtenaient de la dame C... le droit exclusif à l'usage de l'entête « Clinique C...-D... », celle-ci s'interdisant formellement la vente de la clientèle et reconnaissant par là même qu'elle avait cédé à ses contractants le droit d'exploiter ladite clinique sous les noms « C...-D... », et cela tout au moins pendant huit ans ;

Attendu que cette stipulation ne conférait pas aux demandeurs, un simple droit d'usage sur l'ensemble des meubles corporels et incorporels, auxquels elle s'appliquait, *qu'elle contenait une véritable cession à leur profit de toute la clientèle et du cabinet des docteurs C... et D..., ainsi que des honoraires afférents aux traitements en cours.* Que la durée de huit années, assignée au contrat, ne peut modifier, en le réduisant à une simple concession de droits d'usage, le caractère de la dite aliénation du cabinet médical « C...-D... » devant être considéré comme dépourvu de valeur vénale au bout de huit années, après avoir été exploité par les demandeurs ou leurs cessionnaires, dans des conditions tout à fait différentes des anciennes par un personnel nouveau ;

Attendu, dès lors, que les propositions insérées dans la lettre du 5 juillet 1919, émanant des demandeurs, avaient pour but principal de leur conférer un véritable droit d'appropriation exclusive sur l'ensemble des meubles corporels et incorporels, dépendant de la succession du docteur C... et située au n° 5 de la rue Logelbach ;

. . . .

Attendu, en outre, que si la jurisprudence admet généralement, comme licite, la cession, *entre médecins*, d'un cabinet médical, ainsi que l'engagement pris par le cédant, de présenter son successeur à sa clientèle, il doit en être tout autrement d'une cession consentie par la veuve d'un médecin au profit de *non médecins*, en l'espèce des trois demandeurs au procès actuel, un avocat administrateur d'immeubles, un financier et un chimiste qui ont, avant toutes choses, cherché à conclure « une affaire », sans se préoccuper d'un but médical puisqu'ils ont pris le soin de se réserver expressément le droit de rétrocéder le bénéfice de leur contrat à une société financière à laquelle ils étaient attachés par des liens étroits;

Que ces hommes d'affaire n'ont envisagé le côté médical de l'opération et l'intérêt de la clientèle, qu'au point de vue du bénéfice immédiat qu'ils pourraient retirer du contrat, après avoir réservé, à leur profit, les honoraires perçus ou à percevoir sur les traitements en cours dont le montant leur était attribué à eux, non médecins, proportionnellement au traitement restant à courir;

Attendu, qu'une telle cession qu'elles que soient les modalités ou les formes dont elle peut être entourée, apparaît comme contraire à l'ordre public et comme telle radicalement nulle. »

Il est de principe que les professions, consistant à rendre au public des services personnels, comme les professions libérales, sont étrangères à la commercialité; la profession de médecin est comprise parmi elles. En conséquence, la jurisprudence et la doctrine décident que la cession pure et simple de la clientèle d'un médecin est nulle; cette clientèle n'est pas dans le commerce, parce qu'elle dépend du choix libre des intéressés, des qualités personnelles du médecin et de la confiance qu'il inspire (Cour de Paris, 3 août 1894, S. 96-2-158, Trib. civ. Seine, 22 nov. 1904, *Rec. Gaz. trib.*, 1905-2-208). Mais le médecin peut prendre l'engagement de vendre les objets se rattachant à l'exercice de sa profession, des meubles, des instruments, des produits pharmaceutiques, un droit au bail, un journal; de ne plus exercer la médecine dans un endroit déterminé, et de présenter un médecin aux clients qu'il abandonne.

Le cas qui était soumis au tribunal de la Seine ne rentrait pas dans ce cadre, puisque c'étaient des hommes d'affaires, n'ayant rien de la profession médicale, qui voulaient « conclure une affaire », comme le dit le tribunal. C'est à bon droit qu'il a déclaré qu'une telle opération était nulle, comme contraire à l'ordre public.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

REVUE DES THÈSES

Les Formes septicémiques de la méningite cérébro-spinale (1), par le docteur Michel DAUGE, ancien externe des hôpitaux de Paris.

On peut grouper, sous le nom de formes septicémiques de la méningite cérébro-spinale, l'ensemble des formes cliniques de cette maladie, qui présentent des symptômes et des complications extraméningées, dus au passage du méningocoque dans le sang circulant.

Les localisations extraméningées du méningocoque comprennent des arthropathies, des éruptions cutanées, du purpura, des accès fébriles intermittents, de la splénomégalie, des complications oculaires et divers autres troubles ou lésions plus rares.

Ces accidents sont isolés ou associés en syndrome; ils apparaissent fréquemment pendant la période préméningée.

L'existence de la septicémie est prouvée directement par l'hémoculture, et, à son défaut, par la recherche du microbe dans les lésions, notamment dans le pus des arthrites ou dans les taches purpuriques.

Par suite de la présence intermittente du méningocoque dans le sang, l'hémoculture pratiquée correctement peut être négative, si le prélèvement est fait dans l'intervalle des décharges sanguines microbiennes.

Les formes septicémiques de la méningite cérébro-spinale constituent un certain nombre de variétés cliniques, d'évolution et de gravité différentes.

On peut distinguer :

a. Des formes foudroyantes et suraiguës, comprenant notamment les formes purpuriques à terminaison mortelle.

b. Des formes aiguës et graves, les formes métastatiques et la forme pyohémique qui sont caractérisées par des complications viscérales et des foyers de suppuration multiples et qui sont dues quelquefois à une septicémie tardive et prolongée, consécutive à la méningite.

c. Des formes subaiguës relativement bénignes, les formes érythémateuses, dans lesquelles il existe du purpura léger, circonscrit, ou des éruptions cutanées de type variable, la forme intermittente fébrile ou pseudo-paludéenne, la forme typhoïde, qui est accompagnée de troubles intestinaux, de splénomégalie, et parfois d'ictère.

d. Des formes atténuées, les formes articulaires avec des arthrites suppurées isolées ou multiples, la forme pseudo-rhumatismale, et diverses formes frustes.

Ces différentes formes cliniques correspondent, au point de vue pathogénique, à des degrés successifs variables de la virulence microbienne ou de l'état de réceptivité du malade.

On peut rapprocher ces faits des méningococcémies essentielles, sans méningite, qui présentent également diverses formes foudroyantes, subaiguës ou atténuées.

La méningite cérébro-spinale, elle-même, sous sa forme simple, non compliquée, n'est qu'une localisation secondaire et atténuée du méningocoque.

On peut admettre qu'elle succède à une phase de septicémie très passagère, qui reste entièrement latente. L. G.

(1) *Th. de Paris*, 1921.

Etude physiologique et clinique du diéthylisovalériamide [valimyl] (1), par le docteur Emile DURAND.

L'auteur a consacré cette thèse à l'étude pharmacologique et clinique du valimyl (2) [diéthylisovalériamide] employé comme sédatif de tous les troubles du système nerveux. C'est aux progrès de la chimie de synthèse que l'on doit d'avoir pu obtenir un produit véritablement agissant, contenant les principes actifs de la valériane, inodore et facilement accepté des malades les plus difficiles. La valériane en nature, bien qu'elle soit toujours un des meilleurs antispasmodiques, est en effet à peu près abandonnée, à cause de son odeur repoussante, et surtout à cause de l'inconstance de ses effets thérapeutiques, selon que l'on s'adresse à la plante fraîche, ou à des extraits quelconques. Les valérianates eux-mêmes ne contiennent qu'une infime quantité de principes efficaces et semblent surtout agir par action psychique, car des recherches récentes ont montré que les éthers du bornéol devenaient thérapeutiquement inactifs dès qu'ils étaient saponifiés. Le valimyl possède au contraire, par sa structure chimique une activité remarquable, comparable en tous points à celle du suc frais de la valériane. Dans l'hystérie, les névroses, les névralgies, les troubles nerveux de toute nature (dyspepsie nerveuse, troubles de la ménopause, de la grossesse, bourdonnements d'oreilles), le valimyl s'est montré comme un médicament énergique, d'action toujours constante et parfaitement inoffensif. Il agit comme un véritable régulateur du système nerveux et comme un calmant de l'éréthisme organique, quelle qu'en soit la forme ou la gravité. Vingt cinq observations personnelles, recueillies dans divers services hospitaliers de Paris ou puisées dans la littérature internationale appuient les conclusions favorables de l'auteur.

A. T.

(1) *Thèse de Paris*, 55 p. avec fig., Paris, 1921, Vigot frères.
(2) Le *valimyl* est préparé par les Laboratoires Clin.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES & DIAGNOSTIC DES ICTÈRES GRAVES[1]

2. *Ictère grave des nourrissons.* — C'est la maladie bronzée hématurique de Laroyenne et Charrin. Chez un nouveau-né bien portant, apparaissent brusquement des vomissements, de la diarrhée, des convulsions, de la cyanose, puis de l'ictère. Les urines contiennent du sang et sont noirâtres. La mort survient rapidement.

3. *Ictère grave par insuffisance rénale antérieure.*

PRONOSTIC. — Il reste toujours sombre. Mais cependant il ne semble pas toujours devoir être considéré comme fatal. Certains auteurs ont essayé d'individualiser sous le nom d'*ictères pseudo-graves*, les cas où la terminaison est favorable. Il semble que le degré des accidents rénaux : oligurie, hypoazoturie, azotémie élevée, sont à considérer comme les éléments principaux du pronostic.

DIAGNOSTIC. — I. **Positif.** — Le diagnostic est facile quand le syndrome clinique est au complet : ictère avec atrophie du foie, hémorragies muliples, phénomènes nerveux, syndrome urinaire (diminution de l'urine et du taux de l'urée, azotémie). Cet ensemble est caractéristique et rend le diagnostic en général facile.

II. **Différentiel.** — Les cas dus à une intoxication brutale exogène sont, en général, faciles à diagnostiquer, d'autant plus que la notion étiologique met sur la voie.

Mais quand l'ictère grave survient avec un début subaigu ou atténué, le diagnostic doit être discuté avec :

— la fièvre typhoïde,

— l'embarras gastrique fébrile,

— l'endocardite infectieuse,

— les ictères infectieux simples,

— l'angiocholite suppurée de la lithiase biliaire ou des maladies infectieuses : grands accès fébriles septicémiques, gros foie, vésicule grosse et douloureuse.

— les diverses complications biliaires, qui peuvent survenir au cours de la fièvre typhoïde.

Plus tard, à la période d'état, lorsque l'ictère, les accidents nerveux et les hémorragies seront associés, le diagnostic se posera avec :

— l'*endocardite ulcéreuse* avec pyohémie : auscultation du cœur et recherche des embolies au niveau des divers viscères (cerveau, etc.).

— l'*infection puerpérale* : prédominance des signes infectieux et apparition des signes extrahépatiques.

— la *fièvre bilieuse hématurique*, qui survient chez les vieux paludéens cachectiques ou dans les formes graves du paludisme. L'ictère ici apparaît dès le début ; la fièvre présente une courbe spéciale (intermittente, rémittente); l'urine est fortement colorée par le sang ou l'hémoglobine, la splénomégalie est considérable. L'examen du sang peut révéler les parasites.

— la *fièvre ictéro-hématurique* (Tomaselli) par absorption de quinine, survient quelques heures après l'ingestion de ce médicament et s'accompagne de nausées, vertiges, tremblement, angoisse, vomissements bilieux, diarrhée, fièvre élevée. L'ictère apparaît ensuite et persiste le dernier.

— la *pyohémie* s'accompagne rarement d'hémorragies et jamais d'ictère. Par contre, on note des frissons avec élévation violente de la température.

— le *typhus exanthématique* accompagné d'ictère est des plus difficiles à différencier d'un ictère grave. La notion d'épidémicité est souvent seule utile.

— de même pour le *typhus récurrent* : recherche du spirille d'Obermeier.

— enfin la *spirochétose ictéro-hémorragique* qui est une sorte d'ictère infectieux et qui a pu être plus spécialement étudiée au Japon, puis en France pendant la guerre. La maladie est essentiellement constituée par un état infectieux, fébrile, d'allure typhoïde, qui marque le début, avec myalgies et arthralgies. L'ictère suit de très près les phénomènes d'ordre général. Puis surviennent des hémorragies, l'hypertrophie de la rate, des phénomènes rénaux très accusés, pouvant aller jusqu'à l'urémie (albuminurie et azotémie). La courbe de la température montre une poussée fébrile initiale, suivie d'une période apyrétique et enfin d'une rechute fébrile. L'azotémie est d'autant plus élevée qu'il s'agit de cas plus grave. On a découvert que cette affection était due à un spirochète (Inada et Ido, Martin et Pettit), et l'urine des malades, ainsi que le sang, contiennent le germe qui ne serait virulent que du quatrième au septième jour de la maladie (Garnier et Reilly). La mort peut survenir par urémie ; mais le malade surmonte fréquemment la crise et il entre en convalescence à partir de la défervescence définitive. Dans les cas les plus graves, la spirochétose ictéro-hémorragique revêt l'allure de l'ictère grave typique : ictère, symptômes urémiques, hémorragies et il s'agit bien là d'une néphrite aiguë avec ictère : les lésions trouvées à l'autopsie consistent en de profondes altérations rénales et des lésions hépatiques légères. Cette intégrité relative du foie est en faveur de la spirochétose, alors que dans l'ictère grave véritable, les lésions du foie sont primordiales. La recherche des spirochètes dans l'urine tranche le diagnostic. Enfin on a signalé la fréquence des manifestations méningées au cours de la spirochétose (Costa, Troisier).

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE. — 1. Tantôt il s'agit d'un ictère grave secondaire, survenant au cours ou à la fin d'une affection hépatique reconnue, et le diagnostic est facile.

2. Tantôt il s'agit d'un ictère grave primitif. Quand il relève d'une intoxication brutale (phosphore, arsenic, chloroforme) la cause est facile à préciser. D'autres fois, il est d'origine infectieuse : fièvre jaune, syphilis secondaire maligne, fièvre typhoïde, érysipèle, grossesse, appendicite, septicémies, etc. L'hémoculture et la recherche des agglutinations permettront quelquefois d'en préciser l'origine. Le diagnostic causal de l'ictère grave primitif est parfois très difficile.

TRAITEMENT. — 1. **Médical.** — Antisepsie intestinale, diète hydrique, puis lactée, stimulation de la diurèse, du cœur par les bains chauds, le sérum, les toni-cardiaques.

2. **Chirurgical.** — (Quénu.) Il s'applique aux cas d'ictères graves avec rétention biliaire ; l'intervention (cholédocotomie) ne sera tentée que s'il n'y a pas une azotémie élevée.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 17, p. 271.

NOTES DE PRATIQUE

DYSPEPSIE NEURASTHÉNIQUE

1° Prendre v à x gouttes de Vanadarsine, dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas.

2° Une demi-heure après les repas, prendre, dans un demi-verre d'eau, une cuillerée à dessert de la poudre suivante :

Craie préparée..................	} *àâ* 15 gr.
Magnésie calcinée..............	
Bicarbonate de soude...........	20 gr.

3° En cas de douleurs, gouttes de Gallard (11 gouttes sur un morceau de sucre) ou eau chloroformée saturée (une cuillerée avec deux cuillerées d'eau).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Lithiase biliaire, par A. CHAUFFARD, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. de 247 pages avec 24 planches hors texte. — Prix : 20 fr. net. Paris, Masson et Cie.

L'Année thérapeutique (2e année, 1921), par L. CHEINISSE. 1 vol. de 144 pages. — Prix : 6 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.



ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Liste des candidats admissibles :

MM. Marcel Bloch, Touraine, Heuyer, Leblanc, Richet, Haguenau, Rouillard, Leconte, May, Léon Kindberg, Tzanck, Schulmann, Bouttier, Dumont, Jacob, Huber, Donzelot, René Bénard, Paraf et Bith.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Savariaud, Arrou, Routier, Labey, Gosset, Tuffier et Crouzon.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Morax, Dupuy-Dutemps, Poulard, Rochon-Duvigneaud, Terrien, Grégoire et Chauffard.

GUERRE. — Mutations :

Médecin principal de 2e classe. — M. Besse, de la place de Bordeaux, est affecté à l'hôpital militaire de Bordeaux et désigné comme président des commissions de réforme de Libourne et Mont-de-Marsan.

Médecins-majors de 1re classe. — MM. Mahaut, du gouvernement militaire de Paris, est affecté au 89e d'infanterie; Tellier, du gouvernement militaire de Paris, est affecté au 119e d'infanterie; Bailly, de la place de Vincennes, est affecté au 83e d'artillerie lourde.

Médecins-majors de 2e classe. — MM. Dubois, du gouvernement militaire de Paris, est affecté au 11e cuirassiers; Ehringer, du gouvernement militaire de Paris, est affecté au 46e d'infanterie; Raux, du gouvernement militaire de Paris, est affecté au 104e d'infanterie; Bureau, hors cadres, troupes d'occupation du Maroc, est réintégré dans les cadres et affecté au 5e groupe d'artillerie à cheval (service); Georges, hors cadres, troupes d'occupation du Maroc, est réintégré dans les cadres et affecté à la place de Selestat (service); Thirion, de l'armée du Levant, est affecté à la place de Besançon (service); Jonquères, des troupes d'occupation du Maroc, est affecté à la place de Nîmes (service).

Médecins aides-majors. — M. de Verbizier, de la place d'Epinal, est affecté à la place du Mans; Habert, de la place du Mans, est affecté à la place d'Epinal; Chaput, de la place de Metz, est affecté au 20e bataillon de chasseurs à pied (service).

— M. le médecin-major de 2e classe Pellet, de la place de Rouen, est désigné pour être détaché pendant la saison thermale, du 1er mai au 30 septembre 1922, à l'hôpital de Bourbonne-les-Bains.

SECTION DE MÉDECINE DE L'A. G. — Une centaine d'étudiants de la Faculté de médecine d'Edimburg arriveront dimanche prochain 19 courant, à la gare Saint-Lazare, par le rapide de 18 h. 20.

Ils seront reçus par M. le prof. Brindeau, les membres du bureau de l'Association générale des étudiants et de la section de médecine.

DIRECTION DE LA SANTÉ MARITIME A TUNIS. — Le Dr Durand, directeur-adjoint, vient d'être nommé directeur de la Santé maritime, en remplacement du regretté Dr Vullien récemment décédé.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — LE PROJET DE LOI RELATIF AU RÉGIME DES ALIÉNÉS. — Sur l'initiative de M. le sénateur Paul Strauss, ministre de l'Hygiène et de l'Assistance publique, le Syndicat des médecins de la Seine vient de donner à son tour, après de nombreuses sociétés savantes, son avis sur le projet de loi relatif au régime des aliénés, toujours en discussion au Sénat. Ce projet, inspiré surtout par le souci d'augmenter les garanties de la liberté individuelle et de rendre impossibles les séquestrations arbitraires, comporte, comme principales modifications à la loi de 1838 qui lui paraît insuffisante, diverses précautions nouvelles, telles que l'obligation de soumettre au contrôle de l'autorité toutes les maisons de santé où sont soignés les psychopathes, la confirmation de l'internement au bout de six mois par jugement du Tribunal et la surveillance par la Jus-

tice, au bout de six mois également, des malades traités à domicile.

La Commission spéciale nommée par le Syndicat des médecins de la Seine, à la suite d'un rapport très documenté de M. le Dr Hartenberg, ne s'est pas montrée plus favorable que les autres sociétés à la proposition de loi. Dans ses conclusions adoptées par le Conseil du Syndicat, elle a fait valoir, tout en rendant hommage aux intentions humanitaires du législateur que les mesures prévues n'iraient pas sans graves inconvénients. En effet, imposant à tout malade, même docile et inoffensif, la tare de l'internement, aggravée encore par un jugement du Tribunal, soumettant la famille et les médecins à une surveillance vexatoire, la loi viendrait à l'encontre des tendances de la psychiatrie contemporaine qui souhaite au contraire que l'aliéné soit de plus en plus considéré et traité comme un malade ordinaire, avec le maximum de liberté. En conséquence, loin de multiplier et d'aggraver les internements, il faudrait au contraire augmenter les maisons et services ouverts, créer dans les hôpitaux et les asiles des sections libres où les psychopathes seraient reçus sans formalités.

C'est seulement, quand, dans leur intérêt, des mesures coercitives sont nécessaires, que devraient agir les formalités de la loi de 1838. Enfin, le jugement du Tribunal n'interviendrait que pour justifier l'internement des sujets dangereux et protestataires.

Quant aux garanties de la liberté individuelle, le Syndicat des médecins de la Seine estime qu'elles sont suffisamment assurées sans qu'il soit nécessaire d'édicter des mesures préventives, par l'application rigoureuse des articles 341 et 342 du Code pénal qui punissent la séquestration arbitraire des travaux forcés.

LES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET L'IMPOT SUR LE CHIFFRE D'AFFAIRES. — M. Pouzin, député, ayant demandé à M. le ministre des Finances si un établissement hospitalier privé, non reconnu encore d'utilité publique, recevant des malades dont un quart est entretenu à titre gratuit et qui, pour ce fait ne boucle son budget que difficilement, peut néanmoins être imposé : *a.* à l'impôt sur le chiffre d'affaires; *b.* à l'impôt sur les bénéfices commerciaux, bien que le bénéfice commercial soit inexistant en l'espèce, a reçu la réponse suivante :

« Les personnes autres que les médecins exploitant des établissements qui reçoivent des malades moyennant rétribution accomplissent, en principe, des actes relevant de professions commerciales, et sont soumises par suite à l'impôt sur le chiffre d'affaires par application de l'article 59 de la loi du 25 juin 1920; il en est autrement dans le cas où les malades sont soignés gratuitement ou moyennant une rétribution modique hors de proportion avec les frais. Si un établissement reçoit à la fois des malades payants et des malades non payants, l'impôt sur le chiffre d'affaires est dû sur les sommes reçues des premiers. Quant à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, l'établissement hospitalier visé dans la présente question ne se trouve pas en fait dans le cas d'y être soumis, s'il est exact que cet établissement ne réalise pas de bénéfice. » (*Journ. off.*, 8 mars.)

ASSOCIATION DES ANATOMISTES. — La prochaine réunion de l'Association des anatomistes aura lieu à Gand du 10 au 12 avril prochain. Le titre des communications doit être adressé au secrétaire, le prof. Nicolas, à Paris, avant le 19 mars, dernier délai.

Pour tous renseignements relatifs au voyage et au logement, s'adresser à M. le prof. G. Leboucq, boulevard Léopold II, à Gand.

CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES. (Hôpital Necker. Prof. : M. LEGUEU.) — Cours de perfectionnement d'été, sous la direction du prof. Legueu, et avec la collaboration de MM. Marsan, chef de clinique; de Berne-Lagarde, chef de clinique adjoint; Lobo-Chell, assistant étranger; Fouquiau et Garcin, assistants; Courtade, chef du service électrothérapique; Chabanier, chef du laboratoire de chimie; Verliac, chef de laboratoire d'anatomie pathologique.

En mai et juin aura lieu également un cours de cystoscopie et d'urétroscopie à une date qui sera déterminée ultérieurement.

HOTEL-DIEU. (Service du Dr CAUSSADE.) — **THÉRAPEUTIQUE GASTRO-INTESTINALE.**) — M. G. Leven, le mercredi 3 mai et les mercredis suivants, à 10 h. 30 (amphithéâtre Dupuytren), 6 leçons.

Sujets : Le régime alimentaire général et ses modalités. — Thérapeutique en 5 médicaments. — Thérapeutique mécanique (corset, ceinture, gymnastique respiratoire).

SOCIÉTÉ DE PSYCHOTHÉRAPIE. — La séance mensuelle aura lieu le mardi 21 mars 1922, de 5 heures à 7 heures, 49, rue Saint-André-des-Arts.

Questions à l'ordre du jour : 1° la psychologie comparée des races; 2° indications et modalités de la psychothérapie.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le Dr Georges Huber, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu d'Amiens.

Nous prions ses fils MM. les Drs Louis Huber, médecin de 1re classe de la marine, et Julien Huber, chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine, de recevoir l'expression de nos bien vives condoléances.

LIVRES NOUVEAUX

Recherches sur les ictères [3e édition] (1), par le docteur M. BRULÉ, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

Le docteur Brulé a cherché à justifier l'intérêt qu'on a porté à cet ouvrage en tenant successivement ses nouvelles éditions au courant des principales recherches qui ont été effectuées récemment sur les ictères, tant en France qu'à l'étranger. Aussi bien ces faits nouveaux sont-ils signalés dans cette troisième édition qui contient cent pages de plus que la première.

Malgré ces additions, le livre a gardé son caractère personnel : il est l'exposé d'une doctrine nouvelle et des recherches qui ont permis d'y aboutir, sur les rapports de l'insuffisance hépatique avec la rétention biliaire, doctrine qui a reçu une confirmation directe des travaux personnels du professeur Widal et X. Abrami.

L'auteur expose le rôle de l'infection dans la genèse de nombreux ictères et montre que l'on peut la découvrir dans bien des cas où le microbe ne peut être encore décelé. Il fait ainsi connaître l'étiologie des ictères et s'attache à expliquer le mécanisme de la rétention biliaire. Il prouve que l'obstacle à l'excrétion de la bile doit siéger bien souvent au niveau même de la cellule hépatique. Cette conception jette une grande clarté sur l'étude des jaunisses. L. G.

Les Glandes surrénales et l'hypophyse. *Clinique et thérapeutique* (2), par le docteur R. PORAK, professeur à l'Ecole de médecine de Chang-Haï. Préface du professeur H. ROGER, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* n'ont pas oublié les intéressantes revues générales publiées l'an dernier par le docteur René Porak. Ce sont ces revues qui viennent d'être réunies en un volume.

Nous n'avons pas à en faire l'éloge et nous nous bornons à signaler leur apparition en librairie. F. L. S.

Hanté! Roman de l'au-delà (3), par le docteur LUCIEN-GRAUX.

Après *Réincarné*, dont on n'a pas oublié le succès, voici un nouveau livre, très curieux, un peu difficile à lire pour les non initiés. L'auteur y rapporte l'odyssée d'un médium errant, persécuté par l'Astral.

Les relations avec l'au-delà ne sont pas de tout repos, si l'on en juge par les aventures extraordinaires du héros de ce roman. L. G.

(1) In-8 de 280 pages. — Prix : 9 fr. net. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-8 de 110 pages. — Prix : 7 fr. — Paris, G. Doin.
(3) Un vol. in-16 (12×19) de 416 p. — Prix : 6 fr. net. — Paris, G. Crès et Cie, 21, rue Hautefeuille.

REVUE GÉNÉRALE

LES

HÉMORRAGIES MÉNINGÉES SOUS-DURE-MÉRIENNES TRAUMATIQUES DU NOUVEAU-NÉ

Par Pierre LANTUÉJOUL.

L'enfant peut, à la naissance, présenter des hémorragies craniennes ou rachidiennes de topographie variable. Il peut avoir des *épanchements sanguins dans l'épaisseur même du tissu nerveux.* Ces épanchements ont été étudiés, en particulier, par Couvelaire (1). Par ailleurs, les épanchements peuvent siéger à la surface externe du crâne, entre le périoste et l'os : *céphalématome;* ou bien, *à la surface interne de l'os*, entre celui-ci et la dure-mère. De même, au niveau du rachis, on peut voir des hémorragies *extra-dure-mériennes.* Mais par contre, on peut observer aussi des épanchements *au-dessous de la dure-mère :* eux seuls seront étudiés ici, tant au niveau du crâne qu'au niveau du rachis.

On peut schématiquement les considérer comme pouvant relever de deux ordres de causes ; les uns, en effet, semblent être *dus à des infections* ou *des intoxications*, frappant le fœtus in utero ; les autres paraissent être *dus au traumatisme* que subit l'enfant au moment de l'accouchement. En fait, la limite n'est pas toujours aussi tranchée entre ces deux catégories de causes. Elles se superposent souvent. Il n'en reste pas moins que le traumatisme obstétrical joue un rôle considérable, prédominant, dans un grand nombre de cas. Ce sont ceux-là qui vont être envisagés.

Si on réunit quelques statistiques, on constate que, sur un nombre donné d'hémorragies méningées, un quart est consécutif à des accouchements spontanés par le sommet, un tiers à des extractions de la tête dernière, le reste à des applications de forceps. L'*accouchement avec forceps* est donc le plus traumatisant. Il est certain que l'application de forceps incorrecte, par exemple la prise oblique, que le dérapage brusque de cuillers qui glissent peuvent être dangereux, comme on le verra par l'étude de la pathogénie des hémorragies méningées. Il est certain, de même, que vouloir faire une application de forceps au-dessus du détroit supérieur est exposer la tête fœtale à un traumatisme très considérable. Mais il faut se garder cependant de faire jouer au forceps proprement dit un rôle exagéré dans la production des lésions constatées. Bien souvent, le forceps n'aura été appliqué que parce qu'il existait une dystocie, par exemple osseuse. C'est alors la dystocie qui est responsable surtout du traumatisme. On peut dire que l'*hémorragie se produit avec un maximum de fréquence quand il faut appliquer le forceps chez une femme dont le bassin est rétréci.* Il n'en reste pas moins que toute manœuvre incorrecte ou brutale peut être une cause de lésion vasculaire.

Dans l'*extraction de la tête dernière*, les mêmes réflexions s'imposent : danger des extractions brusquées, faites avec trop de force; mais, par ailleurs, impossibilité d'éviter parfois tout traumatisme.

L'*accouchement spontané par le sommet*, qui se complique de lésions hémorragiques, est évidemment celui qui nécessite des efforts trop considérables, par exemple quand le bassin est légèrement vicié.

A côté de ces causes essentielles, il est des *causes prédisposantes.* La *primiparité* agit en augmentant les difficultés du travail. Les *présentations de la face ou du front* imposent au crâne des déformations particulières. La gêne circulatoire, l'*asphyxie fœtale*, par exemple par circulaire du cordon, prédispose également à la lésion vasculaire. Enfin il faut insister sur la notion de *terrain.*

Une véritable *prédisposition héréditaire* a pu parfois être invoquée : malformation congénitale des centres nerveux (Houzel) (2); prédisposition hémorragique récemment étudiée par J.-A. Foote (3) et Rodda (4). Toutes les *infections et intoxications*, frappant le fœtus in utero, agissent beaucoup plus sûrement. Lequeux (5) considère que l'hémorragie grave « réalise le mode habituel de réaction de l'organisme du nouveau-né aux toxi-infections ». On peut dire schématiquement que l'action du terrain doit pouvoir s'exercer de deux façons, soit de *façon générale*, en créant une tendance hémorragipare; soit de *façon locale*, en amenant une dysgénésie vasculaire, qui, frappant en particulier les parois des vaisseaux pie-mériens, permettra leur rupture facile. La *syphilis*, à ce point de vue, est un facteur capital.

La *fréquence* des hémorragies méningées traumatiques est très difficile à apprécier. Des formes légères passent aisément inaperçues. On peut, au point de vue documentaire, citer les statistiques suivantes : Meyer et Hauch considèrent que sur 1.200 accouchements, la rupture dure-mérienne et l'hémorragie consécutive ont causé la mort dans 12 cas, soit 1 p. 100; ils avaient eu 64 morts-nés, ou morts peu de jours après la naissance, soit 5,33 p. 100, et avaient constaté 28 cas de rupture, soit 2,33 p. 100. Buron (6), dans sa thèse, donne les chiffres suivants, dus à Demelin : sur 402 applications de forceps croisé, 33 enfants ayant succombé dans les premières heures qui ont suivi l'accouchement, soit 8,2 p. 100; sur 135 applications de forceps non croisé, 5 morts d'enfants dans les mêmes conditions, soit 3,7 p. 100; au total, sur 537 forceps, 38 morts, soit 7,03 p. 100.

L'*étude anatomique* d'un cas d'hémorragie méningée demande l'examen des organes en place, la dure-mère et ses replis étant au maximum respectés. On ne peut ici insister sur la technique exacte. Il suffira d'indiquer qu'il faut enlever les os du crâne en les morcellant et en décollant la dure-mère, qui sera secondairement et progressivement sectionnée. Le sang épanché se trouve sous forme *liquide* et sous forme de *caillots.* Il est d'*abondance* extrêmement variable. Il faut se rappeler que Parrot (7) a bien montré la fréquence d'un état congestif diffus des vaisseaux de la pie-mère, sans signification spéciale, chez le nouveau-né. L'épanchement, quand il est très peu important, *siège* sous le feuillet arachnoïdien viscéral, sans l'effondrer. On trouve ainsi parfois de petits hématomes sur la face externe du cerveau, par exemple au niveau de la vallée sylvienne. Le plus souvent l'épanchement, effondrant le feuillet viscéral de l'arachnoïde, se répand sous la dure-mère. Fréquemment l'hémorragie est bilatérale et diffuse. Les caillots sont plus nombreux aux points déclives, c'est-à-dire au-dessus et au-dessous de la tente du cervelet. Les hémorragies ventriculaires sont beaucoup plus rares. Ni la faux du

cerveau, ni la tente du cervelet n'opposent une barrière suffisante à un épanchement assez volumineux. Le fait est facile à démontrer expérimentalement. Par contre, on peut voir des hémorragies cérébrales avec participation spinale très minime. La ponction lombaire, dans ces cas, serait impuissante à extraire le sang épanché.

On peut constater des *déchirures* : très rarement des sinus ou de leurs grosses collatérales; assez rarement de la faux du cerveau; très fréquemment de la tente du cervelet. Cette dernière se rompt en une région toujours la même, auprès de la partie antérieure du sinus droit. Les ruptures des replis dure-mériens entraînent des déchirures au niveau des vaisseaux contenus dans ces replis.

Enfin, l'étude anatomique du restant de l'organisme montre la possibilité des *lésions hémorragiques au niveau d'autres organes* que le système nerveux : « taches de Tardieu » au niveau de la plèvre; lésions intestinales, etc.

La *pathogénie* des hémorragies méningées a été très diversement interprétée. Le sang épanché peut provenir de *sources* différentes. Il peut provenir de sinus rompus, fait exceptionnel; ou bien de leurs grosses collatérales, fait discuté : « Lorsque la tête est comprimée au moment de l'accouchement, il se produit un chevauchement des deux pariétaux au niveau de la suture sagittale; les veines sont tiraillées au point où elles pénètrent dans le sinus et elles se déchirent » (Brindeau) (8). Le sang paraît provenir surtout des vaisseaux pie-mériens et des vaisseaux contenus dans les replis dure-mériens, surtout dans la tente du cervelet dont la déchirure est si fréquente. C'est l'étude des ruptures de ces deux catégories de vaisseaux qui doit être faite.

Demelin (9) considère que « *le liquide céphalo-rachidien* est l'agent de déchirure, de dilacération par excellence; violemment et brusquement déplacé par un forceps dangereux, il dilacère sans peine les minces tractus conjonctifs qui soutiennent les petits vaisseaux des espaces sous-arachnoïdiens... » « La notion de saccade et de brusquerie dans l'effort de traction s'invoque pour expliquer la violence et la soudaineté du courant liquide, auquel les délicats vaisseaux qu'il baigne ne peuvent résister. » Quelle que soit l'importance de cette pathogénie, il est un autre facteur qu'il faut considérer, c'est la *tension intravasculaire*. Quand le forceps comprime la tête, quand un enfant, se présentant par le siège, est laminé au cours de son passage dans la filière utéro-vaginale, la pression intra-veineuse doit considérablement s'élever et des hémorragies en résulter si la paroi vasculaire cède. Elle cédera d'autant plus facilement que des lésions antérieures l'auront atteinte, par exemple des lésions syphilitiques, ou qu'elle n'aura pas atteint un degré parfait de développement comme dans la prématurité. Il est certain qu'une grande différence doit être faite à ce point de vue entre les présentations tête première et les présentations tête dernière. Dans les présentations tête première, si la pression intravasculaire a tendance à s'élever, la dérivation peut se faire vers le placenta, sinon vers le reste de l'organisme. Dans les présentations tête dernière, au contraire, le passage du corps étant effectué, tout le sang est comme exprimé vers le crâne et son reflux ne peut se faire vers le placenta, à travers le cordon comprimé. Dans ces cas, présentation du siège ou version, c'est l'hyperpression intravasculaire qui paraît surtout responsable de la rupture des vaisseaux pie-mériens.

Expérimentalement, quand on injecte du liquide, suif, onguent gris, etc., par la veine cave supérieure ou un tronc veineux brachio-céphalique, on arrive à produire des épanchements intracraniens tout à fait identiques aux épanchements constatés à l'autopsie d'enfants morts d'hémorragie méningée. Ces résultats sont surtout obtenus quand on fait des injections brutales, avec modifications brusques de pression.

Quant aux vaisseaux contenus dans les replis dure-mériens, dans la tente du cervelet en particulier, leur rupture s'explique aisément. Elle est produite par la déchirure même des feuillets entre lesquels ils sont contenus. Ce qu'il faut expliquer, c'est le mécanisme de la déchirure de ces feuillets, c'est la constance de la localisation de ces déchirures. Enfin, il faut rechercher quelle est leur importance en tant que source d'hémorragie, importance qui a été très discutée.

La tente du cervelet et la faux du cerveau se déchirent lorsque, par suite de la déformation cranienne, elles sont soumises à des tiraillements trop importants. L'étude anatomique de ces replis dure-mériens a dû être reprise. Elle a montré l'existence de faisceaux qui entrent en tension quand la tête augmente ses diamètres horizontaux ou verticaux. Elle a montré surtout que, quelle que soit par ailleurs la déformation cranienne, une région était toujours en tension, *souffrait* toujours, c'est la région même où se constatent les déchirures si fréquentes de la tente du cervelet. Il est facile de se rendre compte de ces faits en faisant une fenêtre dans un pariétal, et en enlevant l'hémisphère cérébral correspondant. On fait alors subir à la tête, des déformations, soit dans le sens vertical, soit dans le sens horizontal, et on regarde les régions dure-mériennes qui entrent en tension. On peut même arriver à produire des ruptures artificielles tout à fait analogues à celles qui sont constatées à l'autopsie des enfants morts d'hémorragie méningée. La déformation la plus dangereuse est la verticalisation du crâne, produite par exemple par une application de forceps antéro-postérieure, fronto-occipitale. On se rend compte aussi du danger des manœuvres multiples, qui imposent au crâne des déformations successives.

Reste à rechercher quelle est l'*importance*, au point de vue hémorragique, de ces *déchirures dure-mériennes*. Cette importance a été très différemment interprétée. Léopold Meyer et Hauch (10) considèrent l'hémorragie comme fonction de l'étendue et de la profondeur des déchirures. E. Holland (11) nie tout rapport entre les deux. Pour ce dernier auteur la tente du cervelet ne contient que de fins vaisseaux capillaires (en dehors, naturellement, du sinus latéral). Pour Meyer et Hauch, au contraire, « une grosse veine se trouve sur le bord ou tout près du bord de la petite circonférence de la tente, et cette veine sera toujours ouverte quand nous aurons une rupture complète, tandis qu'elle peut être intacte dans une rupture incomplète; du reste, la position et l'abondance des petites veines sont très variables chez les différents sujets ».

L'*étude anatomique des vaisseaux* contenus dans la tente et la faux a été reprise et a montré les faits suivants. Dans la faux, la vascularisation est sensiblement toujours la même. Dans la tente, au contraire, la disposition des vaisseaux est très variable.

Dans la faux, au niveau du tiers antérieur, il n'existe que de très fins et courts vaisseaux, affluents des sinus longitudinaux. Dans le tiers moyen, on ne voit que deux ou trois vaisseaux assez importants. Dans le tiers postérieur, il existe de très nombreux et très fins vaisseaux, formant un véritable plexus. Au niveau de la tente du cervelet, la disposition vasculaire peut affecter trois types : soit vaisseaux très fins et très courts, soit vaisseaux fins mais longs, parcourant toute l'étendue de la tente, soit enfin un vaisseau parfois très important, affluent du sinus droit. On comprend ainsi l'importance très variable que peut avoir une rupture au point de vue hémorragie.

En résumé, le sang provient surtout des vaisseaux pie-mériens et des vaisseaux contenus dans l'épaisseur des replis dure-mériens; les ruptures vasculaires s'expliquent par les déchirures de ces feuillets, elles-mêmes consécutives aux déformations craniennes, par les courants qui s'établissent dans le liquide céphalo-rachidien, par l'hypertension intravasculaire. Elles sont nettement favorisées par les lésions générales de l'organisme et par les lésions locales, développées par exemple sous l'influence de la syphilis.

Les *fractures du crâne* se compliquent souvent d'hémorragie, soit par lésion directe des vaisseaux méningés, soit par le mécanisme habituel. L'*enfoncement*, au contraire, « diminue les chances d'hémorragie intradure-mérienne (Bar) ». « L'*enfoncement* forme comme une soupape de sûreté à la compression intracranienne, tandis que si la voûte osseuse résiste, tout le sang se précipite dans les vaisseaux méningés (Brindeau). » « Cette absence de lésion intracranienne, dans les cas d'enfoncement cranien, explique la tolérance remarquable d'un certain nombre de nouveau-nés pour une lésion qui paraît, de prime abord, aussi sérieuse [Commandeur (12)] ».

Les *symptômes* de l'hémorragie méningée chez le nouveau-né sont souvent très frustes. *Elle peut être bien plus souvent soupçonnée qu'affirmée.* Les symptômes possibles sont nombreux, mais ils sont, en général, d'une interprétation délicate, dans un cas donné. Le plus souvent, l'enfant naît en état de *mort apparente*. La forme blanche est rare et de pronostic mauvais. La forme bleue est la plus fréquente. Parfois, il est *impossible de ranimer* l'enfant : la respiration ne peut s'établir, les battements cardiaques s'espacent, deviennent de plus en plus irréguliers et finissent par disparaître. L'enfant peut mourir *dans les heures qui suivent.* Il a, en général, été incomplètement ranimé, n'a pas crié, est resté flasque. Il meurt avec une respiration et des battements cardiaques irréguliers, souvent des accès de cyanose, S'il survit, il est *ou bien agité*, ou bien dans un état de *torpeur* excessive. Son *cri* est faible ou bien comme étranglé. Parfois, il est remplacé par de véritables gémissements. Vers le deuxième ou troisième jour, des *convulsions* peuvent apparaître, symptôme très caractéristique, fréquent, mais non constant. Elles peuvent être remplacées par des *crises de cyanose*. Le *tonus général* n'est pas normal : l'enfant est flasque ou bien raide. Les *fontanelles*, en particulier, la fontanelle antérieure, sont tendues. Les *rythmes respiratoire et circulatoire* sont troublés. La *température* peut descendre au début, fait presque constant chez les enfants qui vont mourir. Elle s'élève parfois dans les jours qui suivent, ce qui paraît de bon pronostic [Lance (13)], fièvre de résorption [Froin (14)]. Un fait quasi constant, c'est la *difficulté qu'on éprouve à alimenter ces enfants*. Aussi leur courbe de poids baisse-t-elle rapidement.

D'*autres symptômes* ont été signalés. Ils paraissent beaucoup plus rares : modifications pupillaires, stase papillaire, nystagmus; dermographisme; circulation veineuse collatérale; exophtalmie; des auteurs américains, Green, Rodda, Foote, ont attiré l'attention sur le retard de la coagulation du sang et l'augmentation du temps de saignement chez les nouveau-nés présentant des hémorragies encéphaliques. Quand il existe des paralysies, par exemple une paralysie faciale, elles paraissent bien être toujours d'origine périphérique. Certains auteurs ont décrit des paralysies d'origine centrale et ont voulu en faire un signe de localisation. En fait, il semble bien que le cerveau de l'enfant n'est pas suffisamment différencié pour réagir aussi nettement. A des lésions mêmes localisées, répondent des symptômes diffus. La paralysie d'un nerf cranien est exceptionnellement notée.

Il est même le plus souvent impossible de dire *le côté* où l'hémorragie prédomine, quand elle est bilatérale ; le côté où elle siège, quand elle est unilatérale. On a pu, dans quelques cas, noter une tension plus grande des fontanelles d'un côté. Seitz (15) a insisté sur les signes qui permettraient de savoir si l'hémorragie siégeait surtout au-dessus ou audessous de la tente du cervelet. Hémorragie supratentoriale : agitation, pâleur, tension de la fontanelle antérieure, peu de raideur de la nuque, pas de troubles respiratoires. Hémorragie infratentoriale : torpeur, cyanose, contractures, symptômes bulbaires. Ces distinctions paraissent très théoriques.

En fait, déjà le *simple diagnostic* d'hémorragie méningée est souvent délicat. C'est parce qu'on a dû ranimer l'enfant à la naissance que l'attention est attirée. S'il reste abattu ou agité, si son alimentation est difficile, son cri faible, si surtout apparaissent des convulsions, il faudra faire une *ponction lombaire* pour essayer de confirmer le diagnostic. Recommandée par Hutinel (16) qui écrivait : « il est à supposer que si on pratiquait de parti pris la ponction lombaire chez tout enfant présentant, à la naissance, des phénomènes asphyxiques, même de courte durée, le nombre de cas d'hémorragie méningée paraîtrait plus considérable », elle fut l'objet d'un travail de Devraigne (17) qui, le 8 avril 1904, publia un article où il exposait les résultats de cette intervention chez le nouveau-né. Elle est sans danger, ne comporte aucune technique particulière. Au cas d'hémorragie méningée, le liquide peut être de *coloration variée :* sang presque pur, liquide plus ou moins teinté. L'hémolyse est très rapide. Après vingt-quatre heures, quand on centrifuge le liquide, on constate la *xanthochromie* du liquide surnageant. Le *culot de centrifugation* contient des globules rouges et des globules blancs dont il est intéressant de noter la *désintégration.* Ces liquides *ne coagulent pas.* Le diagnostic par la ponction lombaire paraît donc assez facile. Malheureusement, chez le nouveau-né la *piqûre accidentelle* d'un vaisseau est d'une particulière fréquence. Il est déjà difficile parfois de distinguer les cas où le sang provient uniquement d'un vaisseau extraméningé. L'*épreuve des trois tubes* a une valeur restreinte : Sicard (18) y a insisté chez l'adulte. Il faut se méfier de *la xanthochromie normale du liquide céphalo-rachidien chez les enfants qui présentent de*

l'ictère, fait très fréquent dans les premiers jours après la naissance. En fait, on ne doit tenir compte que des liquides ayant été retirés par ponctions *très faciles*, sans incidents, liquides coulant bien. Il ne faut pas, en cas de doute, retirer l'aiguille pour l'enfoncer à nouveau un peu plus. Si la première ponction passe mal, il vaut mieux ne pas insister, atttendre et recommencer dans de meilleures conditions, plutôt que de tâtonner. En cas de doute, l'examen des globules blancs est d'un précieux secours : leur *désintégration* est un symptôme qui est important. Les cas les plus ennuyeux, qui ne sont pas rares, sont ceux où il y a *un mélange* de sang extraméningé et de sang méningé. L'*examen général* de l'enfant pourra parfois montrer que le sang vient bien des espaces méningés : amélioration marquée des symptômes anormaux et diminution de la tension de la fontanelle antérieure. *En résumé*, évidemment le seul cas où la ponction donne un résultat certain, c'est le cas où le liquide est normal; quand le liquide est xanthochromique après centrifugation, et que l'enfant n'est certainement pas ictérique, le diagnostic est encore certain. Mais il faut songer aux hémorragies localisées, fait d'ailleurs rare. Quand le liquide est sanglant, faire toutes réserves, compléter par la centrifugation, l'examen des globules blancs. Avec ces réserves, la ponction lombaire reste le meilleur moyen de compléter un diagnostic clinique.

Ce *diagnostic*, au moment de la naissance, se pose avec les autres causes de mort apparente : les *hémorragies externes*, par exemple par rupture du cordon, en général faciles à éliminer, et l'*asphyxie*, par compression du cordon, décollement prématuré du placenta. Il faut se souvenir que l'asphyxie peut coïncider avec une hémorragie méningée et même y prédisposer le fœtus. Dans les jours qui suivent, les diagnostics qui se posent varient selon les symptômes constatés. En présence de convulsions, il faut penser aux *méningites*, dues surtout au pneumocoque, au streptocoque. D'ailleurs, la constatation d'une hémorragie méningée ne doit pas faire éliminer le diagnostic de réaction méningée inflammatoire. Il existe de même des *hydrocéphalies* avec sang dans le liquide. La *syphilis* doit toujours être recherchée. Si l'attention est attirée par la raideur de l'enfant, il faut songer au *tétanos*, aux *états toniques* de l'enfant. Les crises de cyanose peuvent être de pathogénie multiple : *malformations* cardiaques, malformations de l'appareil respiratoire, du diaphragme, etc. Il faut éviter de croire à une lésion centrale en présence de *paralysie par traumatisme externe* : paralysie faciale par compression du nerf à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, paralysie du membre supérieur par élongation du plexus brachial, fracture de l'humérus. De même il faut éliminer les *malformations des membres*, par exemple les ankyloses. En pratique, le diagnostic d'hémorragie méningée est beaucoup plus un diagnostic positif qu'un diagnostif différentiel : *ce qu'il faut avant tout, c'est y songer.*

L'*évolution* est souvent grave. La *mortalité immédiate* est importante, quant au *pronostic d'avenir*, il est également très réservé. Babonneix (19), étudiant les traumatismes obstétricaux dans l'étiologie des encéphalopathies infantiles, remarque combien fréquemment on peut les retrouver de la façon la plus nette. Il conclut en ces termes : « Conformément à la théorie émise d'abord par König et que nous avons soutenue avec M. Hutinel, ce sont les mêmes causes qui interviennent pour produire ici les troubles moteurs connus et les troubles intellectuels. Ce sont aussi les mêmes lésions, hémorragie pie-mériennes ou corticales, détruisant une partie plus ou moins considérable de tissu nerveux sous-jacent et substituant aux éléments qu'il contenait, cellules et fibres, une vulgaire cicatrice névroglique. » Les enquêtes, faites dans les services d'enfants arriérés ou atteints de lésions du système nerveux, confirment ces données. L'examen microscopique de pièces prélevées chez des enfants morts d'hémorragie méningée montre d'ailleurs l'extrême diffusion des lésions et leur variété possible.

Le *traitement* doit d'abord être *prophylactique*. Il faut examiner les femmes *pendant leur grossesse* pour faire un traitement antisyphilitique, transformer une présentation du siège en présentation du sommet, si possible, pour poser les indications d'une opération césarienne; *au moment de l'accouchement;* il ne faut pas multiplier les interventions qui risquent de verticaliser le crâne fœtal; toute extraction par forceps, toute extraction de la tête dernière doit être faite avec le maximum de douceur. Il faut se rappeler que l'enfant supporte beaucoup mieux l'asphyxie que le traumatisme, donc agir très lentement, même si l'enfant souffre, éviter surtout toute saccade, tout dérapage; *si l'enfant naît en état de mort apparente*, le ranimer par insufflation, faire une ponction lombaire au moindre doute, au besoin suppléée par une ponction de la fontanelle antérieure. La trépanation a été faite avec des résultats qui doivent encourager à la pratiquer, quand la ponction lombaire et la ponction de la fontanelle semblent insuffisantes à décomprimer les centres nerveux. Enfin, l'injection de sang maternel est une thérapeutique d'urgence qui peut permettre à l'enfant de supporter une intervention ultérieure. *Dans les jours qui suivent la naissance*, le meilleur traitement paraît être la ponction lombaire répétée.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne donnons ici que les références des auteurs cités dans le texte. Pour la bibliographie complète se reporter à notre *Thèse de Paris*, 1921, A. Legrand, éditeur.

(1) COUVELAIRE. *C. R. de la Soc. de biol.*, 28 mars 1903, p. 434; — *Ann. de gyn. et d'obst.*, avril 1903, p. 253; — *Ann. de gyn. et d'obst.*, janv. 1907, p. 7.

(2) Gh. HOUZEL. *Clinique infantile*, 1er mai 1906, p. 257.

(3) J. A. FOOTE. *Am. Journ. of dis. Child.*, 20 juillet 1920.

(4) F. C. RODDA. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, août 1920, vol. LXXV, n° 7, p. 452.

(5) LEQUEUX. *Th. de Paris*, 1906.

(6) BURON. *Th. de Paris*, 1904.

(7) J. PARROT. *Arch. de tocologie*, 1875, p. 9, 140, 272.

(8) BRINDEAU. *Arch. mens. d'obst. et de gyn.*, 1918, nos 4, 5 et 6, p. 103.

(9) DEMELIN. *Obstétrique d'urgence*, Doin 1900, p. 311; — *Hémorragies des nouveau-nés*, in Grancher-Comby, 1897, t. II, p. 128; 1905, t. V, p. 104. — *Manuel du puériculteur*, 1921.

(10) Léopold MEYER et HAUCH. *Arch. mens. d'obst. et de gyn.*, mars 1912, p. 246.

(11) E. HOLLAND. *Trans. of the Edimb. obst. Soc.*, 1919-1920, vol. XL, p. 112.

(12) COMMANDEUR. *Soc. obst. de France*, séance du 12 avril 1901; — *L'Obstétrique*, juillet 1910, p. 609.

(13) LANCE. *Gaz. des hôpit.*, 27 fév. 1912, p. 334.

(14) FROIN. *Th. de Paris*, 1904.

(15) L. SEITZ. *Arch. f. Gyn.*, 1907, t. LXXXII, p. 528; — 1907, t. LXXXIII, p. 701.

(16) HUTINEL. *Journ. des prat.*, 7 fév. 1920, p. 83.
(17) DEVRAIGNE. *Ann. de la Soc. obst. de France*, 8 avril 1904, p. 250; — *Presse méd.*, 16 août 1905, p. 513; — *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 21 juin 1906, p. 256.
(18) SICARD. *C. R. de la Soc. de biol.*, 30 nov. 1901, p. 1049; *Id.*, p. 1050; — *Presse méd.*, 25 janv. 1902, p. 90.
(19) BABONNEIX. *Gaz. des hôpit.*, 1909, p. 1601.

LETTRE D'AMÉRIQUE

C'est décidément une expérience sociale des plus intéressantes que la prohibition appliquée à un pays aussi vaste et aussi diversifié que les Etats-Unis. Le 16 janvier 1922 a marqué le deuxième anniversaire de la mise en vigueur de la loi de « sécheresse ». Il était naturel qu'à ce propos partisans et adversaires de la loi présentassent, chacun à leur façon, le bilan des résultats, et c'est ce qu'ils n'ont point manqué de faire avec force chiffres et éloquence à l'appui de leur manière de voir.

Haynes, directeur fédéral de la prohibition, soutient que, avant celle-ci, il y avait vingt millions de buveurs aux Etats-Unis et que maintenant il n'y en a plus que deux millions et demi, soit un huitième. Ce ne peuvent être là que des statistiques de conjecture. De leur côté, les antiprohibitionnistes affirment que l'année qui vient de s'écouler n'a apporté aucun changement dans l'application de la loi et qu'il est toujours aussi facile de satisfaire sa soif, pourvu qu'on ait de l'argent, que la contrebande est plus florissante et plus active que jamais. Ils ajoutent triomphalement que l'importation de spiritueux aux Etats-Unis en 1921 a été *double* de ce qu'elle a été en 1920, négligeant toutefois d'ajouter ce détail, qui a pourtant son importance, si l'on veut avoir une perspective correcte, que, même ainsi doublée, l'importation n'atteint pas le septième de ce qu'elle était en 1916.

Ce n'est pas chez ces extrémistes qu'il faut aller chercher les éléments d'une appréciation impartiale. Ce ne sont point eux non plus qui détiennent dans leurs mains le sort ultime de la prohibition. Ceux qui décideront en définitive la question ce sont ceux de la grande masse du milieu qui n'ont point de parti-pris et qui, pour le moment, regardent, réfléchissent et ne disent rien. Silence qui, d'ailleurs, ne plaît ni à l'un ni à l'autre des partis extrêmes, qui ne semblent pas pouvoir admettre que l'on ait une conviction sans se livrer à de bruyantes vociférations et, sans approuver intégralement et aveuglément toutes les mesures qu'ils préconisent.

N'en déplaise aux prohibitionnistes, on peut parfaitement être partisan de la prohibition, fermement convaincu de son excellence sociale et économique et ne point donner son assentiment aux mesures qu'ils voudraient introduire pour l'application de la loi. Par exemple, on peut être très ennemi de l'alcool et ne pas vouloir donner à la police le droit de perquisitionner à domicile sans mandat, sur simple soupçon, d'arrêter et de fouiller toute automobile qui passe, de forcer tout passant à ouvrir sa valise en pleine rue pour qu'un agent zélé puisse en vérifier le contenu, etc. Ces procédés sont un peu trop moyenâgeux et inquisitoriaux pour trouver faveur en Amérique, en l'an de grâce 1922, sauf auprès de ceux dont le fanatisme a étouffé le bon sens. Et si la prohibition avait besoin de pareilles mesures pour vivre, il serait bien permis d'avoir des doutes sur l'excellence de sa cause.

Mais, de ce que les élucubrations des extrémistes ne sont point dignes de foi, il ne s'ensuit point qu'un observateur désintéressé et impartial ne puisse arriver à certaines conclusions importantes. Après avoir visité à peu près toutes les régions des Etats-Unis et recueilli toute l'information possible, soit documentaire, soit verbale, CROWELL est arrivé aux conclusions suivantes : « 1. Il y a encore aux Etats-Unis de grandes sections d'États populeux, surtout industriels, dont les habitants ne désirent pas la prohibition et où l'opinion publique en sa faveur n'est point suffisante pour en assurer l'application ; 2. En ce qui concerne le pays *dans son ensemble*, le progrès fait dans la direction de l'application pratique de la loi est certainement aussi marqué que tout *optimiste de bon sens* aurait pu l'espérer; 3. On peut se procurer des boissons enivrantes dans tous les Etats de l'Union et, dans les grandes villes, sans beaucoup de difficultés; 4. Il est encore trop tôt pour pouvoir prédire le sens de la tendance générale vers un côté ou l'autre; cela semble dépendre des localités; 5. Les efforts faits pour lancer une campagne en faveur de l'abrogation de la prohibition n'ont reçu que *très peu d'encouragement et d'assistance*. Toutefois, à ce sujet, il faut faire remarquer que le moyen traditionnel américain pour abroger une loi qui déplaît n'est pas tant la voie législative que l'établissement d'un accord tacite de ne point l'observer et de la laisser tomber dans une inoffensive désuétude ».

Beaucoup des avantages que ses partisans ont attribués à la prohibition ont été réalisés. Les commerçants sont mieux et plus régulièrement payés; les caisses d'épargne ont plus de déposants; les enfants d'ouvriers sont mieux nourris et mieux vêtus et il y a moins de cas de paupérisme. Mais ce qui est le plus important au point de vue économique, en ces jours de concurrence à outrance où le maximum de rendement et le minimum de dépenses évitables sont d'importance primordiale, c'est que la prohibition *réduit le nombre des accidents industriels*. Cela était bien connu avant la prohibition; déjà certaines industries et les chemins de fer imposaient l'abstinence à leurs employés, et cela a été si amplement confirmé depuis la prohibition que l'Angleterre, qui n'est point suspecte de partialité pour la suppression des boissons alcooliques, a envoyé des observateurs en Amérique pour étudier cette phase du problème. Et il ne s'agit point ici de la consommation immodérée d'alcool, mais de l'*ingestion de quantités faibles*, d'un à trois verres de bière, par exemple. Or, cela suffit pour déséquilibrer la coordination motrice d'une façon notable dans les travaux exigeant de la précision, pour diminuer le rendement et augmenter les risques d'accident dans le travail aux machines.

Mais l'ouvrier, quoiqu'il s'occupe aujourd'hui de théories économiques plus qu'il ne l'a jamais fait, ne se range pas à cette manière de voir et continue à demander à la bière et au vin le délassement et la détente après une journée de labeur, et, à cette classe ouvrière, s'ajoutent tous ceux des classes plus aisées qui, habitués à l'alcool, ne veulent point y renoncer. Pour ceux-là, il y a deux ressources, le trafic illicite et la fabrication à la maison qui n'est point interdite par la loi. Le trafic illicite est certainement encore très prospère et il le restera tant qu'il y aura assez de clients pour assurer de beaux bénéfices. Car ce n'est point par amour de l'alcool que le procureur d'alcool, le « bootlegger » viole la

loi, commet des faux, des vols à main armée, des meurtres même, souvent il ne touche pas à l'alcool lui-même. Mais, quand on peut faire des centaines et des milliers de dollars de profits par semaine, il ne faut point s'étonner de ce qu'il y ait des âmes aventureuses qui se laissent séduire. La plus grande partie des liqueurs que ces commerçants hors la loi, souvent très riches et très bien organisés, fournissent à leur clientèle est de bonne qualité, bien que Haynes soutienne que 2 p. 100 seulement des stocks saisis en 1921 étaient propres à la consommation. S'il en est ainsi, c'est que les agents fédéraux n'ont point la main heureuse pour trouver les bons endroits. Mais il est indiscutable qu'il y a des gens qui n'ont même pas le scrupule du contrebandier de fournir un bon produit et qui vendent de l'alcool dénaturé plus ou moins bien redistillé, ou même simplement de l'alcool de bois. Chaque année, aux environs de Noël et du Jour de l'An, il y a de petites épidémies d'empoisonnement par l'alcool méthylique autour des grands centres industriels, surtout ceux où il y a beaucoup d'ouvriers d'origine européenne et les cas se terminent presque invariablement par la mort. Aussi, beaucoup de consommateurs commencent à avoir peur de cette source d'approvisionnement.

Il y a moins de danger dans la fabrication à la maison de vin de raisins secs ou de bière. Le vin de raisins secs est de la piquette aigre qui ne tente guère ceux qui savent ce que c'est que du bon vin. Mais l'on peut fabriquer à la maison, avec du malt et du houblon achetés dans n'importe quelle épicerie, une bière très gazeuse et très aromatique, dont maint échantillon pourrait supporter sans désavantage la comparaison avec les bonnes ales anglaises; et cela à un prix très modique.

Mais, à côté de tout cela, comme le dit Crowell, « il y a des millions de personnes qui ne veulent pas se donner la peine de faire leurs propres boissons et qui ont peur de s'adresser à un trafiquant; qui, par suite, ne boivent pas et constatent qu'elles se trouvent tout aussi bien sans boire et qui ne songent même pas à boire. C'est cette « masse inerte » qui constitue, sans contredit, la majorité. Si d'ici cinq ans, cette masse inerte se décide à se remettre à boire, la prohibition s'écroulera. Si elle décide de continuer à ne pas boire, la prohibition sera définitivement victorieuse. » Crowell ne croit pas que l'on puisse prophétiser de quel côté penchera finalement la balance. Il me semble cependant que beaucoup d'indices sont en faveur de la prohibition. Personne ne regrette l'abolition du débit de boissons et du bar et personne ne songerait à en demander le rétablissement; la *jeune génération est éduquée à ne point boire* et les femmes ont le vote. Voilà pourquoi je crois que le président Harding a dit la vérité, lorqu'il a déclaré récemment que, dans vingt ans, les boissons spiritueuses ne seraient plus qu'un souvenir aux Etats-Unis.

Devant la section de neurologie et de psychiatrie de l'*American medical Association,* à la dernière réunion, le docteur Pierre Janet a exposé le problème psychologique de l'alcoolisme, avec la clarté et l'élégance que l'on pouvait attendre de lui. Il a traité, de façon magistrale, le portrait de l'alcoolique, être anormal que l'alcool, seul, rend normal, en opposition à l'ivrogne, être normal que l'alcool rend anormal; et il a exprimé des doutes, et plus que des doutes, sur la possibilité de pouvoir résoudre la question de l'alcoolisme par la prohibition seule. C'est parfaitement exact : la prohibition peut solutionner le problème de l'ivrognerie; mais, pour l'alcoolique, il faut plus, il faut une direction et un traitement médico-psychologique intelligents, aidés par les efforts du malade lui-même vers sa réhabilitation. Or, comme l'a dit le docteur Williams, il y a beaucoup plus de chance d'obtenir cet effort de volonté et cette coopération de la part du malade sous le régime de la prohibition que lorsque tout est fait pour lui faciliter l'achat et la consommation de son poison. De telle sorte que la prohibition est au moins, un puissant adjuvant du traitement.

La question de l'alcool *médicament* est, en théorie, distincte de celle de l'alcool breuvage, mais, en pratique, elles sont intimement liées, à cause de la facilité extrême de la transformation du premier dans le second. C'est pourquoi la loi a imposé des restrictions aux médecins; pas plus d'un demi-litre de whiskey, à un malade, en dix jours, pas plus de 100 ordonnances d'alcool en trois mois. Il y a eu des protestations bruyantes, certaines sincères, d'autres inspirées seulement par le désir de certains membres de la profession médicale, d'augmenter le chiffre de leurs affaires, en se transformant en pourvoyeurs complaisants.

L'A. M. A., dont les dirigeants sont très antialcool, a voulu obtenir le consensus de l'opinion médicale sur l'alcool médicament. Elle a envoyé, en décembre dernier, à 53.900 médecins non sélectionnés, un questionnaire, dont nous reproduisons ici les principales questions et les réponses. 31.115 médecins ont répondu, soit 58 p. 100, proportion beaucoup plus forte que celle généralement obtenue dans ce genre d'enquête, ce qui démontre combien est grand l'intérêt du sujet.

A la demande : Le whiskey (cognac, rhum, genièvre) est-il un agent thérapeutique nécessaire? 51 p. 100 répondirent par l'affirmative et 49 p. 100 par la négative. Les praticiens des grandes villes considèrent plus souvent l'alcool, comme nécessaire, que ceux des campagnes. C'est, en effet, là qu'on doit s'attendre à trouver la sédation de l'alcool la plus utile. La pneumonie, l'influenza, les maladies infectieuses aiguës sont les indications les plus généralement admises.

Une question analogue pour la bière amena 26 p. 100 de oui et 74 p. 100 de non; pour le vin, 32 p. 100 de oui et 68 p. 100 de non. D'où il appert qu'il y a beaucoup plus de médecins qui croient à la valeur thérapeutique de l'alcool concentré qu'à la valeur tonique des formes plus diluées.

22 p. 100, de ceux qui ont répondu, affirmèrent avoir vu des cas où l'application de la loi de prohibition causa des souffrances qui auraient pu être évitées, ou même parfois la mort.

58 p. 100 se déclarèrent *en faveur* de la limitation du nombre des ordonnances et *42 p. 100 contre.* Toutefois, il est à remarquer que 2 p. 100 seulement protestèrent contre la limite actuelle de 100 ordonnances tous les trois mois. La plupart des médecins demandent qu'on retire de sur leurs épaules, le fardeau de responsabilité que la loi y place. Ils demandent que le gouvernement se charge de la *distribution* de l'alcool, que le contrôle soit sévère, mais que, comme pour les narcotiques, le médecin ait le droit de prescrire suivant la nécessité du cas, *pourvu qu'il reste toujours de bonne foi.*

En somme, et c'est peut-être là une surprise pour

les inaugurateurs de ce plébiscite, il est loin d'y avoir accord sur le sujet. En fait, il y a une majorité *en faveur* de l'emploi médical du whiskey et des minorités fort respectables pour la bière et le vin. Ce questionnaire ne tranche pas la question de la valeur thérapeutique de l'alcool, question scientifique qui ne saurait se décider ainsi ; mais il révèle l'*opinion* des médecins sur ladite question. L'effet physiologique de l'alcool peut se déterminer dans le laboratoire ; mais la thérapeutique est l'application des constatations de laboratoire, de la façon que l'*opinion* des médecins juge opportune. Ceci répond à une objection que l'on a faite, à la valeur scientifique d'une telle enquête. Une autre objection, c'est qu'elle ne prouverait rien, car l'on aurait des résultats analogues avec n'importe quel médicament ; c'est vrai. Si l'on ne pouvait employer, en médecine, que les remèdes sur lesquels il y a unanimité, on pourrait déclarer abolies toutes les chaires de thérapeutique et de pharmacologie. Et cependant, la thérapeutique existe encore et elle tient encore compte de la simple *opinion* médicale.

FAXTON E. GARDNER
(de New-York).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 MARS 1922)

Utilisation des diastases tissulaires pour la détermination de l'organe dont l'insuffisance fonctionnelle est la cause d'un état pathologique déterminé. Application de cette méthode clinique à l'étude du rôle physiologique de certains organes. — M. F. MAIGNON. La spécificité d'organe des diastases tissulaires a permis à l'auteur de déterminer dans plusieurs cas l'organe dont l'insuffisance fonctionnelle était la cause d'un état pathologique donné. Ses expériences ont porté sur la maladie de Basedow, l'eczéma et les troubles digestifs d'origine thyroïdienne.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 14 MARS 1922)

Le rajeunissement par l'opération de Steinach. — En écoutant, dans sa dernière séance, la communication de M. Marinesco sur ce sujet, nous avons été surpris qu'il n'ait pas rappelé les expériences sensationnelles que nous avons entendu raconter par leur auteur, Brown-Séquard, à la Société de biologie, expériences consistant à injecter sous la peau du suc testiculaire dans le même but de rajeunissement,

M. GLEY. qui a pris la parole à propos du procès-verbal, a comblé cette lacune. Il a fait, en outre, remarquer que la ligature bilatérale des canaux déférents appelée à tort opération de Steinach a été proposée par Promp et Anselme. Sans doute, l'application à l'homme de ces tentations de rajeunissement a pu procurer une certaine amélioration de leur état pathologique et non de la vieillesse proprement dite qui est un ensemble de phénomènes complexes sur lequel la double ligature des canaux déférents ne saurait avoir qu'une action bien douteuse.

Contribution à l'étude des méningites de l'helminthiase. — MM. Georges GUILLAIN et Ch. GARDIN rappellent que les anciens auteurs décrivaient des méningites vermineuses simulant cliniquement la méningite tuberculeuse; ces réactions méningées ont depuis été considérées comme des phénomènes réflexes, hystériques.

Une malade ayant été reconnue porteuse d'un tenia solium, l'administration d'anthelminthique amena en quarante-huit heures, avec l'expulsion du ténia, la cessation de tous les symptômes méningés et en quelques jours la guérison fut complète.

MM. Guillain et Gardin considèrent leur cas comme un cas très typique de méningite vermineuse.

Pression sanguine et tension artérielle. — M. E. DOUMER. Après avoir défini la pression sanguine (poussée que le sang exerce de dedans en dehors sur la paroi artérielle) et la tension de l'artère (résistance des artères à la déformation), l'auteur montre à l'aide d'expériences physiques faites sur des tubes de caoutchouc que l'effort de compression nécessaire pour arrêter le cours du sang sous une artère dépend : 1° de la pression sanguine; 2° de la tension de l'artère; 3° de la résistance à la déformation des tissus sus et sous-jacents.

La part qui revient à chacun de ces trois facteurs, très variable d'ailleurs, nous est totalement inconnue. Cependant des expériences de M. Doumer sur des tubes de caoutchouc très souple, on pourrait peut-être conclure que le facteur pression sanguine n'a pas toujours l'influence la plus grande.

Par contre il a trouvé que, conformément à la loi de Marey, la compression qui donne aux oscillations le maximum d'amplitude est indépendante de la tension de l'artère et mesure au point considéré la pression sanguine.

La maison maternelle. — Nous avons insisté sur le grand intérêt d'une communication de M. Bosc sur ce sujet. M. Léon BERNARD, chargé d'un rapport, a, de son côté, insisté sur les excellents résultats fournis par l'heureuse création de M. Bosc et conclut en proposant que l'Académie émette le vœu qu'une maison maternelle soit créé dans chaque département.

Ce vœu, mis aux voix, est adopté à l'unanimité.

Centenaire de Pasteur. — M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL propose à l'Académie de fixer une date pour une séance solennelle à l'occasion du centenaire de la naissance de Pasteur. Cette séance aurait lieu en même temps que la séance annuelle. (Adopté.)

La virulence du lait de nourrices tuberculeuses. — MM. CHAMBRELENT et VALLÉE font une communication dont la conclusion est qu'une mère tuberculeuse ne doit pas allaiter son enfant.

Acétonémie. Pancréatite et syphilis. — M. RÉMOND (de Metz).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 MARS 1922)

Deux cas de rhumatisme blennorragique guéris par la sérothérapie. Accidents sériques guéris par l'injection intraveineuse de chlorure de calcium. — MM. WEILL-HALLÉ et CHABANIER rapportent les observations de deux malades atteints de polyarthrite blennorragique guéris par l'injection intramusculaire et sous-cutanée de sérum antigonoccoccique. La sérothérapie a déterminé des accidents cutanés et articulaires qui ont cédé à deux ou trois injections intraveineuses de solution concentrée de chlorure de calcium. Les auteurs soulignent l'intérêt de cette méthode de traitement ou de prévention des accidents de même nature.

M. SICARD a essayé dans les accidents sériques le carbonate de soude en injections intraveineuses qui lui paraît préférable au chlorure de calcium en ingestion.

Augmentation de l'ombre radiologique de la rate, symptôme précoce d'infection tuberculeuse. — MM. VILLARET, LAGARENNE et BLUM montrent que chez les malades suspects de tuberculose l'augmentation de l'ombre splénique radioscopique doit faire soupçonner une infection tuberculeuse latente ; cette hypertrophie n'est pas décelable à la percussion et coïncide souvent avec une intradermoréaction à la tuberculine positive.

Apparition d'une insuffisance aortique au cours du traitement mercuriel chez un malade atteint d'aortite syphilitique. — MM. G. CAUSSADE et FOUCART rapportent l'observation d'un malade atteint de crises de dyspnée nocturne

avec signes d'aortite sans lésions valvulaires qui, trois mois après un traitement mercuriel, présente un souffle d'insuffisance aortique, alors que les accidents dyspnéiques avaient disparu. D'après les auteurs, l'insuffisance aortique ne paraît pas attribuable à une thérapeutique insuffisante et relève d'une rétraction des commissures valvulaires sous l'influence du traitement.

M. Laubry pense que la sclérose valvulaire est possible, mais que dans le traitement des aortites il faut une thérapeutique prolongée. Dans le cas de MM. Caussade et Foucart, il croit que l'insuffisance aortique doit être mise sur le compte de l'évolution de la spécificité.

M. Josué partage la même opinion.

M. Hudelo considère que les intervalles entre les cures mercurielles sont trop espacés dans le cas de M. Caussade et que l'insuffisance aortique relève du processus spécifique.

M. Pinard pense qu'il faut instituer dans les aortites un traitement intensif sans longues périodes de repos.

M. Renaud considère que l'inflammation secondaire au cours des aortites anciennes, malgré un traitement prolongé, joue un rôle dans l'évolution des lésions artérielles.

Méthode générale d'exploration radiologique par l'huile iodée (lipiodol). — MM. Sicard et Forestier montrent que le lipiodol réunit toutes les conditions requises pour l'exploration sans danger des cavités de l'organisme : grande opacité aux rayons X, absence de causticité et de toxicité, tolérance absolue et pouvoir de cheminement. Ils ont appliqué ces propriétés spéciales de l'huile iodée au contrôle radiologique de la cavité épidurale et des poumons, soit par injection sacrococcygienne ou lombaire, soit par injection trachéale. Les radiographies présentées témoignent de la netteté des résultats obtenus.

M. Rist a noté l'inabsorption de lipiodol par voie souscutanée chez une malade soumise au traitement antisyphilitique.

M. Chiray a employé pour l'étude de l'arbre bronchique l'huile collargolée, il a dû abandonner cette technique, le médicament étant mal toléré et ne paraissant pas assez opaque aux rayons X.

M. Rathery rappelle qu'il a préconisé la voie intraveineuse pour le traitement au lipiodol; voie qui permet une élimination plus rapide.

M. Sergent partage l'opinion de MM. Sicard et Forestier sur la nécessité d'une anesthésie profonde toute les fois qu'on désire pratiquer une injection médicamenteuse intratrachéale efficace.

Auras et équivalents épileptiques à caractère visuel dans les lésions occipitales. — MM. A. Léri et Béhague rapportent de nombreuses observations d'épileptiques chez qui des phénomènes visuels, précédant de grandes crises ou alternant avec elles, permirent de localiser une lésion cérébrale à la zone occipitale. Ces phénomènes visuels consistaient, soit en images animées plus ou moins complexes, soit en scotomes scintillants rappelant ceux de la migraine ophtalmique, soit en scotomes simples, en hémianopsies, en obscurcissements transitoires du champ visuel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 8 mars 1922)

Abcès temporal, méningite cérébro-spinale. — M. Louis Bazy fait un rapport sur une observation de MM. Dutheillet de la Motte et Thouvenet. Il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans qui était atteint d'un abcès temporal, s'étant bientôt compliqué de mastoïdite et de troubles méningés. Une ponction lombaire montra la présence de méningocoques. Intervention pétro-mastoïdienne, on trouve une perforation spontanée de la dure-mère et un abcès qui fut évacué. Après quatre injections intramédullaires de sérum antiméningococcique, on ne trouva plus de méningocoques dans le liquide céphalo-rachidien. Guérison.

M. Bazy fait ressortir l'intérêt de cette observation dans laquelle la sérothérapie, jointe à l'acte opératoire, a permis de sauver ce malade.

Ostéomes du tendon rotulien. — M. Dujarrier analyse une observation de M. Gay-Bonnet : jeune dragon de vingt et un ans, chute de cheval, douleurs dans le genou, difficultés de fléchir la jambe, la radiographie montre la présence de deux noyaux osseux, opération; incision longitudinale du tendon, ablation des noyaux osseux, grattage de la tubérosité, guérison.

Les amputations du pied. — M. J.-L. Faure fait observer que si les avis sont partagés sur la valeur des différentes amputations du pied, cela tient à ce que chacun de nous ne saurait avoir une grande expérience de ces amputations partielles, leurs indications étant assez rares. Il est incontestable que l'amputation de Chopart bien faite donne de bons résultats ; aucune autre opération n'en donne de meilleurs. Mais malheureusement elle n'est pas toujours bien faite et ses résultats sont alors franchement mauvais. Peut-on en obtenir de meilleurs des autres opérations? Cela n'est pas douteux. M. J.-L. Faure n'a pas d'expérience personnelle du Ricard, mais il reconnaît en avoir constaté d'excellents résultats. Le Pirogoff ne vaut pas le Pasquier-Lefort.

Mais il est une opération dont on n'a pas parlé dans cette discussion et que M. J.-L. Faure, qui en est l'auteur, tient à rappeler, c'est l'amputation ostéoplastique tibio-astragalienne. Le tracé de l'incision est à peu près le même que dans l'amputation de Pasquier-Lefort. Le pied est désarticulé au niveau de la tibio-tarsienne. Mais il suffit de dégager la poulie astragalienne, la section osseuse portant sur l'astragale et non sur le calcanéum.

Cette section horizontale commence au niveau du tubercule postérieur et détache la poulie et la partie supérieure du col et de la tête de l'astragale, l'avant-pied est séparé au niveau de la tibio-tarsienne. La section des malléoles est pratiquée en dernier lieu.

Cette opération a donné à M. Faure de bons résultats et c'est pourquoi il a tenu à la tirer de l'oubli.

M. Auvray préfère au Chopart le Syme qui lui a donné d'excellents résultats. C'est, pour M. Auvray, une des meilleures amputations du pied.

L'enfouissement du moignon appendiculaire. — M. Fredet admet qu'on peut laisser un moignon appendiculaire à nu, mais il trouve des avantages à l'enfouissement, à condition qu'on évite les points perforants sur le cæcum, M. Fredet a pratiqué sept cents cinquante appendicectomies avec enfouissement sans jamais y avoir trouvé le moindre inconvénient. Il écrase l'appendice, ne thermocautérise pas et l'incise aux ciseaux. Il le lie avec un fil de lin.

M. Gosset rappelle que la communication de M. de Martel portait sur deux points, le traitement du moignon appendiculaire et la suture intestinale.

Pour ce qui est de la suture intestinale. le meilleur procédé est celui qui évite l'éversement de la muqueuse et assure une bonne union séro-séreuse. Quant au traitement du moignon appendiculaire, M. Gosset a toujours pratiqué l'enfouissement. Il a renoncé à la thermocautérisation, il se contente de l'écrasement et, une fois écrasé, il enfouit le moignon sous une suture en bourse pratiquée avec une aiguille de Reverdin très fine.

Théoriquement, il semble au premier abord illogique d'enfouir sous un péritoine un moignon non aseptique, mais pratiquement il est largement démontré que c'est un très bon procédé. En effet sur un total de 2.415 opérations d'appendicite, à froid, M. Gosset n'a eu à déplorer qu'un seul décès, chez un malade d'Enriquez qui a eu une perforation du côlon ascendant, avec fistule stercorale et péritonite. M. Gosset signale quelques abcès de la paroi dus à des catguts mal stérilisés. Comme accident tardif il reste à signaler un cas d'occlusion intestinale.

M. Gosset nous fait part d'une enquête américaine qui vient d'être faite auprès de 125 chirurgiens américains. Sur 125 chirurgiens interrogés, 105 ont répondu, 77 enfouissent toujours, 11 n'enfouissent jamais. A la suite du non enfouissement, il y a eu 9 cas d'occlusion intestinale, plusieurs cas de fistules stercorales, 1 cas de péritonite mortelle. Après enfouissement, la proportion des accidents consécutifs est presque nulle, M. Gosset continuera donc à enfouir.

Le hasard lui a permis de constater, dans un cas, ce que

devenait un moignon appendiculaire enfoui depuis quelques jours. Un malade qu'il avait opéré d'appendicite, avec enfouissement, se suicida six ou sept jours après l'opération. Grâce à l'obligeance de M. Balthazar, M. Gosset a pu assister à l'autopsie de cet homme. Il n'y avait absolument rien du côté du ventre, aucune complication du côté du moignon qui était resté parfaitement enfoui et invisible. M. Gosset continuera donc à enfouir.

Volvulus ou torsion de l'intestin. — M. OKINCZYC rapporte l'observation d'une femme de quarante ans atteinte brusquement de signes d'obstruction intestinal nécessitant une intervention qu'il pratique soixante-dix heures après le début des accidents. Il trouve un côlon ascendant rouge, distendu, libre, le transverse est également libre, l'anse sigmoïde est contournée de droite à gauche, le cæcum et le côlon ascendant, ont subi une translation de droite à gauche, une anse très dilatée fut ponctionnée, il s'en échappa une grande quantité de gaz et la détorsion et la remise en place du côlon ascendant devinrent très faciles. Les suites furent simples, ces cas sont rares.

M. OMBRÉDANNE a souvent rencontré chez l'enfant ces déplacements intestinaux sans que ces enfants ressentissent le moindre trouble.

NOTES DE PRATIQUE

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS CHEZ LE NOURRISSON

MM. Marcel Pinard et P. Giraud (*Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et de syphiligr.*, n° 8, 1921), montrent que l'on peut obtenir la stérilisation de l'enfant par les injections *sous-cutanées* de sulfarsénol qui, faites à doses suffisantes et par piqûres assez rapprochées leur ont donné toute satisfaction.

Ils préconisent le traitement par séries de dix piqûres de sulfarsénol.

Les piqûres seront faites à doses progressives en partant de 5 milligrammes par exemple pour aboutir à 7 centigrammes lorsque l'enfant arrive à peser 5 kilogrammes (soit 1 centigramme à 1cg50 par kilogramme).

Les piqûres devront être rapprochées tous les trois jours pour les petites doses du début, tous les quatre à cinq jours pour les doses suivantes.

Après chaque série le repos doit être de trois semaines, intervalle qu'il ne faut pas allonger. Le traitement devra être poursuivi un an à un an et demi.

CONGRÈS

CONGRÈS DES DERMATOLOGISTES ET SYPHILIGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE (Paris, 6, 7 et 8 juin 1922). — Un Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française se réunira à Paris, les mardis 6, 7 et jeudi 8 juin 1922, sous le patronage de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie. Il a pour comité d'organisation, le bureau de cette Société.

Peuvent s'inscrire comme membres titulaires du Congrès :

a. Les membres des Sociétés nationales de dermatologie et syphiligraphie; *b.* les médecins s'intéressant aux questions dermato-syphiligraphiques et qui seront agréés par le Comité d'organisation.

Le prix de la cotisation est fixé à 60 francs (1).

Les séances auront lieu à l'hôpital Saint-Louis, à 9 heures et à 14 heures. Les séances du matin seront consacrées à des présentations de malades et aux communications particulières (2) ; celles de l'après-midi, à la discussion des rapports sur les questions suivantes :

1° *Les épidermomycoses (à l'exclusion des teignes)*. Rapporteur : M. le Dr Petges (de Bordeaux).

2° *Lymphogranulomatose inguinale subaiguë d'origine vénérienne (ulcère vénérien adénogène)*. Rapporteurs : M. le professeur J. Nicolas et M. le Dr Favre (de Lyon).

3° *Les réactions colloïdales dans la syphilis nerveuse. Réactions à l'or colloïdal, à la gomme mastic, au benjoin colloïdal.* Rapporteur : M. le Dr Guy-Laroche.

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE MENTALE. (Paris, 1er-4 juin 1922.) — Organisé par la Ligue française de prophylaxie et d'hygiène mentales sous le haut patronage de M. le Président de la République française. Bureau du Comité d'organisation : président, M. Toulouse; vice-présidents, MM. Cazeneuve, Larnaude, Georges Renard; direction générale : M. Antheaume; secrétariat général : MM. Génil-Perrin et Brousseau; trésorerie : MM. Dupain et Lahy.

La Ligue de prophylaxie et d'hygiène mentales, créée à Paris en décembre 1920, a réussi à susciter en France un mouvement d'opinion dont les conséquences se manifestent chaque jour, tant au point de vue de l'assistance des psychopathes qu'à celui des questions juridiques, pédagogiques, industrielles et sociologiques liées au progrès de l'hygiène et de la prophylaxie mentales. Parallèlement, nous voyons se fonder en de nombreux pays des organisations suivant la même voie où nous avait précédé le Comité national pour l'hygiène mentale des Etats-Unis.

Il nous a semblé nécessaire que fussent coordonnés les efforts en vue de la constitution d'un corps de doctrines générales susceptibles ensuite de se plier aux conditions particulières inhérentes à chaque nation. C'est pourquoi, sur l'initiative de la Ligue, se tiendra à Paris, du 1er au 4 juin, le Ier Congrès international d'hygiène mentale où sont conviés les représentants de toutes les nations alliées et amies.

Des thèmes de discussion, d'un caractère très général, ont été élaborés. Ils s'adressent à tous ceux dont la charge est de dresser, utiliser ou secourir l'esprit humain. C'est dire quelle contribution peut être apportée par ceux que ne laisse pas indifférents le rendement social de l'organisation dont ils font partie.

THÈMES DE DISCUSSION. — I. *Les principes généraux qui doivent régir l'assistance des psychopathes.* — Exposé du Dr Antheaume (de Paris).

II. *La sélection des travailleurs dans ses rapports avec l'hygiène mentale.* — Exposé de M. Lahy (de Paris).

III. *Les méthodes d'éducation et la psychologie appliquée.* — Exposé du prof. Claparède (de Genève).

IV. *Entente internationale pour les recherches scientifiques en rapport avec l'hygiène mentale.* — Exposé du prof. Rabaud (de Paris).

V. *L'hygiène mentale dans la famille.* — Exposé du Dr Toulouse (de Paris).

Le Congrès durera quatre jours, du 1er au 4 juin inclus. Les trois premiers jours seront consacrés à l'exposé des thèmes de discussion, avec les conclusions et vœux qui en découlent; le quatrième jour auront lieu les communications d'hygiène mentale, dont les auteurs auront pris soin de demander l'inscription.

Le prix de la souscription est fixé à 25 francs pour les membres titulaires qui prennent part aux discussions et communications, et à 10 francs pour les membres adhérents qui, sans participer activement aux travaux et aux discussions, désirent assister éventuellement aux assemblées générales et manifester par leur adhésion le bienveillant intérêt qu'ils témoignent à la grande œuvre sociologique entreprise.

La liste du Comité de patronage français a été publiée, celle des comités étrangers sera communiquée ultérieurement.

Adresser les correspondances relatives aux thèmes de discussion et communications, au secrétaire général, Dr Genil-Perrin, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe), et les adhésions et envois de souscriptions au trésorier, Dr Dupain, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

Envoi du programme détaillé sur demande.

(1) Les adhésions et les cotisations doivent être adressées avant le 15 mai, à M. le Dr Hudelo, 8, rue d'Alger, à Paris. Les cotisations doivent être exclusivement acquittées en francs français.

(2) Les titres des communications, accompagnés d'un court résumé, devront être envoyés avant le 1er mai, à M. le Dr Hudelo.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 23. — MARDI 21 & JEUDI 23 MARS 1922. 95e ANNÉE. MARDI 21 & JEUDI 23 MARS 1922. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Savariaud, Labey, Tuffier, qui acceptent; Arrou, Alglave, Gosset, Crouzon, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

Liste des candidats : MM. Madier, Monod (Raoul), Brocq, Lorin, Pascalis, Métivet, Leveuf, Gouverneur, Rouhier, Bloch (René), Maurer, Charrier, Mornard, Girode, Bergeret, Bloch (Jacques), Desplas, Gatellier.

HOSPICE GÉNÉRAL DE NANTES. — MM. les Drs R. Benon et Georges Lerat, médecins du quartier des maladies mentales, ont été nommés médecins chefs, par arrêté du ministre de l'Hygiène.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Des concours auront lieu :

Le 12 juin, pour une place de chef de clinique médicale ;

Le 19 juin, pour une place de chef de clinique de médecine infantile;

Le 26 juin, pour une place de chef de clinique chirurgicale, pour une place de chef de clinique ophtalmologique ; pour une place de chef des travaux de pharmacie et de chimie biologique;

Le 10 juillet, pour une place de chef de clinique médicale.

— Nantes. — Après concours, M. le Dr Maurice Sourdille a été nommé professeur suppléant de pathologie externe et de clinique chirurgicale.

LA LUTTE CONTRE LES MALADIES CONTAGIEUSES. — Le *Journal officiel* du 16 mars publie une circulaire du ministre de l'hygiène relative à l'utilité des laboratoires de bactériologie et d'hygiène sociale dans la lutte contre les maladies transmissibles.

Afin de développer ou d'améliorer les laboratoires qui existent et d'en créer de nouveaux, le ministre demande aux préfets de le documenter sur l'état actuel de la question dans chacun des départements.

COMITÉ PERMANENT DU CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES. — M. le ministre de la Défense nationale de Belgique a bien voulu réunir à Bruxelles (20 et 21 février 1922) le Comité permanent qui avait été désigné lors du Ier Congrès international de médecine et de pharmacie militaires à Bruxelles.

On sait que ce Comité avait été chargé par le Congrès d'étudier la question de la continuité des travaux de ce Ier Congrès et de préparer éventuellement les réunions futures. La séance du 20 février 1922 avait réuni à l'hôpital militaire de Bruxelles, sous la présidence de M. l'inspecteur général Wibin, tous les membres du Comité permanent, sauf M. de Fonseca, délégué du Brésil, qui s'était fait excuser.

Etaient présents : MM. Bainbridge (Etats-Unis d'Amérique), Mauri (Italie), Stirling (Angleterre), Uzac (France), Thomann (Suisse), van Baumberghen (Espagne), Voncken, secrétaire (Belgique).

L'on s'est mis d'accord pour offrir à l'Italie de réunir le IIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires à Rome, en mai 1923.

Les questions suivantes ont été proposées :

Première question : Les évacuations sanitaires. I. Principes généraux des évacuations des armées de campagne; II. Organisation des évacuations, compte tenu des exigences irréductibles des nécessités thérapeutiques; III. Adaptation de la thérapeutique médicale et chirurgicale aux diverses conditions résultant de la nécessité de procéder à des évacuations.

Deuxième question : Collaboration des autorités civiles et militaires compétentes en matière d'hygiène sociale, d'éducation physique et de prophylaxie (statistique démographique des maladies sociales : tuberculose, maladies vénériennes, alcoolisme, tare mentale, dépistage, action prophylactique concertée, vaccinations).

Troisième question : Etude critique des procédés de désinfection et de désinsectisation en temps de paix et en temps de guerre.

Quatrième question : Traitement des blessures thoracopulmonaires et de leurs séquelles.

Question pharmaceutique : Les laboratoires de chimie aux armées. Leur rôle. Leurs méthodes.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ MÉDICALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL. DÉLIVRANCE DE CERTIFICATS AYANT PERMIS DE RECEVOIR DEUX DEMI-SALAIRES

Le 20 décembre 1920, un nommé G... (Alphonse-Alfred) fut blessé à la main gauche alors qu'il travaillait comme journalier au service de la Compagnie générale transatlantique, au Havre. Il choisit comme médecin traitant le docteur X... qui, pendant plus de deux mois, lui prodigua des soins sous le nom de G... (Alfred). Son demi-salaire lui fut régulièrement payé le 11 février. Bien qu'il ne fût pas encore guéri de sa blessure, G... se fit embaucher chez Y..., entrepreneur de déchargement. Le lendemain, au cours de son travail, il fut de nouveau blessé à l'avant-bras gauche. Le docteur, auquel il se présenta le jour même sous le nom de G... (Alphonse), lui donna des soins pour cette nouvelle blessure. Grâce aux bons d'acomptes qui lui furent délivrés par son médecin, G... toucha pour son demi-salaire les sommes suivantes, à savoir : 1° de Y..., le 19 février, 100 fr. ; 2° de la Compagnie générale transatlantique, le 13 février, 39 fr. 75; le 20 février, 92 fr. 75 et le 22 février, 26 fr. 50 ; c'est-à-dire 159 fr. en plus des 100 fr. touchés de Y...

G... et le docteur X... furent cités devant le Tribunal correctionnel du Havre pour escroquerie et complicité.

G... reconnut que, en présentant les 13, 20 et 22 février à la Compagnie générale transatlantique des bons d'acomptes signés de son médecin alors qu'il touchait son demi-salaire de la maison Y..., à l'occasion d'un nouvel accident, il s'est fait remettre indûment une somme de 159 francs.

Quant au docteur X..., il reconnut avoir vu son client une quinzaine de fois du 20 décembre 1920 au 19 février 1921 et lui avoir fait de nombreux pansements sous le nom de G... (Alfred); il reconnut également avoir visité à plusieurs reprises G... (Alphonse), notamment les 12 et 19 février, mais il soutint qu'il n'avait pas reconnu G... (Alfred) en la personne de G... (Alphonse) et que sa bonne foi était entière.

Le Tribunal, le 15 juillet 1921, puis la Cour de Rouen, dans son arrêt du 23 décembre 1921, ont commencé par dire qu'il était bien invraisemblable en soi qu'à la suite d'une quinzaine de visites et de pansements, le docteur X... n'ait pu reconnaître un client qu'il avait eu déjà l'occasion de soigner au mois de juin précédent, et que cette invraisemblance s'est trouvée corroborée par ce fait qu'à deux reprises différentes, les 12 et 19 février, G... s'est présenté dans la matinée à trois heures de distance, sous deux noms différents, chez le docteur X... qui lui a remis deux certificats concernant chacun l'un des accidents.

Puis, ils examinent la question de bonne foi; ils refusent d'admettre celle-ci chez le docteur X... Voici les « attendus » :

Attendu qu'étant donné le siège même des blessures, l'une à la main gauche, l'autre à l'avant-bras gauche, la bonne foi de X... ne saurait être admise;

Attendu tout d'abord que les déclarations de G..., manifestement inspirées par le désir de sauver son médecin, constituent cependant une charge assez accablante pour le docteur X...; qu'en effet, si comme il le prétend les 12 et 19 février, en allant se faire visiter à l'occasion de l'accident Poitevin-Mannoni et Cie, il a eu soin d'enlever son pansement, ce médecin n'a pu manquer d'être frappé de l'aspect de sa main dont l'épiderme depuis deux mois recouvert d'un pansement se trouvait par là-même abrité contre les intempéries des saisons et protégé contre toutes les impuretés qui s'y accumulent au cours du travail;

Attendu, d'un autre côté, qu'un médecin traitant, lors du premier examen d'une plaie, ne doit pas se borner à constater les conséquences anatomiques du traumatisme, qu'il a l'impérieux devoir de se préoccuper des troubles fonctionnels dont pourrait être atteinte la victime de l'accident; qu'en présence d'une plaie siégeant à la face antérieure de l'avant-bras, il doit rechercher si les muscles ou tendons fléchisseurs du poignet et des doigts n'ont pas été lésés ou sectionnés, ce qui déterminerait leur impotence fonctionnelle; ou bien encore si les nerfs cubital ou radial n'ont pas été atteints, ce qui entraînerait la paralysie des doigts; que ces diverses investigations impliquent la palpation et l'examen du membre entier, notamment de la main et des doigts;

Attendu que le docteur X..., dont la clientèle est presque exclusivement composée d'ouvriers victimes d'accident du travail, a si bien compris la nécessité de cet examen qu'il s'était fait à lui-même l'objection, il déclare dans sa déposition du 19 avril 1921 : « Je ne m'explique pas comment j'ai pu soigner une blessure à l'avant-bras sans m'apercevoir que l'ouvrier était de plus blessé à la main »;

Attendu que le prévenu reconnaît ainsi complètement tout au moins la légitimité du reproche qu'on lui adresse, mais qu'il se garde bien de faire connaître les raisons du manque du perspicacité qu'il avoue, le Tribunal a le devoir de la rechercher à la lumière des faits de la cause;

Attendu qu'à ce point de vue il est intéressant de constater qu'au dire du prévenu lui-même, dès sa visite du 12 février, son attention fut attirée parce que deux de ses clients s'étaient fait inscrire sous le même nom de G... et que, ne voulant pas être dupe, il s'était reporté à ses fiches;

Attendu qu'en les consultant il a acquis la certitude que G... (Alfred) s'était blessé à la main gauche tandis que son prétendu frère Alphonse avait une blessure à l'avant-bras gauche, qu'il est permis de s'étonner que le docteur X..., en possession de ces renseignements ne se soit livré à aucune investigation en vue de savoir s'il ne se trouvait pas en présence d'un seul et même client alors qu'aux dates des 19 et 22 février et du 1er mars il a examiné la blessure de G... (Alfred);

Attendu qu'il n'est nullement établi par le docteur X..., dont l'attention avait pourtant été éveillée par la similitude de noms, qu'il ait pu laisser échapper à quatre reprises différentes l'occasion qui lui était offerte de découvrir les agissements frauduleux de G...; que, dans ces conditions, il n'est pas téméraire d'affirmer qu'il a volontairement fermé les yeux et d'en déduire qu'il existait entre lui et son client un véritable concert frauduleux;

Attendu que cette déduction qui explique merveilleusement la formule évasive employée par le prévenu dans sa déclaration se trouve confirmée par les faits suivants : 1° G... redoutait si peu de la part de X... un examen approfondi, que, contrairement aux errements habituels des ouvriers, il y retourne pour l'accident du 12 février, alors qu'il recevait encore des soins pour celui du 20 décembre; 2° X... était si bien d'accord avec son client que le 5 mars, vers huit heures et demie du matin, jour et heure fixés pour la contre-visite de G..., il annonçait par avance que celui-ci ne se présenterait pas; il essayait, il est vrai, d'expliquer son absence par ce fait qu'il n'avait pas eu le temps matériel de l'avertir, G... lui ayant laissé ignorer qu'il avait été convoqué directement par son employeur; sans doute, le docteur X..., se rendant compte de la gravité des propos rapportés par le docteur Michel et M. Drujeon, a cru devoir formellement contester leurs dépositions, mais en présence des déclarations précises et concordantes de ces deux témoins, le Tribunal ne saurait accueillir les explications plus que fantaisistes des prévenus; 3° le 5 mars, après la tentative infructueuse de contre-visite, le docteur X... s'est rendu au domicile de G... et a remis à sa mère un certificat de guérison pour l'accident de travail du 12 février, espérant ainsi éviter dans un intérêt commun le dépôt d'une plainte au Parquet.

Attendu que de tout ce qui précède il résulte clairement que le docteur X... a délivré en connaissance de cause les bons d'acompte à G..., l'aidant ainsi à perpétuer une escroquerie ou lui facilitant les moyens de la commettre, qu'il y a donc lieu de lui faire application des articles 59 et 405 du Code pénal;

Attendu que les agissements du docteur X... constituent de graves manquements à ses devoirs professionnels, qu'il importe de mettre un frein à la coupable industrie des médecins qui déshonorent leur profession en s'entendant avec les ouvriers malhonnêtes pour mettre en coupe réglée les chefs d'entreprise et les compagnies d'assurances, qu'il convient donc de prononcer contre lui la peine accessoire prévue par l'article 25 de la loi du 30 novembre 1892, laquelle aux termes d'un arrêt de la Cour de cassation en date du 30 avril 1909 (D. P., 1911, 1.369) peut être prononcée contre un médecin condamné pour complicité d'escroquerie.

Le docteur X... a été condamné à une peine d'emprisonnement et à une suspension pendant six mois de l'exercice de sa profession.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

L'ÉLECTROLOGIE EN 1920-1921

PAR

Louis DELHERM et LOUBIER

I. SYSTÈME NERVEUX

Chronaxie et action des courants progressifs dans un cas de myopathie acquise. (G. BOURGUIGNON (de Paris). *Revue neurol.*, 1920, n° 6.) — L'auteur rappelle que la contraction galvanotonique ou galvanotonus simple est un état de contraction qui dure autant que le passage du courant. La myotonie ou contraction galvanotonique durable est un galvanotonus qui se prolonge au moment de l'ouverture du courant pendant un temps plus ou moins long (dix, quinze ou vingt secondes).

L'observation du malade qu'il présente, confirme ce fait que tous les myopathiques présentent le galvanotonus ou la myotonie dans les muscles les plus récemment atteints, et dans un nombre de muscles d'autant plus grand que la maladie est de date plus récente.

L'action des courants progressifs et la chronaxie montrent que le muscle myopathique est composé d'un mélange de fibres vives et de fibres lentes, mélange qui se traduit par la coexistence de deux contractions différentes accompagnées de deux chronaxies, une petite (fibres vives) et une grande (fibres lentes).

L'égersimètre. Description et étude d'un appareil destiné à l'exploration de l'excitabilité électrique des muscles et des nerfs chez l'homme. (A. STROHL. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, juillet 1921.) — Après avoir montré la supériorité de la chronaxie sur les anciennes techniques d'examen, l'auteur fait la description d'un nouvel appareil, l'égersimètre, destiné à l'exploration des nerfs et des muscles, au moyen de courants de durée variant entre 5/100000e et 1/100e de seconde. Cet appareil permet d'obtenir, en quelques instants, la chronaxie par la recherche de la durée minima que doit présenter un courant d'intensité double du seuil galvanique pour produire une contraction. A l'aide de son appareil, Strohl a pu obtenir facilement la loi d'excitation électrique sur l'homme et retrouver sensiblement les résultats expérimentaux obtenus sur l'animal.

Les réactions électriques dans un cas de paralysie périodique. (DELHERM. *Bull. de la Soc. franç. d'électrothér. et de radiol.*, janv. 1921.) — L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas de paralysie périodique.

Au moment des crises, l'excitabilité était normale sur les muscles du visage, ce qui est la règle. Sur les muscles du tronc et des membres, on trouve de l'inexcitabilité complète ou une hypoexcitabilité très marquée au galvanique et au faradique, mais, dans aucun cas, on n'a observé ni lenteur de la secousse, ni inversion, ni réaction galvanotonique, ni contraction faradique latente.

Dans l'intervalle des crises, les réactions étaient normales.

A propos de la disjonction acromio-claviculaire. (LOUBIER. *Bull. de la Soc. d'électrothér. et de radiol.*, 24 mai 1921.) — L'auteur rapporte une observation de disjonction acromio-claviculaire consécutive à un accident du travail. Le blessé présentait une impotence complète du membre supérieur et les signes cliniques auraient pu faire croire à une névrite. Mais l'électro-diagnostic a montré des réactions normales. Quelques troubles de la sensibilité ont fait penser qu'une névrose s'était greffée sur le traumatisme.

Electrodiagnostic. Electropronostic. Indications thérapeutiques. (VIGNAL. *L'Hôpital*, août 1921.) — L'auteur a voulu, dans cet excellent article de vulgarisation, donner aux médecins praticiens un aperçu de ce que sont l'électrodiagnostic et l'électropronostic, si importants pour le traitement des affections du système nerveux et en particulier des paralysies périphériques.

Localisation des poisons et des infections sur les systèmes neuromusculaires de l'homme suivant leurs chronaxies. (G. BOURGUIGNON. *C. R. de l'Acad. des sciences*, nov. 1921.) — L'électrodiagnostic par la mesure de la chronaxie fait voir que les muscles paralysés par le plomb dans le domaine du radial sont d'abord les muscles de grande chronaxie (extenseurs), puis les muscles de chronaxie moyenne (radiaux), le long supinateur à petite chronaxie étant seul respecté.

Aux membres inférieurs les poisons atteignent de préférence les muscles à petite et moyenne chronaxie, respectant au contraire les muscles à grande chronaxie.

Les syndromes nerveux liés aux hétéromorphismes régionaux du rachis, en particulier à ceux de la vertèbre présacrée. (André ROCCAVILLA. *Revue neurol.*, 1921, n° 1.) — Les lésions vertébrales jouent un rôle des plus importants dans la genèse des névrites et des neuroradiculites.

Pour atténuer les douleurs, pour traiter les troubles trophiques, on aura recours à la *thermothérapie* (bains de lumière), à la *galvanisation* ou à la *galvanofaradisation* le long des troncs nerveux ou des muscles les plus atteints. Enfin, on pourra employer la radiothérapie sur les racines.

La galvanisation abdomino-thyroïdienne dans le traitement des syndromes d'hyperthyroïdie. (FOUBERT. *Th. de Paris*, 1921, Jouve, édit.) — Les lésions de l'appareil génital existent dans 96 p. 100 des cas de Basedow et il y a rupture de l'équilibre endocrinien. L'auteur s'est adressé au courant continu pour régulariser la fonction sécrétoire des glandes et pour atténuer l'irritation du système sympathique; il l'a appliqué à l'ensemble du système sympathique et endocrinien. Foubert place deux larges électrodes sur la colonne vertébrale, il les relie au positif. Deux autres électrodes placées l'une sur le corps thyroïde, l'autre sur l'abdomen sont reliées au négatif. L'intensité est portée a 80-150 m. a. pendant trente minutes. Ce traitement a donné de très bons résultats. D'une statistique émanée de l'hôpital Cochin (Dr Ménard), il résulte que le traitement par la galvanisation donne des résultats meilleurs que la radiothérapie : le mieux est de combiner les deux traitements.

Traitement des reliquats médullaires et radiculaires de l'encéphalomyélite épidémique. (CHARTIER. *Bull. de la Soc. d'électrothér. et de radiol.*, nov. 1920.) — Chez un malade présentant des manifestations médullo-radiculaires : raideur du rachis, contracture permanente en flexion ; mouvements cloniques, exagération des réflexes, douleurs très vives, atrophie musculaire, le traitement consista en bains thermo-lumineux généraux un jour, localisés au rachis, le lendemain, et suivis d'hydrothérapie chaude ; applications quotidiennes d'effluves de haute fréquence sur le rachis et les plexus douloureux. Guérison, trois mois après le début du traitement et cinq mois après le début de l'affection.

Dans les cas de ce genre, la guérison est beaucoup plus lente lorsqu'on n'a pas recours au traitement physiothérapique.

L'électrothérapie dans le traitement des insomnies. (Louis LIVET. *Bull. de la Soc. franç. d'électrothér. et de radiol.*, 28 mars 1921.) — L'auteur rapporte un certain nombre d'observations montrant l'efficacité, sur les insomnies, de la douche statique et de la galvanisation bi-temporale.

L'électroradiologie dans les névrites motrices. (DELHERM et LAQUERRIÈRE. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, t. V, n° 3.) — La thérapeutique électrique des névrites motrices n'est pas univoque et, suivant les cas, différents procédés doivent être utilisés.

Dans les névrites motrices avec réaction de dégénérescence, avec phénomènes douloureux ou état spasmodique, il faut employer le courant continu à l'état constant. Ce procédé doit être employé seul, du moins au début.

Au bout d'un certain temps, on fera, après la séance, quelques interruptions de courant, pour arriver aux applications excito-motrices (courant continu à état variable, courant ondulé, etc.), applications dont on augmentera la durée, quand l'amélioration progressera.

Quand il n'y a pas de réaction de dégénérescence, on se servira de la faradisation à chocs espacés, tétanisante coupée au métronome ou la faradisation ondulée. Il faudra, avec soin, éviter la fatigue.

Que la névrite motrice soit légère ou grave, il est très utile d'agir sur la circulation du membre atteint par le bain de lumière, la thermopénétration ou la friction de haute fréquence.

En tous cas, c'est sur l'électrodiagnostic qu'il faut se baser pour reconnaître la gravité de l'affection et instituer le traitement.

Chronaxie normale du nerf facial et des muscles de la face chez l'homme. Leur classification fonctionnelle par la chronaxie. (BOURGUIGNON et TUPA. *C. R. de la Soc. de biol.*, nov. 1921.) — Les muscles innervés par la branche supérieure du facial ont des chronaxies exprimées en cent millième de secondes variant de 45 à 65 environ, avec des chiffres minima de 24 à 36 pour le sourcillier.

Les muscles innervés par la branche inférieure ont des chronaxies de 28 à 36.

Les muscles releveurs des traits ont une chronaxie moyenne de 58 environ et les muscles abaisseurs une chronaxie moyenne de 30 environ.

On peut assimiler les releveurs des traits aux extenseurs des membres et les abaisseurs aux fléchisseurs.

La paralysie faciale. Électrodiagnostic. Électrothérapie. (DELHERM et LAQUERRIÈRE. *Journ. de radiol et d'électrol.*, fév. 1920, p. 49 à 61.) — Les auteurs ont surtout en vue la paralysie faciale périphérique dite « à frigore ».

Seul, l'électrodiagnostic permet de dire si on se trouve en présence d'une forme légère, moyenne ou grave de paralysie faciale ; il faut donc pratiquer systématiquement l'examen électrique. Dans la *forme légère*, il n'y a pour ainsi dire pas de modification de l'excitabilité électrique ; dans la *forme moyenne*, on se trouve en présence d'une réaction de dégénérescence partielle : lenteur de la secousse avec hyperexcitabilité marquée au galvanique, mais l'excitabilité faradique est seulement diminuée, sans être abolie. Si on se trouve en présence de la *forme grave*, la réaction de dégénérescence complète s'établit au cours du second septenaire : abolition complète de l'excitabilité galvanique et faradique sur le nerf ; abolition de l'excitabilité faradique, augmentation souvent très marquée de l'excitabilité galvanique, secousse lente, formule inversée, sur les muscles.

Quelques particularités complètent le schéma de Erb, dans la paralysie faciale, ce sont : la persistance de l'hyperexcitabilité galvanique, la contraction galvanotonique et la réaction controlatérale de Valobra.

Le *traitement électrique* sera institué suivant la nature de l'affection. Les paralysies d'origine centrale sont justiciables du courant continu constant, les paralysies fonctionnelles seront traitées par la rééducation électrique ; enfin, dans les paralysies périphériques, c'est l'électrodiagnostic qui donne l'indication du courant à employer.

Conceptions nouvelles sur le traitement de la paralysie infantile. (H. BORDIER. *Revue méd. franç.*, janv. 1921.) —

1° La radiothérapie aidera la restauration des cellules nerveuses motrices non encore complètement atrophiées dans la moelle.

2° La diathermie, en applications quotidiennes, a pour but de combattre le refroidissement du membre paralysé.

3° La galvanisation simple ou galvanisation rythmée, d'après les donnés de l'électrodiagnostic, devra être continuée longtemps. Des muscles en réaction de dégénérescence complète sont souvent très améliorés par un traitement électrique judicieusement fait.

Ainsi la paralysie infantile peut-être transformée et n'entraînera plus avec elle aucune infirmité.

Résultats du traitement des névrites traumatiques par la diathermie. (SCHWALBACH et BUCKY. *Münch. med. Wochens.*, 10 sept. 1920.) — Sur 51 cas de névrites consécutives à des blessures de guerre traitées par la diathermie, les auteurs ont obtenu 18 guérisons, 31 améliorations et 2 insuccès. Applications quotidiennes d'une durée de vingt minutes avec le maximum d'intensité supportable.

L'ionisation de l'azotate d'aconitine dans le traitement des névralgies. (DELHERM. *Bull. de la Soc. d'électrot. et de radiol.*, oct. 1920.) — L'auteur a expérimenté l'ionisation de l'azotate d'aconitine suivant la formule de Barré dans trois cas de névralgies et a obtenu soit la guérison, soit une amélioration beaucoup plus considérable que celle qui avait été obtenue par le courant continu simple.

Ionothérapie par l'aconitine. (DIEUZAIDE. *Bull. de la Soc. d'électrot. et de radiol.*, oct. 1920.) — Une névralgie de l'épaule ayant résisté à toutes sortes de médications fut améliorée par le salicylate de soude (électrode négative 3 p. 100) mais a guéri quand l'auteur a employé l'ionisation à l'azotate d'aconitine.

Une névralgie ancienne du trijumeau avait été favorablement influencée par l'ionisation salycilée en 1914. En 1920 l'amélioration fut beaucoup plus rapide par l'ionisation de l'aconitine.

Contribution à l'étude de l'ionothérapie par l'aconitine. (DREVON. *Bull. de la Soc. d'électrot.*, 24 mai 1921.) — Deux observations de malades présentant des névralgies rebelles à tous les traitements ont été rapidement guéris par l'ionisation à l'azotate d'aconitine.

Paralysie rétrograde du nerf médian. (REGARD. *Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, mai 1921.) — A la suite d'une blessure par éclat d'obus à la main, un soldat présente une paralysie incomplète de l'éminence thénar ; mais, de plus, une paralysie de l'index et du médius (fléchisseur commun profond).

L'*examen électrique* montre de l'hypoexcitabilité sans réaction de dégénérescence. L'auteur pense que quelques filets nerveux du médian au poignet gagnent le fléchisseur profond par voie rétrograde.

Névrite paludéenne du nerf circonflexe. (G. PAISSEAU. H. SCHŒFFER et E. ALCHECK. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 24 nov. 1921, n° 33.) — Au cours d'accès palustres de gravité moyenne, est survenue, chez un sujet jeune et vigoureux, sans aucune tare antérieure que le paludisme, une paralysie deltoïdienne par névrite du circonflexe.

L'*examen électrique* montrait : au courant faradique une grosse hypoexcitabilité du deltoïde ; au courant galvanique hypoexcitabilité légère, sans lenteur notable de la contraction.

Malgré le traitement électrique suivi régulièrement, les réactions électriques ne paraissaient pas modifiées au bout de quatre mois.

L'évolution clinique et les données de l'électrodiagnostic ont donc montré que le pronostic de cette névrite palustre peut être considéré comme grave au point de vue fonctionnel.

II. TUBE DIGESTIF

Influence de la diathermie sur les fonctions stomacales dans quelques formes de gastropathies. (G. SETZU. *La Reforma medica*, t. III, avril 1920.) — Dans une série d'expériences, l'auteur a essayé de fixer la valeur de la diathermie comme agent calorigène et d'établir les principes de technique.

D'après ses conclusions : le pouvoir calorigène est en

raison directe de l'intensité du courant; les applications de longue durée avec une intensité ne dépassant pas 2 ampères 5 sont relativement sans danger.

Les *résultats* ont été les suivants :

Douleurs : action calmante de la gastralgie.

Fonctions chimiques : augmentation de l'acidité totale et de l'acide chlorydrique libre.

Fonctions neuro-musculaires : Action stimulante, caractérisée par une diminution dans la durée du séjour du contenu gastrique.

Traitement du spasme pylorique et de certains états douloureux abdominaux par la d'Arsonvalisation (thermopénétration). (NEMOURS (Auguste). *Th. de Paris*, 1921.) — Par la diathermie il est possible d'agir sur le spasme du pylore et sur certaines douleurs abdominales. En outre la diathermie agit sur la formule sanguine, elle diminue l'hyperleucocytose. Elle a une influence favorable sur la gastrosuccorrhée. Elle constitue un des meilleurs moyens pour agir sur l'hyperesthésie de la muqueuse gastrique.

Emploi systématique de la diathermie dans les réactions douloureuses inflammatoires ou spasmodique de la vésicule biliaire. (AIMARD. *Presse méd.*, 10 déc. 1921.) — L'auteur place une électrode sur la paroi abdominale et une autre sur la paroi dorsale. L'application est douce et bien supportée; on note dès la toute première séance une sédation de la douleur qui disparaît ensuite rapidement. Ce résultat est obtenu chez les migraineux à vésicule grosse, douloureuse; chez les lithiasiques vésiculaires avérés.

Présentation d'une électrode condensatrice de haute fréquence. (VIGNAL. *Bull. de la Soc. franç. d'électr. et de radiol.*, déc. 1921.) — L'auteur présente une électrode condensatrice de haute fréquence qui permet d'éviter, dans le traitement de la fissure sphinctéralgique, les décharges d'étincelles entre leur partie métallique nue et la peau, décharges sans danger, du reste, qui se produisent avec les différents modèles d'électrodes.

Hémorroïdes au huitième mois de la grossesse traitées par les courants de haute fréquence. (THIELLÉ. *Bull. de la Soc. franç. d'électrot. et de radiol.*, avril 1921.) — L'auteur rapporte l'histoire d'une femme enceinte de huit mois, atteinte d'une poussée hémorroïdale très douloureuse, chez laquelle des applications intrarectales classiques de haute fréquence ont amené une guérison complète en cinq séances.

A propos de la fissure sphinctéralgique. (LAQUERRIÈRE. *Bul. officiel de la Soc. franç. d'électrot. et de radiol.*, nov. 1920.) — Fillette de neuf mois atteinte de deux petites fissures et présentant depuis six mois de violentes douleurs à l'occasion des selles.

Traitement avec la pointe de l'électrode conique de Mac Intyre. Soulagement à la troisième séance, guérison à la douzième. Au bout d'un mois, rechute guérie en deux séances. Après six mois il n'y avait plus de récidive.

Il est à remarquer que les résultats sont moins constants dans la fissure tolérante ou la simple algie anorectale que dans la fissure intolérante.

Un cas de prurit anorectal avec fissure anale guéri par la haute fréquence. (Robert DUBOIS. *Bull. de la Soc. franç. d'électrot. et de radiol.*, 28 mai 1921.) — Violent prurit anorectal avec lésions de grattage, eczéma de la région péri-anale, éraillures de la marge de l'anus, remontant à vingt-cinq ans. Insuccès des multiples traitements essayés. Amélioration rapide et guérison complète après onze séances d'effluvages de haute fréquence.

III. MALADIES DE LA NUTRITION

Traitement moderne de l'obésité. (Edward C. TITUS. *Med. Record de New-York*, 24 janv. 1920.) —L'auteur utilise depuis sept ans la méthode de Bergonié. Il ne considère pas que cette méthode constitue à elle seule le traitement de toutes les obésités. Elle augmente l'activité glandulaire, accroît la sécrétion d'urine, améliore la digestion et le fonctionnement intestinal. Son heureux effet sur la nutrition est démontré par l'augmentation des forces et la sensation de mieux-être; les malades qui étaient fatigués sentent le besoin de marcher et se livrent avec plaisir aux exercices de toutes sortes. Il y a amélioration de la circulation, de l'activité du cœur et de la respiration.

L'auteur conseille comme adjuvants le bicarbonate de soude et la rhubarbe; il diminue la quantité d'aliments et proscrit le sucre et les graisses.

La durée du traitement est de six à dix semaines; applications quotidiennes pendant les quatres premières semaines, bihebdomadaires ensuite. Au début, la diminution de poids est peu appréciable car les muscles se développent.

Il est raisonnable d'espérer, lorsque le sujet suit régulièrement son traitement, son régime et ses exercices, une perte de poids de 1/2 à 1 livre par jour.

L'électrothérapie dans les maladies de la nutrition. (BERGONIÉ. *Arch. d'élect. méd. et de physiothér.*, juillet 1920.) — L'électricité est le meilleur excitant du muscle. On peut donc modifier les échanges en faisant de l'*ergothérapie* électrique.

L'auteur expose minutieusement l'instrumentation et la technique de la *méthode de Bergonié*, puis étudie les effets physiologiques et les effets cliniques.

La méthode est indiquée dans toutes les affections où il est nécessaire, dans un but thérapeutique, d'augmenter les échanges en laissant au repos le système nerveux.

C'est surtout chez les *obèses*, incapables de se livrer aux exercices volontaires, que cette méthode trouve son application ; mais il faut, en même temps, soumettre les sujets à un régime alimentaire.

Diathermie dans quelques affections articulaires douloureuses. (VIGNAL. *Bull. de la Soc. franç. d'électrothér. et de radiol.*, 26 avril 1921.) — L'auteur apporte l'observation de deux malades qui présentaient des douleurs atroces de l'épaule avec limitation des mouvements, à la suite de traumatismes violents.

La radiographie avait montré des exostoses de la tête humérale et une intervention chirurgicale était conseillée. Des applications de diathermie amenèrent une guérison complète.

Un cas de polyarthrose chronique fébrile traité par l'électrothérapie. (HIRTZ. *Bull. de la Soc. d'électrothér. et de radiol.*, 24 mai 1921.) — L'auteur apporte l'observation d'un cas de cette affection qui avait été complètement rebelle au traitement salicylé et qui fut guéri par des séances de galvanisation intensive.

Il y eut, en outre, une transformation complète de l'état général qui devint excellent.

IV. AFFECTIONS DE LA PEAU

Le traitement électrique des engelures. (FRAIKIN. *Bull. de la Soc. franç. d'électrothér. et de radiol.*, mai 1920.) — L'auteur reconnaît que l'on obtient de bons effets par l'effluvation statique ou la friction de haute fréquence avec le manchon de verre de Oudin, mais il préfère la galvano-faradisation. Lorsqu'il y a une ulcération, elle doit d'abord être traitée par l'ambrine. La région malade est plongée dans un bain électrode : l'intensité faradique est poussée jusqu'à la limite de la tolérance du sujet, l'intensité galvanique est au maximum de 15 m. a. Durée de la séance : quinze minutes, deux à trois séances par semaine. La guérison est obtenue en six à dix séances. L'auteur a guéri ainsi des malades qui étaient torturés, chaque hiver, par des engelures depuis sept à huit ans. La guérison survenue en automne s'est maintenue pendant tout l'hiver.

Verrues séniles et verrues pédiculées traitées par la galvanocaustie chimique. (THIELLÉ. *Bull. de la Soc. franç. d'électrothér. et de radiol.*, fév. 1921.) — L'auteur introduit dans la verrue deux aiguilles de platine distantes de 4 millimètres, qu'il réunit au pôle négatif, le pôle positif étant placé au bras. Intensité 1, 2 et 3 m. a. pendant trois minutes.

Cette méthode est inoffensive, rapide et ne laisse pas de cicatrice. On peut, au préalable, anesthésier la verrue.

Traitement, par la haute fréquence, d'une large gomme tuberculeuse, ulcérée. (THIBONNEAU. *Bull. de la Soc. d'électrothér. et de radiol.*, juillet 1921.) — Ulcération consécutive à une gomme tuberculeuse siégeant sur la région deltoïdienne gauche.

Le traitement a consisté en une application hebdomadaire de haute fréquence sous forme d'étincelage très intense avec l'électrode de Doumer.

Amélioration très marquée au bout de six applications ; guérison complète en trois mois.

A propos du traitement du sycosis staphylococcique. (GAUDUCHEAU. *Arch. d'électr. méd. et de physiothér.*, janv. 1921.) — En aucun cas Gauducheau n'a recours à la radiothérapie, mais traite exclusivement par l'introduction électrolytique du zinc : solution de chlorure ou de sulfate à 1 ou 2 p. 100. Au préalable, il rase et ouvre tous les foyers infectés au galvanocautère. Séances bi-hebdomadaires de vingt à trente minutes avec l'intensité supportable. L'épilation se fait spontanément les jours qui suivent les applications.

L'électrolyse contre le nævus chez l'enfant. (MILANI. *Rev. Osped.*, 15 fév. 1920.) — Aux autres méthodes (rayons X, haute fréquence), l'auteur préfère l'électrolyse bipolaire. On enfonce deux aiguilles distantes de 12 millimètres environ et on fait passer un courant de 40 à 60 m. a. pendant quarante à soixante secondes, jusqu'à ce qu'il y ait décoloration autour des aiguilles.

Traitement du sycosis staphylococcique par la radiothérapie et l'ion zinc. (JAULIN. *Arch. d'électr. méd. et de physiothér.*, nov. 1920.) — L'auteur a traité le sycosis staphylococcique par l'association de la radiothérapie et de l'ion zinc.

Les cas traités par une seule de ces méthodes n'ont été qu'améliorés et non guéris.

Technique. — 1° Radiothérapie 5 H sans filtre ; 2° dès le lendemain, séance quotidienne d'ionisation avec une solution de sulfate de zinc à 2 p. 100 ; durée une heure, 10 m. a.

Efficacité de la d'Arsonvalisation diathermique dans les plaies atones (ulcères variqueux, troubles trophiques cutanés, etc.). (BORDIER. *C. R. de l'Acad. des sciences*, 9 mai 1921.) — La région ulcérée est comprise entre deux électrodes de plomb mince, l'intensité est de 1.500 à 2.000 milliampères, séances de huit à dix minutes tous les jours, puis tous les trois jours. Après un repos de huit jours on refait une série de trois applications, et ainsi de suite pendant trois semaines. L'auteur a guéri ainsi deux ulcères de Rœntgen qui dataient de six et huit mois.

Lupus de la joue datant de douze ans. Cicatrisation en une seule séance par l'électrocoagulation. (P. RAVAUT. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 1921, n° 2.) — Chez cette malade toutes les méthodes employées avaient échoué. A la suite d'une seule séance d'électrocoagulation la cicatrisation fut obtenue au bout d'un mois. Il faut signaler la rapidité de cette méthode.

Traitement combiné des chéloïdes. (NAHAN. *Bull. de la Soc. franç. d'électr. et de radiol.*, juillet 1921.) — Pour obtenir la guérison la plus complète avec le minimum de rayons X, Nahan combine l'*électrolyse* à la radiothérapie. La meilleure manière de procéder est la suivante : cribler la surface chéloïdienne d'électropunctures très rapprochées avec une aiguille en zinc positive; l'intensité doit être juste suffisante pour provoquer l'œdème et la décoloration de la tumeur. Puis on fait une irradiation de 5 H, fitre de 4 mill. d'aluminium. Séance tous les quinze jours. Les résultats sont excellents si on n'attend pas pour appliquer les rayons que la réaction de l'électrolyse soit terminée.

V. APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

Des troubles de la miction survenant dans le cours de l'hypertrophie de la prostate et de leur traitement électrique. (Denis COURTADE. *Bul. de la Soc. franç. d'électrot. et de radiol.*, oct. 1920.) — *A la période de début* : soit faradisation à interruptions lentes puis plus rapides; une électrode rectale, une électrode urétrale; soit galvanisation, une vaste électrode sur le ventre, l'autre active rectale, 10 à 20 m. a.; soit haute fréquence par le rectum ou par l'urètre.

A la période confirmée, l'électricité peut être employée lorsque l'obstruction est d'origine orificielle; on s'adressera alors à la haute fréquence.

Après une opération, la thermopénétration est indiquée. S'il y a des troubles du sphincter on utilisera la galvanofaradisation en mettant une électrode intra-urétrale à la région prostatique.

L'électrolyse des rétrécissements de l'urètre. Choix de la méthode. (H. MINET. *Rev. méd. franç.*, oct. 1920.) — La méthode non caustique ou galvanodilatation donne des résultats bien supérieurs à la méthode caustique ou galvanocaustique chimique.

De l'étincelage dans la tuberculose vésicale. (A. PARISI. *Journ. d'urol.*, t. IX, nos 5 et 6.) Etincelage à l'aide de l'appareil d'Arsonval-Gaiffe construit pour la diathermie. L'électrode est introduite dans le cystoscope et approchée doucement de la lésion. On s'arrête lorsque celle-ci et le pourtour sont remplacés par une surface blanche.

Par ce procédé l'auteur a obtenu la disparition de la lésion dans 10 cas sur 21.

Volumineuse tumeur vésicale détruite en une seule séance au moyen de la haute fréquence par voie endoscopique. (HEITZ-BOYER. *Bul. et Mém. de la Soc. de chir.*, 15 mars 1921.) — Avec l'appareil transportable de haute fréquence qui porte son nom, l'auteur a pu, en une seule séance, détruire une tumeur de la dimension d'une mandarine siégeant en dehors de l'orifice urétérale gauche.

Il préfère détruire ces tumeurs en une ou deux séances plutôt que d'avoir recours aux petites séances répétées.

Notions pratiques d'électrothérapie appliquée à l'urologie. (Denis COURTADE. 2e éd., in-8, 244 p. avec fig. Paris 1921, Le François.) — Cet ouvrage très complet, écrit en langage clair et précis, réunit les diverses applications de l'électricité à l'urologie. Il contient dix leçons faites à l'hôpital Necker et doit être lu par tous les urologistes et les électrothérapeutes.

Les premières leçons sont consacrées aux principales notions d'électrologie indispensables à connaître.

Les leçons suivantes traitent des troubles fonctionnels d'origine nerveuse et des troubles moteurs des organes génito-urinaires.

Les trois dernières leçons visent les affections organiques.

Cet ouvrage réunit une expérience considérable et personne n'était plus qualifié que l'auteur pour l'écrire.

Applications des courants de haute fréquence dans les maladies des organes génito-urinaires sous forme de thermopénétration, électrocoagulation et étincelage. (Denis COURTADE. *Bul. de la Soc. franç. d'électrot. et de radiol.*, janv. 1921.)

Emploi thérapeutique des courants de haute fréquence dans les affections vésicales d'origine organique. (Denis COURTADE et Paul COTTENOT. *Congrès de l'Assoc. pour l'avanc. des sc.*, Rouen, août 1921.)

Après avoir dit un mot des anciennes méthodes de destruction endovésicale, la galvanocautérisation, les auteurs décrivent la technique de la destruction par la haute fréquence.

Il y a deux actions à considérer : 1° action de contact : l'électrocoagulation; 2° l'action à distance : l'étincelle de résonance.

Les auteurs passent ensuite aux applications de l'électrocoagulation et de l'étincelle de résonance aux tumeurs de la vessie, aux cystites, aux ulcérations, à la leucoplasie, à la bilharziose vésicale, enfin, à la dilatation kystique intravésicale de l'extrémité inférieure de l'urètre.

Des différentes formes d'incontinence d'urine chez les enfants. (Denis COURTADE. *Journ. de méd. de Paris*, fév. 1922.) — Il faut d'abord s'assurer qu'on a affaire à une incontinence vraie qu'il faut distinguer des pollakiuries, des polyuries, de la simulation. L'incontinence vraie peut être due :

1° A un vice de conformation de l'uretère, de la vessie ou de l'urètre;

GÉRARDMER (VOSGES), STATION CLIMATIQUE, *660 mètres d'altitude*.
ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE ET DE BAINS
compr^t^ bâtiment sur le rond-point du boul^d^ du Lac. SOURCES, installation complète (CABINES, PISCINES, DOUCHES, ÉTUVES, SALLES DE MASSAGES, etc., avec MOBILIER et MATÉRIEL, ainsi que le FONDS DE COMMERCE, précéd^t^ exploité par M. le Dr Charles. Mise à prix : 80.000 fr. A vendre par licitation lundi 3 avril 1922, 14 h., Hôtel de Ville Gérardmer. Pour renseignem., s'adr. à Me MATHIEU, notaire à Gérardmer, dépositaire du cahier des charges ; à Me AUBIN, notaire à Gérardmer, et à Mes LECLER et LEVESQUE, avoués à Domfront (Orne).

La Démence chez les épileptiques, par BRISSOT et BOURILHET. 1 vol. 112 p. — Paris, A. Maloine.

2° A une lésion des reins, de la vessie ou de l'urètre;

3° A une maladie du système nerveux;

4° Enfin, à l'incontinence d'urine nocturne, dite essentielle.

On voit combien il est important de poser un diagnostic certain pour instituer le *traitement* qui varie suivant la cause.

Dans les deux premiers groupes il faut traiter la cause elle-même.

Dans la période de déclin des myélites aiguës il faut faire de l'*électrisation localisée* du corps ou du col de la vessie.

On fera également de l'électrisation localisée au col de la vessie chez les neurasthéniques.

Dans l'incontinence d'urine dite essentielle, à la thérapeutique ordinaire (belladone, strychnine), on associera l'électrothérapie sous forme de courants faradiques à intermittences lentes ou de courants galvaniques rythmés avec 5 à 6 milliampères. L'électrisation sera localisée, soit aux sphincters, soit à la partie postérieure du périnée.

Des rétentions d'urine chez les neurasthéniques et de leur traitement électrique. (Denis COURTADE. *Journ. de méd. de Paris*, sept. 1921, n° 26.) — La rétention est due, soit à une paralysie réflexe du corps de la vessie, soit à un spasme de l'urètre.

Le traitement électrique varie suivant la cause de la rétention.

L'auteur cite le cas d'une malade atteinte de paralysie réflexe des muscles du corps de la vessie depuis plus de quatre mois qui fut guérie rapidement par la galvano-faradisation avec un pôle dans le vagin, l'autre dans l'urètre.

Dans le cas de spasme de l'urètre, on agit sur la région dorsale au niveau du centre vésical et sur la partie postérieure du périnée avec des courants faradiques légers à intermittences lentes.

Le traitement des tumeurs de l'urètre et de la vessie par les courants de haute fréquence. (PELLECHIA. *Policlinico*, 12 juin 1921.) — Depuis un certain nombre d'années, l'auteur emploie les courants de haute fréquence sous forme d'étincelles pour les tumeurs pédiculées ou séniles de la vessie et de l'urètre; il a obtenu des résultats très satisfaisants. Les résultats paraissent plus rapides et plus certains que par la diathermie. Dans les tumeurs bénignes de la vessie, Pellechia emploie l'étincellage simple, tandis que, dans les tumeurs malignes opérables, il conseille de faire suivre l'ablation chirurgicale de l'étincellage pour détruire les résidus de néoplasmes qui peuvent rester dans l'épaisseur de la paroi vésicale.

VI. DIVERS

Traitement physiothérapique des états variqueux. (DAUSSET. *Le Concours méd.*, 27 fév. 1921.) — A côté du massage, des exercices de la gymnastique et de l'hydrothérapie, il y a place pour l'électricité : on utilisera l'action trophique du courant continu et l'action gymnastique du faradique : méthode de Laquerrière et Loubier, faradisation trémulante (100 à 120 secousses musculaires par minute).

La haute fréquence peut rendre des services localement sous forme d'effluves et, pour l'état général, sous forme de lit condensateur.

Traitement des varices des membres inférieurs par la physiothérapie. (BERTHOMIER. *Bull. de la Soc. franç. d'électrot. et de radiol.*, 28 mars 1921.) — L'auteur préconise l'emploi du courant continu. Les applications se font au moyen de gouttières métalliques bien rembourrées de tissu spongieux emboîtant toute la jambe et reliées au pôle positif; le pôle négatif étant aux lombes ou à l'abdomen.

Durée vingt minutes avec une intensité de 50, 100, 150 m. a. On peut faire ensuite une séance de gymnastique électriquement provoquée.

La diathermie dans les maladies de la gorge et du nez. (W. S. HARRISON. *British med. journ.*, 12 fév. 1921.) — Cette méthode présente de multiples avantages : possibilité d'intervenir lorsque l'opération chirurgicale est contre-indiquée, suppression du choc post-opératoire, destruction complète des cellules néoplasiques; cicatrisation rapide permettant à brève échéance une seconde électrocoagulation s'il y a lieu.

Indications : néoplasmes, nævi et angiomes caverneux, lupus nasal, fibromes naso-pharyngiens et ulcus rodens.

Les rayons X et la haute fréquence associés dans le traitement des adénopathies bacillaires. (HARET et DARIAUX. *Journ. belge de radiol.*, vol. II, fasc. 3.) — Lorsque les ganglions sont ramollis et deviennent nettement fluctuants, l'abcès est ponctionné et drainé par un crin. On continue à irradier la coque de l'abcès aux rayons X, tout en soumettant le malade aux applications de haute fréquence.

Bientôt le pus se tarit et on peut supprimer le drainage. La fistule se ferme.

La diathermie dans l'empyème (HIRSCH. *Med. Record.*, 18 déc. 1920.) — L'auteur a employé la diathermie dans plusieurs cas d'empyème de longue durée. Les résultats furent très favorables, une électrode est placée directement sur la région enflammée, l'autre sur la surface antérolatérale de la poitrine. Séances quotidiennes.

Pleurésie purulente et diathermie. (A.-B. HIRSCH. *Americ. Journ. of elect. and radiol.*, fév. 1921.) — L'auteur a traité un certain nombre de pleurésies purulentes où la suppuration, malgré le Dakin, était très tenace.

Il plaçait une large électrode en avant et une plus petite symétriquement en arrière. Séances quotidiennes avec une intensité de 700 à 2.000 m. a. thermiques.

La diathermie chirurgicale. (Scott SABERTON. *Brit. med. Journ.*, 20 août 1921.) — L'auteur a traité les affections les plus diverses : 1° *nævi* de la muqueuse de la bouche et des lèvres; 2° *tumeurs malignes variées* : cancer de la langue (trois observations démonstratives); cancer du naso-pharynx (deux observations très brillantes); cancer du col utérin (amputation avec le couteau diathermique); tumeurs malignes de la peau. Les avantages de la diathermie sont : de s'attaquer même à des tumeurs inopérables sans perte de sang; de diminuer les chances de métastases et d'infection en stérilisant les tissus frappés; enfin, de pouvoir être renouvelée si besoin est. On peut reprocher à la méthode de détruire les tissus sains en même temps que les tissus malades et, quand elle a été appliquée au voisinage d'un vaisseau important, d'exposer aux hémorragies secondaires.

Electrologie. (DELHERM et LAQUERRIÈRE. Tome XXXI du *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, publié par MM. E. Sergent, L. Ribadeau-Dumas et L. Babonneix. Un vol. de 324 pages avec 153 figures, Paris, Maloine.) — Ce livre, écrit pour les praticiens beaucoup plus que pour les spécialistes, est composé de plusieurs parties.

La première partie traite de quelques détails de pratique indispensables à connaître : étude des divers courants, appareillage et mode d'applications.

La deuxième partie s'occupe des applications cliniques : maladies de la nutrition, méthode de Bergonié, affections du tube digestif; tout ce qui concerne la neurologie. Tous les procédés d'électrodiagnostic, y compris la chronaxie, y sont exposés.

Le livre se termine par un appendice sur les moyens de protection contre les dangers électriques.

L'électricité médicale en clientèle. (LABORDERIE. Paris 1921, Maloine.) — Ouvrage de vulgarisation. L'auteur a voulu montrer aux médecins praticiens que l'électrothérapie est beaucoup moins compliquée qu'ils se l'imaginent. Laborderie s'est efforcé de donner les notions élémentaires d'électricité et a réussi à montrer aux médecins les traitements simples qu'ils peuvent appliquer eux-mêmes et les applications plus complexes qui sont du domaine du spécialiste.

NUMÉROS D'ANALYSES PARUS EN 1922

Gynécologie. Obstétrique. Voies urinaires : n° 9, 31 janv.
Syphiligraphie et dermatologie : n° 13, 14-16 fév.
Radio-activité. Curiethérapie : n° 15, 21-23 fév.
La radiologie en 1920-1921 : n° 17, 28 fév.-2 mars.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC

DE LA

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE

DÉFINITION. — La méningite cérébro-spinale épidémique est une variété de méningite aiguë à laquelle les épidémies récentes, la découverte du méningocoque de Weichselbaum et la sérothérapie spécifique ont donné une allure bien spéciale et un intérêt de premier plan. Elle se différencie donc nettement des autres méningites aiguës, tant au point de vue clinique que bactériologique.

ÉTUDE CLINIQUE. — Nous prendrons comme type de description la méningite cérébro-spinale survenant chez un adulte ou un grand enfant.

Le DÉBUT habituel est brusque, caractérisé même par sa violence, survenant en pleine santé; à tel point que bien souvent le malade peut préciser le début à une heure près. Un malaise intense se produit, accompagné de vomissements, de céphalée violente, de vertiges, parfois d'épistaxis. La température monte rapidement à 40 degrés, précédée souvent d'un grand frisson unique, plus rarement répété. En somme, on ne saurait mieux dire, avec Debré, que la méningite cérébro-spinale commence comme une scarlatine, une pneumonie, un érysipèle. A cette période de début bruyant succède une SÉDATION des différents symptômes, sédation qui peut durer plusieurs heures ou un à deux jours. Puis les signes méningés apparaissent, se précisent peu à peu; c'est la période des symptômes frustes.

PÉRIODE D'ÉTAT. — Lorsqu'on voit le malade, c'est en général au bout de plusieurs jours; les malades ne sont amenés à l'hôpital que le troisième ou quatrième jour; les symptômes méningés sont dès lors nets. Deux symptômes sont surtout précoces et doivent attirer d'emblée le diagnostic vers cette affection : la raideur de la colonne vertébrale et les douleurs.

1° La *raideur de la colonne vertébrale* est surtout nette au niveau de la colonne cervicale. La tête est fixe, immobilisée; le cou est rigide. Souvent même la tête est rejetée en arrière avec rétraction de la nuque qui, dans certains cas, peut devenir extrême.

La *colonne dorso-lombaire* est aussi raide, la contracture des muscles dorso-lombaires amène de la rétraction; le sujet se cambre à l'excès et il peut se produire même de l'opisthotonos.

Les *membres inférieurs* ne sont pas sans participer à cet état de contracture : les cuisses se fléchissent sur le tronc, les jambes sur les cuisses; et il est presque constant de trouver le malade couché sur le côté, la face éloignée de la lumière, et *associant l'opisthotonos du tétanos à l'attitude en chien de fusil de la méningite tuberculeuse.*

La *raideur musculaire* est aussi constatée au niveau des membres supérieurs et inférieurs, la mobilisation des articulations la met en évidence et est, du reste, difficile et douloureuse.

Le *signe de Kernig* est constant et doit être toujours recherché, soit par la méthode classique en essayant de faire asseoir le malade, soit en soulevant en extension les membres inférieurs. Signaler aussi les deux signes de Brudzinski : réflexe controlatéral et signe de la flexion combinée de la nuque et des membres inférieurs.

Au niveau de la face, on constate du *trismus*; la face est grimaçante, les rides s'accentuent.

2° *Les douleurs.* — L'élément douleur est des plus accentué au cours de la méningite cérébro-spinale. Elle est spontanée et provoquée.

— *spontanée*, elle est variable. Elle revêt en général le type de la *céphalée* qui a comme caractères d'être constante, permanente, paroxystique, arrachant même des cris au malade. La *rachialgie* est exaspérée par tous les mouvements et l'examen du malade. On peut noter aussi des douleurs étendues aux jointures, aux membres. à la région lombaire, au thorax, à l'abdomen. Parfois surviennent des douleurs dans la continuité des membres même, et aussi des douleurs fulgurantes.

— *provoquée*, la douleur est surtout nette au niveau des téguments qui sont le siège d'une hyperesthésie très vive.

3° *Autres symptômes du trépied méningitique.* — Outre ces sortes de symptômes, raideurs et douleurs, il faut signaler aussi des *vomissements*, survenant sans effort, en fusée, à n'importe quel moment; et les troubles intestinaux : soit la *constipation*, soit plus souvent la *diarrhée*.

— Le *facies* est rouge, coloré. On ne note pas d'alternatives de rougeur et de pâleur.

Les *troubles psychiques* sont variables : tantôt le malade a conservé toute sa lucidité; tantôt il survient de l'*abattement* ou bien de l'*excitation* avec du délire très marqué.

— Les *réflexes* sont souvent exagérés. Triboulet, cependant, a attiré l'attention sur l'abolition ou la diminution des réflexes dans certains cas. Le signe de Babinski est fréquemment noté.

— Les *troubles sensitifs* ont déjà été étudiés. Ils occupent le premier plan : hyperesthésie cutanée, douleurs musculaires, douleurs articulaires. L'ensemble et l'accentuation de ces troubles sensitifs rendent d'ailleurs le malade très hostile à tout examen, car le moindre contact et le déplacement des membres sont douloureux.

— Les *troubles sensoriels* sont vraiment fréquents : du côté de l'*oreille*, on note des bourdonnements, des suppurations de l'oreille moyenne. Les *troubles oculaires* sont souvent complexes :

a. Du côté des *pupilles*, on constate, soit de la mydriase en période résolutive, soit du myosis en période d'excitation (Terrien). La photophobie est en général peu marquée, contrairement à ce qui se passe au cours de la méningite tuberculeuse.

b. La *musculature extrinsèque* de l'œil est souvent touchée : on peut constater du strabisme, de la diplopie par contracture des muscles droits. Plus rarement des paralysies véritables et passagères, surtout du droit externe.

c. Enfin, l'*examen du fond d'œil* peut révéler de l'œdème de la papille; la congestion neuro-rétinienne, la papillite, la névrite optique sont des complications infectieuses de la maladie.

— Les *troubles vaso-moteurs* sont ici moins fréquents. La face ne présente pas des alternatives de rougeur et de pâleur. Le facies est surtout congestionné, rouge vif. La raie méningitique de Trousseau (raie rouge entre deux raies blanches) doit être toujours recherchée.

— Les *troubles cutanées* sont extrêmement fréquents. On a appelé l'attention sur l'importance des manifestations cutanées; des éruptions érythémateuses. à types variés, apparaissent très souvent au niveau des jointures, fesses, sacrum, coudes, genoux, etc. De même on a signalé des éruptions ortiées, scarlatiniformes, purpuriques, etc.

Le zona a été constaté. Mais c'est surtout l'*herpès* qui est un signe de grande valeur. Rare chez le nourrisson, l'herpès apparaît le troisième ou quatrième jour, ou plus tard encore. Tantôt les éléments éruptifs sont rares, isolés; tantôt ils sont confluents et s'étendent le long du territoire topographique d'un nerf cranien. Il peut être généralisé à la face, se montrer sur le tronc, les membres ou bien apparaître seulement aux lèvres, aux narines, au niveau de la face interne des joues, du voile du palais. des gencives, etc.

En même temps, on note parfois des douleurs articulaires passagères, réalisant un véritable pseudo-rhumatisme infectieux.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


IODOGENOL
PEPIN

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE . . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Savariaud, Labey, Tuffier, Arrou, Alglave, Gosset, Crouzon.

— L'administration de l'Assistance publique à Paris doit désigner prochainement un médecin titulaire chargé de trois séances hebdomadaires à la Consultation départementale de nourrissons de Saint-Ouen et quatre médecins suppléants de consultations de nourrissons.

L'indemnité afférente à chacune des séances est de 800 francs par an.

Les candidats sont priés d'adresser, avant la fin du mois de mars, leur demande accompagnée de renseignements d'état civil et de leurs titres, concernant en particulier la puériculture, au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, Paris (IVe).

LES JOURNÉES BRETONNIENNES DE TOURS. — Un Comité médical s'est formé autour de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Tours pour commémorer l'enseignement que Bretonneau donna à l'hospice général de cette ville au siècle dernier. Il y a juste cent ans que l'illustre clinicien tourangeau affirma les principes de la doctrine de la spécificité et rédigea son *Traité de la dothiénentérie* resté inédit. C'est à Tours qu'il recueillit les éléments de ses découvertes fécondes que ses élèves Trousseau, Velpeau, Gouraud Moreau et Baillarger répandirent ensuite avec tant d'éclat dans les milieux scientifiques.

A cette occasion des fêtes seront organisées à Tours les 24, 25 et 26 juin 1922.

ARRIVÉE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ÉCOSSAIS. — Soixante-cinq étudiants de la Faculté de médecine d'Edimbourg sont arrivés dimanche 19, à la gare Saint-Lazare, par le rapide de 18 h. 30.

Ils ont été reçus par M. le prof. Brindeau, M. Giacometti, vice-président de l'Association générale des étudiants, M. Crouzat, président de la Section de médecine, auxquels s'étaient joints de nombreux camarades.

Au nom de tous, M. Truffi leur souhaita la bienvenue dans une langue « bien anglaise et fort estudiantine ».

Puis des autobus pavoisés aux couleurs alliées emmenèrent les uns et les autres à l'Association générale où un frugal repas fut rapidement préparé.

Rappelons que les Ecossais viennent ici accomplir un stage d'accouchement. Quarante-quatre étudiants suivront chaque matin à la clinique Tarnier les cours de M. Bar, et à Baudelocque les cours de M. Couvelaire.

Quant aux étudiantes, elles seront réparties dans le service de M. Brindeau, à la Pitié.

FÉDÉRATION CORPORATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉGION PARISIENNE. — I. Le Conseil d'administration de la Fédération, prenant en considération les vœux émis par les divers groupements fédérés, a ainsi tracé, dans ses réunions du 27 janvier et du 24 février 1922, le programme de son action pour 1922 :

1. Malades aisés dans les hôpitaux et dans les dispensaires. Secrétaires de la Commission : Drs Sénéchal (hôpitaux), Margain (dispensaires).

2. Assurance, invalidité, maladie. Secrétaire de la Commission : Dr d'Ayrenx.

3. Questions relatives au libre choix du médecin. Secrétaire de la Commission : Dr Chapon.

4. Les médecins étrangers et l'exercice de la médecine en France. Secrétaire de la Commission : prof. Balthazard.

5. Démarches concernant : *a.* la loi sur les loyers à l'ordre du jour du Sénat ; *b.* l'obtention d'une carte de circulation et d'une carte donnant droit à monter en surcharge dans les voitures de la Compagnie des transports en commun de la Région parisienne.

Les confrères ayant des renseignements à donner ou des suggestions à faire sur ces diverses questions à l'étude sont priés de s'adresser aux secrétaires des commissions ou, à défaut, au secrétaire général.

II. Le Conseil d'administration s'associe à l'Union des syndicats médicaux de France pour mettre en garde les médecins contre les sollicitations de certaines compagnies d'assurances qui leur proposent d'accepter un forfait de 40 francs pour tous les accidents du travail.

Il engage tous les groupements médicaux confédérés à demander de ne pas se prêter à cette manœuvre qui tendrait à rendre inopérant le tarif Breton, obtenu avec tant de peine, et à lui substituer un forfait aussi dangereux pour les accidentés du travail que pour les médecins.

III. Le Conseil d'administration a, en outre, admis à faire partie de la Fédération : la section professionnelle parisienne de la Société de radiologie médicale de France, de la Société française d'électrothérapie et de radiologie, du Syndicat général des médecins français électrologistes et radiologistes, de la Société des chirurgiens de Paris, de l'Association amicale des anciens médecins des corps combattants, de la Société française de physiothérapie, la Société médicale du XVIIIe arrondissement, la Société des médecins de l'état-civil.

Il sollicite l'adhésion des groupements médicaux parisiens et de la Section parisienne des groupements médicaux français qui consacrent la totalité ou une partie de leur activité à l'étude des questions professionnelles. L'union fait la force.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES EXTERNES DES HOPITAUX DES PARIS. — La grande Assemblée générale annuelle de l'Association des externes aura lieu le mercredi 29 mars, à 21 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, à la Faculté de médecine. Tous les externes sont instamment priés de se rendre à cette réunion d'une importance exceptionnelle. De nouveaux statuts seront proposés permettant l'admission des anciens externes. Compte rendu de l'exercice et des rapports avec l'Assistance publique et la Faculté.

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — L'assemblée générale statutaire se tiendra le dimanche 26 mars 1922, à 2 h. 1/4 très précises de l'après-midi, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

CONCOURS POUR UNE PLACE DE MÉDECINS DE DISPENSAIRE. — Il est créé, par le Comité départemental de lutte antituberculeuse de Belfort et de la région, un poste de médecin chargé du service des dispensaires du territoire et ne faisant pas de clientèle. Traitement : 18.000 francs.

La nomination sera faite après un concours dont les épreuves seront communes avec celles prises pour la nomination à quatre postes de médecin des dispensaires au Finistère. La date en est fixée au 19-20-21 avril prochain.

Pour les conditions du concours il y a lieu de s'adresser au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, à Paris.

Prière d'adresser toutes les demandes à Mme Vieillard, présidente, chateau de Morvillars, près Belfort.

LA GLOUTONNERIE TEUTONNE. — La réputation de gloutonnerie des Allemands est légendaire, mais ils ne l'ont pas volée, si on en juge par le régime que suivent les accouchées dans une des plus importantes cliniques de Berlin.

Voici l'horaire et le menu des repas que font les accouchées dans cet établissement.

7 heures, avant la 1re tétée : bouillie farine Groult.

8 heures, après la 1re tétée : chocolat au lait, pain beurré.

10 heures, après la 2e tétée : bouillie farine Groult.

1 heure, après la 3e tétée : déjeuner, viande, légumes, fromage, compote.

4 heures, après la 4e tétée : bouillie farine Groult ou chocolat au lait, pain beurré, fromage.

7 heures, après la 5e tétée : dîner, bouillon, viande, pâtes ou légumes, fromage, compote.

10 heures, après la 6e tétée : bouillon avec tartines ou bouillie farine Groult.

Nous devons remercier notre ami, le Dr Léon Pouliot qui veut bien nous communiquer ce document de la goinfrerie teutonne. Il ajoute qu'une Française, qui fut soumise à ce régime, contracta une entérite carabinée, nous le croyons sans peine.

Evidemment, comme nous l'écrit notre confrère, les Allemands n'ont pas plus compris l'estomac des Françaises qu'ils n'avaient compris bien des choses chez nous.

NOUVEAU JOURNAL. — Les professeurs de la Faculté de médecine, les chirurgiens et les médecins des hôpitaux d'Alger réunis viennent de fonder un *Journal de médecine et de chirurgie de l'Afrique du Nord*. Nous sommes heureux d'adresser nos bien vives félicitations et nos meilleurs vœux à ce nouveau confrère.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE ROLE DU MÉDECIN DANS L'ARMÉE

Le 15 mars, à la Chambre des députés, l'ancien sous-secrétaire d'Etat au Service de santé, M. Justin Godart a exposé le rôle que devait remplir le médecin militaire « pour être vraiment utile », et a demandé au nom de la Commission d'hygiène que « le ministre dépose au plus tôt le projet de loi relatif à l'organisation du Corps de santé militaire ». Il nous a semblé qu'il y avait lieu de reproduire cet énoncé du rôle de médecin militaire, car il doit être connu des médecins civils qui auront à l'exécuter quand ils seront mobilisés, et voici la déclaration qui a été applaudie :

« Le rôle du médecin militaire n'est pas tant de passer la visite des malades que d'empêcher qu'il y ait des malades. »

« Pour cela, il doit être, comme l'officier, mêlé aux délibérations du commandement, et à la vie du soldat. Il doit faire ses observations et être appelé à donner son avis sur tout ce qui concerne celle-ci. Le commandement doit l'écouter, et, si une épidémie survient, si le surmenage, si la mauvaise alimentation accroissent anormalement le nombre des malades, solidairement commandement et service de santé doivent être responsables. »

En attendant que le projet de loi soit voté, M. Justin Godart a demandé au ministre de « donner des instructions pour que les médecins militaires puissent, d'accord avec le commandement et, en quelque sorte, incorporés à lui, remplir pleinement leur mission préventive ».

Les applaudissements récoltés par l'orateur à la fin de son intervention ont montré que la Chambre partageait sa façon de comprendre le rôle du médecin militaire. Elle est du reste répandue dans le pays, ainsi que le prouve cette déclaration du *Petit Marseillais* :

« A cette heure, tous les conseils de revision opèrent sur tout le territoire. La question de l'hygiène, à la caserne, se place au premier plan de l'actualité. Mais le moment ne serait-il pas venu d'envisager certaines réformes, dont l'une d'elles consisterait à réserver, aux médecins militaires, l'hygiène des troupes et à confier le traitement des malades à la médecine civile. De cette façon, les médecins militaires, en dépit de leur nombre restreint, pourraient remplir très complètement le rôle primordial qui leur incombe, celui de sauvegarder le capital humain de la France, capital plus précieux que jamais. »

Les médecins militaires de carrière sont préparés à ce rôle d'hygiéniste pendant leur stage au Val-de-Grâce, et l'exécutent aux colonies comme en France, en campagne comme pendant la paix, dans les limites prévues par les règlements. Quand ceux-ci seront modifiés, ainsi que le demande, à juste titre, M. Justin Godard, il faudra que tous les médecins de complément en soient avisés, et que des conférences leur soient faites à ce sujet, car il s'agit de sauvegarder la santé des « fils que le pays donne, sans compter, à la patrie ».

GRANJUX.

REVUE GÉNÉRALE

LES PSEUDO-MÉNINGITES VERMINEUSES DE L'ENFANT

Par le Dr E. GIRBAL (de Marseille),
Interne des hôpitaux.

Les auteurs anciens considéraient les vers comme susceptibles de créer, dans l'organisme de l'enfant, des troubles extrêmement graves, et ils avaient plutôt tendance à considérer la plupart des maladies de l'enfance comme dues aux vers.

Si cette exagération était fâcheuse, elle a eu une réaction et actuellement on tend à considérer les vers comme des agents presque inoffensifs. Il ne faudrait pas tomber dans cette erreur, et c'est pourquoi nous croyons intéressant d'attirer à nouveau l'attention sur cette question en présentant une revue générale des pseudo-méningites vermineuses de l'enfant.

Il arrive en effet, qu'un médecin appelé auprès d'un enfant présentant des symptômes de méningite grave prescrit un purgatif, du calomel le plus souvent, porte un pronostic très sombre, est tout surpris quelques jours après de trouver son malade presque en pleine santé après une évacuation parfois abondante d'ascarides, étiologie à laquelle il n'avait pas pensé.

On entend sous le nom de pseudo-méningite vermineuse, un état morbide, dû aux toxines secrétées par les vers se trouvant dans l'appareil digestif du malade, caractérisé cliniquement par de la céphalalgie, des vomissements, des troubles intestinaux, de la raideur de la nuque, des convulsions, des troubles oculaires, et ne s'accompagnant pas le plus souvent de modifications du liquide céphalo-rachidien qui est stérile.

Historique. — Les anciens auteurs avaient observé que les vers pouvaient provoquer chez l'enfant des convulsions et des troubles nerveux.

Mais c'est le docteur Lebon (de Besançon) qui, en 1835, dans le *Journal des Connaissances médicales*, signala le premier l'influence des vers comme cause de la méningite des jeunes enfants. Il raconte en avoir observé 29 cas en huit ans, et toutes ces méningites, sauf une seule, ont guéri, et il ajoute : « il est permis de croire cependant que dans ces cas, les accidents convulsifs et la mort n'ont pas été la conséquence d'une véritable méningite, mais de troubles fonctionnels sympathiques, car les symptômes n'ont pas été ceux de la phlegmasie des méninges ».

En 1867, Cavasse, dans la *Gazette des hôpitaux*, examine à nouveau la question.

Puis Bouchut, en 1869, dans un article intitulé : « de la pseudo-méningite » (*Gazette des hôpitaux*) et dans son *Traité des maladies du nouveau né et des enfants à la mamelle* de 1873, signale quelques cas où l'on observe des symptômes de pseudo-méningite : accidents généraux sympathiques dans le système nerveux tels que contractures, convulsions choréiques, éclamptiques, épileptiformes, vésanies, paralysies... et il ajoute : on croyait avoir affaire à une méningite tant les symptômes sont semblables, puis au bout de quelques jours tout cesse si l'on emploie des vermifuges.

En 1879 un auteur italien Bozzolo étudie à son tour les graves accidents provoqués par la présence des helminthes dans l'intestin (anémie, graves phénomènes généraux surtout intestinaux et nerveux).

Weill dans son *Précis de médecine infantile* en 1905 dit qu'on a décrit sous le nom de pseudo-méningites ou de méningisme (Claisse, Bézy) un certain nombre d'états relevant d'actions réflexes et d'hystérie.

Rilliet et Barthez avaient déjà vu l'helminthiase simuler la période prodromique de la méningite et même provoquer des vomissements avec ralentissement du pouls.

Bezy a cité des faits probants, l'expulsion des vers ayant amené la détente.

En 1906, Taillens décrit un cas de méningisme chez une fillette affectée d'ascarides, et qui guérit rapidement après leur expulsion.

En 1907, Armand-Delille rapporte à la Société de Pédiatrie de Paris « le cas d'un enfant offrant le le syndrome de méningite tuberculeuse classique avec céphalée, vomissements, torpeur, irrégularité du pouls, chez lequel pourtant l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien ne mettait en évidence aucune réaction méningitique; après expulsion par la santonine, de 11 ascarides, les phénomènes cessèrent (1) ».

Higgs, en 1908, communiqua à la Société réale de médecine de Londres un cas de toxémie probablement causé par ascaris lombricoïdes. On pensa à une méningite tuberculeuse jusqu'à ce que la fillette âgée de cinq ans, vomisse un ver rond; les symptômes disparurent rapidement; ces faits étaient produits pour Higgs par un venin secret du ver, lequel donna directement l'irritation aiguë de l'intestin, et, absorbé, produisit l'abattement et les phénomènes nerveux.

Spriggs décrivit un cas analogue (Soc. royale de Londres, 1908).

Parkinson signale également à la même société l'histoire d'un enfant recueilli à l'hôpital avec le diagnostic de méningite tuberculeuse et les symptômes disparurent après l'expulsion de 2 ascarides.

De même le cas de Signorelli (*Il Policlinico, sy pratica* 1909) (enfant de dix ans, syndrome méningé typique, dissipé par les anthelminthiques).

Marfan, en 1909, dans son *Traité des maladies de l'enfance* étudie le méningisme vermineux et signale le malade vu par Meriel : garçon de dix ans qui présenta les symptômes d'une méningite aiguë fébrile chez lequel tout cessa par l'administration d'un vermifuge.

Comby cite dans son *Traité des maladies des enfants* une observation du docteur A. Mazzuoli (*Gazz. degli, osp. e. delle Cliniche*, 4 juillet 1911), un enfant de neuf ans présente des réactions méningées inquiétantes, le docteur Mazzuoli ayant trouvé par l'examen du sang une proportion d'éosinophiles atteignant 9,5 p. 100 pense à l'helminthiase. Un vermifuge fait rendre 50 ascarides. Disparition du méningisme. Il a fallu 20 jours pour ramener à 2 p. 100 la proportion des éosinophiles.

Mathieu, en 1911, dans son *Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin*, insiste sur les désordres nerveux dus aux ascarides lombricoïdes : inégalité pupillaire, cécité, agitation, grincements des dents, pouls irrégulier, attaque épileptiforme. Troubles qu'il attribue soit à des réflexes, soit à une intoxication.

(1) Brinda. Contribution à la connaissance de la toxicité des ascarides lombricoïdes. *Arch. de méd. inf.*, oct. 1914.

Raillet, en 1911, publie une thèse sur les vers intestinaux dans la pathologie infantile.

Fleury, en 1912 (*Les ascarides et leur toxicité*), apporte une contribution très importante à l'étude de la pathogénie des accidents dûs aux poisons secrétés par les ascarides qui sont très toxiques.

En 1914, Brinda étudie également la toxicité des ascarides lombricoïdes.

En février 1915, le docteur Santarnecchi (de Francony) rapporte deux observations de malades ayant présenté des syndromes méningés dus aux ascarides. Dans les deux cas il avait tout d'abord pensé à une méningite tuberculeuse, mais les cuti-réactions furent négatives et l'examen des fèces montra la présence de nombreux œufs d'ascarides. Les enfants rendirent ensuite de nombreux ascarides et les troubles nerveux disparurent.

Mlle Condat, en 1918, étudie la cytologie du liquide céphalo-rachidien au cours des méningites et des pseudo-méningites de l'enfant.

Etiologie et Pathogénie. — La pseudo-méningite vermineuse se rencontre presque uniquement chez les enfants, et aussi bien au cours de la première que de la seconde enfance.

Elle apparaît surtout chez des prédisposés, chez des enfants ayant une tare nerveuse héréditaire, et il est fréquent de noter dans la famille du malade l'existence antérieure de convulsions, d'hystérie, d'alcoolisme.

Elle est due presque toujours aux ascarides lombricoïdes et exceptionnellement aux oxyures.

Trois théories ont été invoquées pour expliquer la pathogénie des pseudo-méningites vermineuses.

Première théorie. — Les anciens auteurs admettaient que les ascarides agissaient surtout mécaniquement et que leurs mouvements en certains points du tube digestif suffisaient à déterminer des réflexes pathologiques.

Deuxième théorie (A. Chauffard). — Elle consiste à regarder la lombricose comme une véritable infection dans laquelle le lombric d'une part emprunte au milieu intestinal les germes pathogènes qui s'y trouvent, et par l'irritation qu'il détermine sur la muqueuse excite leur virulence, d'autre part, intervient d'une façon active soit par ses excréta, soit par sa présence seule.

Troisième théorie. — Chanson et Touchon admettent la virulence propre des ascarides, virulence qui pourrait être démontré expérimentalement en injectant à des cobayes du « suc ascaridien » produit par l'écrasement de ces helminthes.

Les ascarides secrètent en effet des substances très toxiques et on admet actuellement que l'influence de ces poisons est beaucoup plus importante que la présence des vers dans l'intestin.

« L'extrême sensibilité de l'écorce aux toxines microbiennes est un fait bien établi, et nul doute que ce ne soit là pour la plus grande part la raison des réactions violentes par lesquelles se traduisent les méningites aiguës (Lamy). »

Taillens insiste sur les produits toxiques des ascarides, affirmant que même pour ceux-ci se vérifie exactement la loi biologique selon laquelle tout être vivant, en raison même de ses phénomènes vitaux, produit des toxines qui exerceront par la suite leur action plus ou moins selon la prédisposition individuelle des sujets, selon leur réceptivité nerveuse, et à condition que le milieu intestinal permette et favorise l'exaltation de la virulence des parasites. Quand les mauvaises conditions de l'organisme (troubles intestinaux) permettent au maximum l'exaltation de la virulence vermineuse, alors nous voyons apparaître des accidents graves, convulsions, épilepsie, méningisme, accidents dus à l'action à distance des produits parasitaires solubles.

Enfin, Fleury, en étudiant la toxicité des ascarides, a trouvé que la cuticule des ascarides ne serait pas composée que de chitine, mais encore d'un albuminoïde semblable à la kératine et que les ascarides seraient riches en ferments très actifs, et en outre il aurait découvert un composé auquel il donne le nom de diascari-alcool, un mélange de glycérine et de cholestérine. Les ferments des ascarides avec les substances nutritives de l'homme, donneraient des produits d'échange caractéristiques de la vie anaérobie et qui pourraient, selon l'auteur, nous expliquer les divers accidents des porteurs de vers : l'absorption des substances volatiles de la série grasse attaquerait le système nerveux central. Les alcalis, les aldéhydes, les éthers, irritant les méninges et augmentant la production du liquide cérébro-spinal, pourraient produire la forme méningitique.

Symptômes. — Période de début. — Le début est rarement brusque, le plus souvent il est précédé de prodromes : l'enfant maigrit depuis quelque temps, anémie, abattement, céphalée, inappétence, troubles digestifs, vomissements, constipation, douleurs abdominales, langue sèche et engluée, pas de fièvre.

Période d'état. — Au bout de quelques jours, une semaine environ, à la céphalalgie, aux vomissements (inconstants), à la constipation ou à la diarrhée, s'ajoutent les troubles oculaires tels que : myosis ou mydriase, strabisme, ptosis, photophobie. Puis le signe de Kernig, la raideur de la nuque, quelques contractures, le ralentissement du pouls, le phénomène de la raie méningitique, la température un peu au-dessus de la normale, complètent le tableau clinique de la méningite.

Mais ce qui caractérise la pseudo-méningite vermineuse, c'est qu'elle évolue par crises subites, sans fièvre très élevée, ni cri hydrencéphalique, ni coloration des pommettes, que le strabisme est rare, que le malade perd rarement son intelligence complètement, qu'il n'y a pas de coma, et que dans l'intervalle des crises la santé semble presque parfaite.

Puis, soit spontanément, soit sous l'influence d'un purgatif ou d'un antihelmintique, l'enfant évacue quelques vers 2 à 10, ou plus, et même parfois un paquet enchevêtré très abondant formant une masse volumineuse d'odeur putride, et brusquement tous les symptômes disparaissent et la guérison complète survient.

La *ponction lombaire* pourra indiquer une légère hypertension du liquide céphalo-rachidien, mais son examen sera caractéristique en ce que l'on constatera d'une façon presque constante, son intégrité cytologique et chimique, absence d'albumine et de microbes. Signalons cependant que Marfan et Babonneix ont trouvé dans le méningisme vermineux de plus ou moins discrètes réactions du liquide céphalo-rachidien.

Diagnostic. — En présence d'accidents nerveux chez un sujet porteur d'ascarides, il faudra tout d'abord se demander si ces accidents sont bien dus

aux vers, où s'il n'y a pas simplement coexistence chez un même sujet de méningite et d'ascarides, comme dans le cas de Bouchet et dans celui de Triboulet, Ribadeau-Dumas et Ménard ou encore comme dans celui tout récent que vient d'avoir l'occasion d'observer dans son service M. le docteur Cassoute (de Marseille) : présence de vers chez un enfant atteint de méningite tuberculeuse.

L'examen du liquide céphalo-rachidien fera le diagnostic.

D'autre part, l'existence de vers ne devra pas passer inaperçu, pour cela on examinera soigneusement les selles de tout enfant présentant une méningite tuberculeuse au début, ou des phénomènes méningés à évolution anormale.

On fera un *examen des selles* de la façon suivante : on ajoute une grande quantité d'eau aux selles, on décante à plusieurs reprises, cinq à six, après les avoir chaque fois laissé reposer quatre à cinq minutes et on examine les helminthes dans de petites cuvettes mi-parties noires, mi-parties blanches. Si on ne constate pas ainsi la présence de vers, on recherchera au microscope les œufs, sans cependant, selon le conseil de Comby, prendre des débris organiques (tendons, ligaments, fibres végétales) pour des lombrics. Guersant conseille de les dessécher et de les brûler, l'odeur est tout à fait spéciale. Ajoutons que M. Marcel Labbé conseille pour se rendre compte de l'importance de l'infection intestinale de faire la numération des œufs dans une quantité connue de matières fécales.

Examen des urines. Urino-diagnostic. — On pourra à la rigueur se servir du procédé de Defimov pour dépister l'helminthiase. Cet auteur a pensé que l'on devait retrouver dans l'urine la trace des toxines secrétées par les vers intestinaux, charriées par le torrent circulatoire et par suite éliminées par le filtre rénal.

Pour mettre en évidence la présence de ces toxines dans l'urine, Defimov emploie le nitrate acide de mercure (liqueur de Belloste).

On met dans un tube à essai 5 à 10 centimètres cubes d'urine fraîchement émise; on chauffe jusqu'à complète ébullition; retirant de la flamme, on verse dans l'urine v à x gouttes de nitrate acide de mercure. La réaction se produit immédiatement; si le sujet est indemne de vers intestinaux, le liquide urinaire se trouble, devient lactescent, floconneux, plus ou moins abondant; dans le cas contraire, c'est-à-dire si le malade est atteint d'helminthiase, la coloration obtenue est grisâtre, d'intensité variable, pouvant aller jusqu'au noir (Cristol, *Thèse de doctorat*).

D'après les recherches de Carletti et Dozzi cette réaction ne serait pas pathognomonique. Néanmoins elle peut être utilisée à titre d'indication.

On pourra également faire la recherche des cristaux de Charcot-Leyden dans l'intestin.

L'examen du sang montrera une éosinophilie parfois très marquée.

Diagnostic différentiel. — On éliminera facilement *le tétanos* et *la méningite cérébro-spinale. Les septicémies* peuvent être accompagnées d'infection des méninges par leur microbe producteur (présence du microbe, absence de réaction cellulaire). En ce cas il n'existe souvent aucun signe clinique. Mais, dans d'autres cas, il existe une réaction passagère cellulaire avec coexistence de phénomènes cliniques méningés. Le diagnostic sera difficile à établir sur le moment. Il suffira d'attendre, les signes se calmeront rapidement et les réactions cellulaires disparaîtront de même (Lesage).

L'examen des selles et du sang seront indispensables.

L'*hémorragie méningée* sera diagnostiquée par la ponction lombaire qui montrera la présence de sang.

Mais c'est surtout d'avec *la méningite tuberculeuse* que le diagnostic sera souvent très difficile à établir, parfois même impossible comme dans le cas rapporté par Lépine, Lambert et Salin : méningisme attribué aux vers et dû en réalité à une méningite tuberculeuse vérifiée à l'autopsie.

On se basera sur l'évolution de la maladie : pas d'antécédents bacillaires, pas de toux chez les vermineux, peu de vomissements, cri hydrencéphalique rare, crises brusques sans élévation notable de la température, sensibilité persiste intacte, mais surtout recherches de laboratoire (liquide céphalo-rachidien, éosinophiles, examen des selles, tuberculino-réaction).

Le pronostic des pseudo-méningites vermineuses de l'enfant est favorable, la terminaison est presque toujours la guérison.

Traitement. — 1° Prophylactique. Celui de l'helminthiase. Ne faire boire aux enfants que de l'eau pure, s'abstenir de crudités.

2° Curatif. — Variera selon qu'on aura reconnu la présence d'ascarides ou d'oxyures.

a. *Ascarides.* — Mousse de Corse 5 à 10 grammes dans du lait sucré, ou le semen contra 1 à 4 grammes dans de la confiture. Mais le médicament de choix (Comby) est la santonine associée au calomel : on donnera un centigramme de santonine par année d'âge mais seulement à partir d'un an, en ne dépassant pas 5 centigrammes et en étant d'une extrême prudence, car Pouchet a signalé un cas de mort avec une dose de 25 milligrammes chez un enfant de six mois, et Babonneix considère la dose de 10 centigrammes comme mortelle pour un enfant de dix ans.

b. *Oxyures.* Comby conseille les lavements au sublimé à 1 pour 5000. Ainsi que l'infusion de semen contra à 10 grammes pour 100 en lavements.

Enfin, la ponction lombaire utile pour le diagnostic est également un moyen thérapeutique car elle diminue la céphalalgie et les phénomènes nerveux.

BIBLIOGRAPHIE

Armand-Delille. Un cas de méningite vermineuse. *Soc. de pédiatr. de Paris*, fév. 1907.

Babonneix, S. Sergent, Ribadeau-Dumas. *Infections parasitaires*, Paris, 1921, Maloine, édit.

Bouchard et Brissaud. *Traité de médecine.*

Bouchut. De la pseudo-méningite, *Gaz. des hôpit.*, 1861 ; et *Traité pratique du nouveau-né, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance*, 1873.

Bozzolo. *Giorn. intem. delle sc. méd.*, 1879.

Brinda. Contribution à la connaissance de la toxicité des ascarides lombricoïdes, *Arch. de méd. inf.*, oct. 1914.

Castaigne (J.) et G. Paisseau. *Les maladies des méninges*, 1914.

Cavasse. *Gaz. des hôpit.*, 1867.

Chauffard. *Semaine méd.*, 27 nov. 1895.

Comby *Traité des maladies de l'enfance*, 1920.

Coudat (Mlle). Numération des leucocytes du liquide céphalo-rachidien et ses résultats chez l'enfant, *Arch. de méd. inf.*, janv. 1918.

Cruchet (R.). *La pratique des maladies des enfants*, Paris, 1910, Baillière, édit.

Dufour. Paralysie des yeux par trichocéphales et par oxyures, *Revue méd. de la Suisse romande*, mars 1915.

FLEURY. Les ascarides et leur toxicité, *Arch. f. exp. Path. und Pharm.*, 1912.
GILBERT et THOINOT. *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique*, 1912.
GOGLIEMELLI SAVIT. *Wratsch*, 1886, p. 605.
G. GUILLAIN et Ch. GARDIN. *Acad. de méd.*, 14 mars 1922.
GUTIERREZ DIAZ OCTAVIO. Epilepsie jacksonnienne vermineuse, *Revista med. del Uruguay*, nov. 1915.
HIGGS. Un cas de toxémie, probablement causé par ascaris lombricoïdes, *Soc. réale de med. de Londres*, 28 oct. 1908.
LABBÉ (Marcel). Les vers intestinaux dans la pathologie du tube digestif, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 4 janv. 1921.
LAMY. Système nerveux, *Traité de médecine*, 1909.
LEBON. *Journ. des conn. méd.*, 1885.
LESAGE. *Traité des maladies du nourrisson.*
MARIE (P.). *Journ. des prat.*, 6 nov. 1897.
MARFAN. *Les maladies des enfants*, 1909.
MATHIEU *Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin*, 1911.
MAZZUOLI. *Gaz. degli Osp. e. delle Clin.*, 4 juillet 1911.
MÉRIEL. Deux formes de pseudo-méningite due aux lombrics, *Ann. de méd. et de chir. infant.*, 1er juillet 1900.
NILFILATOW (A.). *Maladies de l'enfance*, 1898.
PARKINSON. *Soc. réale de med de Londres*, oct. 1908.
RAILLIET. Les vers intestinaux dans la pathologie infantile, *Th. de Paris*, 1911.
RIBADEAU-DUMAS, E. SERGENT, L. BABONNEIX. *Infections parasitaires*, 1911.
RILLIET et BARTHEZ. *Traité des maladies des enfants.*
SANTARNECCHI DE FRANCONY Syndromes méningés et ascaridiase, *Rivista di Clin. Pediatr.*, fév. 1915.
SERGENT (E.). L. RIBADEAU-DUMAS, L. BABONNEIX, *Infections parasitaires*, 1911.
SIGNORELLI. *Il Policlinico sy prat.*, 1909.
SPRIGGS. *Soc. réale de med. de Londres*, 28 oct. 1908.
TAILLENS. Ascarides et méningisme, *Arch. des mal. des enfants*, 1906, n° 2.
TAUCHON. *Th. de Paris*, 1896.
TRIBOULET, RIBADEAU-DUMAS et MÉNARD. Lombricose, méningite à pneumocoques mortelles, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1908.
WEILL. *Précis de méd. infantile*, 1905.

ACTUALITÉS

LA RÉFORME DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE ET L'HYGIÈNE

Comment l'Académie de médecine, non consultée par les Pouvoirs publics, en est-elle venue à donner son avis sur les modifications à apporter dans l'enseignement secondaire?

Dans la séance du 21 novembre 1921, M. Linossier appela l'attention de ses collègues sur cette grave question. Sa communication fut vivement appréciée. Une commission fut nommée, composée de MM. Léon Bernard, Maurice de Fleury, Langlois, Legendre et Linossier, rapporteur.

Le rapport de M. Linossier est divisé en six parties : 1° répartition du temps, durée du travail; 2° éducation physique et récréations; 3° recrutement des classes; 4° méthodes pédagogiques; 5° programmes; 6° rôle du médecin des lycées.

Nos lecteurs ont eu connaissance des conclusions de ce rapport (voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 20, p. 313), nous n'y reviendrons pas.

Gardienne vigilante de l'hygiène, c'est à ce point de vue surtout que l'Académie pouvait intervenir.

L'entente n'est pas près de se faire entre l'Académie et le Conseil supérieur de l'Instruction publique. Celui-ci, en effet, en a délibéré et son avis, diamétralement opposé à celui de l'Académie, s'il était suivi, aggraverait la surcharge actuelle des programmes et accentuerait la valeur des critiques dont ils sont l'objet.

Dans son rapport, M. Linossier s'était assez strictement maintenu dans les limites de l'hygiène. Mais dans la discussion qui a suivi divers orateurs ont été beaucoup plus loin et en sont venus à proposer des réformes radicales qui bouleverseraient complètement les programmes actuels. Leurs conclusions pourraient ainsi se résumer : beaucoup moins de travail intellectuel, beaucoup plus de temps consacré aux sports, aux récréations et aux jeux.

Nous ne doutons pas que la réalisation d'un tel programme rendrait les élèves de nos lycées plus forts physiquement. Mais ne serait-ce pas aux dépens du rendement intellectuel? L'instruction proprement dite n'en serait-elle pas diminuée?

Bien que partisan convaincu de l'utilité des exercices physiques pour le développement des jeunes gens, ne serait-ce que par reconnaissance puisque, personnellement, nous en avons obtenu d'excellents résultats, nous restons quelque peu émus à l'idée qu'on diminuerait les études classiques. C'est pourquoi désirant nous faire une opinion éclairée sur ce sujet, nous avons consulté un de nos amis, éminent universitaire, partant très versé dans l'étude de ces questions.

Après avoir pris connaissance du rapport de M. Linossier, de ses conclusions, qu'il approuve dans leur ensemble, de la discussion qui les a suivis et des vœux adoptés par l'Académie, il a bien voulu nous donner son opinion motivée. Mais tout d'abord, il s'est exprimé, à peu près, en ces termes : Qu'est-ce qui nous a valu la victoire dans cette dernière guerre? Ce n'est pas seulement l'entrain irrésistible des jeunes gens sortis de nos écoles, la parfaite adaptation de leurs facultés intellectuelles aux exigences de la guerre, mais aussi la solide instruction de nos officiers, surtout si on la compare à celle des officiers des autres nations. N'est-ce pas parmi les élèves sortis de nos grandes écoles, Saint-Cyr, Polytechnique, Ecole de guerre qu'ont pu être recrutés les officiers généraux de génie qui ont eu à diriger les plus formidables armées qu'on ait jamais vues. Qui nous a valu cette supériorité incontestable sur nos alliés et même sur nos ennemis, si ce n'est la culture intellectuelle que nous devons à l'enseignement secondaire et à l'enseignement supérieur? Et l'on voudrait restreindre cette culture! Quelle erreur!

On a prétendu qu'il fallait fortifier la race. Mais nous, médecins, n'avons-nous pas été à même de constater la merveilleuse endurance de nos jeunes soldats. Et combien de jeunes gens, faibles de constitution, tuberculeux même, qui se sont fortifiés au front.

Revenons aux vœux du rapport de M. Linossier, passés au crible de la critique de mon ami l'universitaire :

1° Huit heures de classe par jour jusqu'à la quatrième, neuf heures pour les classes supérieures (approuvé);

2° Développement de l'éducation physique (sans doute), vastes espaces et travaux manuels (irréalisables, question de budget). Cependant des travaux manuels sont depuis quelque temps organisés dans deux lycées de Paris;

3° Classes moins peuplées, limitées à trente élèves (ce serait très bien, mais il faudrait augmenter le nombre des lycées et le personnel, ce qui entraînerait une dépense impossible actuellement);

4° Classes rendues plus homogènes par l'élimination des élèves faibles et incapables... (ce serait un mauvais système : il faut compter sur l'émulation et l'on sait que bien des élèves faibles dans les basses classes deviennent parfois les forts des classes supérieures et réciproquement;

5° Les programmes. Arrivé à ce point de son rapport, M. Linossier, avec beaucoup de raison, ne croit pas que l'Académie ait à intervenir dans la lutte entre les humanistes et les modernistes, à donner un avis quelconque sur le remaniement de ces programmes. Toutefois, il est incontestable que ces programmes sont trop chargés et, dans une certaine mesure, responsables du surmenage, ou mieux du malmenage scolaire, reconnu non pas seulement par les médecins mais aussi par les éducateurs. A ce point de vue l'Académie peut et doit s'y intéresser. Que demande-t-elle? « Que les méthodes d'instruction, sans porter atteinte à la culture de la mémoire, fassent davantage appel à l'observation sensorielle et au jugement. Que les programmes soient réduits et qu'en soient exclues toutes notions de détail n'intéressant que les spécialistes. Que seules soient conservées les notions générales qui jouent un rôle dans l'orientation de la pensée humaine et celles que leur caractère pratique rend indispensable à tout homme instruit. »

Enfin, le dernier vœu concerne le rôle du médecin qui devrait être très élargi.

Sur ce dernier point tout le monde sera d'accord. En sera-t-il de même au point de vue du remaniement des programmes? Nous en doutons fort. Un point sur lequel médecins et éducateurs semblent pouvoir se mettre d'accord c'est l'importance qu'il y a à conserver le maître principal et unique jusqu'à la quatrième, et que dans les basses classes les élèves externes, une fois sortis du lycée, n'aient plus à travailler chez eux.

On a beaucoup parlé de la bonne organisation, surtout au point de vue de l'éducation physique, du plein air, des sports, de certains établissements dépendant de l'enseignement libre. Nous connaissons beaucoup de familles qui en sont très satisfaites. Mais, si on a va au fond des choses, on s'aperçoit que, quand on arrive à la période des examens, il y a une différence sensible entre les principaux lycées de Paris et ces écoles plus ou moins provinciales.

Tout le monde est d'accord sur ce point que l'éducation physique, assez bien organisée dans l'enseignement primaire, laisse encore beaucoup à désirer dans l'enseignement secondaire. Au cours de la discussion, M. Langlois s'est plaint qu'à l'heure actuelle il n'existe au ministère de l'Instruction publique aucun organisme central dirigeant, surveillant le personnel chargé de l'éducation physique dans les lycées.

Nous croyons savoir que, tout récemment, on s'en est préoccupé au ministère, et que le directeur souhaité par M. Langlois serait déjà nommé.

M. Cazeneuve, dans son intervention, a rendu compte de l'enquête qu'il a faite auprès de M. le proviseur du lycée Louis-le-Grand où ont été déjà réalisés des progrès appréciables.

La solution de ces graves problèmes nous semble bien difficile. La science, dans ces dernières années, a marché à pas de géant. Si l'on comparait ce qu'étaient, de notre temps, les programmes de physique, de chimie, d'électricité, avec ce qu'ils sont aujourd'hui, on se demanderait comment on a pu songer un seul instant à diminuer ces programmes. Pour peu, d'autre part, que, comme nous, on soit resté humaniste, ce n'est pas non plus du côté du latin ni du grec que nous songerions à chercher des suppressions possibles. Alors que faire ?

Pour répondre à une pareille question il faudrait être autrement documenté que nous ne le sommes, avoir une connaissance exacte des programmes actuels, pouvoir mesurer en quelque sorte, l'aptitude de tel ou tel élève, à telle ou telle somme de travail. A ce point de vue nos confrères, médecins des lycées, pourraient nous fournir de précieux renseignements.

Il y a des enfants très bien doués, pour lesquels tout travail est facile, dont l'intelligence ouverte n'exige que très peu d'efforts et qui arrivent, à la fin de leurs études, aussi prêts pour l'école normale que pour polytechnique ou l'école des Chartes. Avec ces élèves-là tout est facile. Mais pour les autres? nous ne pouvons ici que répéter notre question : Que faire?

Que faire? Voici d'après notre enquête auprès des éducateurs ce qu'ils en pensent :

Sans vouloir entrer dans les détails d'une organisation des programmes et de classes qui relève surtout du technicien, on peut entrevoir une amélioration dans une double réforme. Le problème posé semble au premier abord insoluble parce que contradictoire dans ses données : il s'agit en effet d'alléger, au profit de la culture physique, la surcharge intellectuelle sous laquelle ploie l'écolier français.

Or, l'objet des connaissances est à chaque génération plus vaste et demande pour être embrassé, même incomplètement, un effort sans cesse accru. Il faut tout résolument, sans tenir compte des réclamations intéressées des spécialistes, diminuer, supprimer toute connaissance qui n'est plus d'intérêt urgent et surtout toute connaissance qui au lieu de tendre à la formation générale de l'esprit, du jugement, au développement de la raison et de la saine pensée, n'a d'autre fin qu'elle même et qu'elle seule. Que l'on sacrifie résolument les menus détails, les petits faits, pour ne conserver que l'indispensable à la culture de l' « honnête homme » moderne. Cela fait, que l'on tienne compte dans l'organisation des classes d'un autre phénomène capital : il y a, dans la vie de l'écolier, deux sortes de travaux : les uns, passifs, demandent de sa part peu d'effort cérébral; ils sont même souvent une distraction, un repos. Tels sont les cours d'histoire, de littérature; d'autres, le calcul par exemple, les exercices de version, de grammaire, exigent du cerveau une activité soutenue et bien vite fatigante.

Que l'on réserve ceux-ci pour les classes du matin, quand l'esprit de l'enfant, reposé par le sommeil, est plus alerte, et que les après-midi soient consacrées de préférence aux premières.

Qu'il n'y ait pas plus de deux heures de classe de suite, et, si exceptionnellement, on en ajoute une troisième, que cette troisième soit consacrée à un travail facile, reposant. Allongeons les récréations : de dix heures à dix heures et demie le matin; de douze heures à une heure trois quarts (déjeuner compris) l'après-midi; de quatre heures à 5 heures le soir, et enfin que la journée du jeudi soit, pour les petits et les moyens au moins, absolument exempte de classes et d'études.

Ces vœux sont modestes. Ils sont aisément applicables, peuvent s'adapter à toute modification des

programmes et concilient dans une juste mesure les exigences du savoir moderne et les besoins physiologiques de l'enfant et du jeune homme.

A. BROCHIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 MARS 1922)

Vaccination préventive par voie digestive chez l'homme. — MM. Charles NICOLLE et E. CONSEIL. Quelques savants, en particulier M. Besredka, ont montré que la voie digestive pouvait être utilisée pour l'immunisation active des animaux de laboratoire. Par contre, aucune preuve expérimentale n'avait été apportée de l'efficacité de la méthode chez l'homme.

Les expériences de MM. Ch. Nicolle et Conseil prouvent qu'il est possible de vacciner préventivement l'homme par voie digestive contre la fièvre méditerranéenne et la dysenterie bacillaire. Contre cette dernière maladie, l'emploi d'un vaccin digestif est, d'autre part, la seule méthode applicable.

Modifications de la chronaxie des muscles squelettiques et de leurs nerfs, par répercussion de la lésion de neurones auxquels ils sont fonctionnellement associés. — M. Georges BOURGUIGNON.

Sur les chocs traumatiques. — MM. Auguste LUMIÈRE et Henri COUTURIER. Les états de dépression intenses consécutifs aux traumatismes qui ont donné lieu depuis la guerre à des controverses assez vives, relèvent d'un mécanisme différent suivant la nature des lésions qui les déterminent, hémorragies, lésions nerveuses, violentes douleurs, états émotionnels.

Le choc traumatique proprement dit, dont s'occupe M. Lumière, se manifeste à l'occasion de contusions graves, de broiements ou d'écrasements. On sait que pour M. Quénu le facteur principal du choc est une intoxication qui, a son origine dans le foyer traumatique même, au niveau duquel il se produit une résorption de substances toxiques se comportant comme le ferait une solution d'histamine.

MM. Duval et Grigaut ont montré, d'autre part, qu'on réalise un choc mortel en injectant dans l'oreille d'un lapin un filtrat de muscle broyé dans l'eau stérilisée.

Pour MM. Lumière et Couturier, les accidents déchaînés sont dus à la floculation des colloïdes tissulaires lorsqu'ils sont mélangés par le broyage, de sorte que le choc traumatique semble dépendre de la même cause physique que le choc anaphylactique.

On peut, en effet, vacciner contre les accidents brusques provenant de l'introduction de suc musculaire dans la circulation, au moyen d'injections subintrantes, soit de ce suc lui-même, soit de sulfate de baryte ou d'autres floculats.

L'hyposulfite de soude, la ligature préalable des carotides, les anesthésiques suppriment ces accidents tout aussi bien que ceux du choc anaphylactique.

Au rythme de la floculation correspond le rythme des accidents avec ses alternatives de dyspnée, d'angoisse, de modifications du rythme cardiaque, de sueurs, de diarrhée, de migraine, d'hématuries, etc. et de calme relatif qui caractérisent ces chocs ainsi que leur issue parfois fatale.

Action d'un suc gastrique artificiel sur les granulations pulmonaires tuberculeuses du cobaye. — MM. E. FERNBACH et G. RULLIER. Au contact du suc gastrique artificiel la virulence des granulations décroît jusqu'à devenir nulle.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 MARS 1922)

Les réactions spléno-pneumoniques massives dans la tuberculose pulmonaire de l'enfant et de l'adolescent. — MM P. ARMAND-DELILLE et DARBOIS rapportent une série d'observations de densifications massives de tout un poumon, qu'ils ont constatées en contrôlant par la radioscopie et la radiographie l'appareil respiratoire des enfants tuberculeux de leur service.

Ces condensations massives, qui peuvent simuler une pleurésie comme l'avait déjà signalé Grancher, ne touchent en réalité pas la plèvre puisqu'on peut faire dans ces cas un pneumothorax artificiel. Leur évolution qui parfois aboutit à la caséification peut cependant se terminer par la guérison, avec restitution « ad integrum » après un ou deux ans, surtout si on la favorise par un traitement physiothérapique approprié et longtemps poursuivi.

Traitement des plaies, ulcères, greffes, etc., sans pansements, en « cages aseptiques ». — M. REYNÈS. L'émondage, les rapprochements, les sutures primitive ou secondaire ont considérablement amélioré la question du traitement des plaies.

Il y a encore cependant beaucoup de plaies, d'ulcères, de lésions traumatiques ou phlegmoneuses, de brûlures, de gangrènes que nous traitons par des pansements.

Depuis un certain temps, M. Reynès a supprimé tous pansements, avec économie de temps, de personnel, de matériel, avec moins de douleurs, de risques d'hémorragies et d'arrachement des jeunes parcelles de rénovations cellulaires.

Il a traité ces cas, et aussi des greffes dont on sait la délicate fragilité, par la mise en « cages aseptiques » formées par un cadre métallique léger et des parois de toile, avec sur la face supérieure une fenêtre en celluloïd transparent qui permet la surveillance.

A travers la toile, il y a échange d'air qui empêche toute humidité macérante.

Les plaies, ulcères, greffes évoluent parfaitement dans ces cages.

Une nacelle suspendue dans l'intérieur peut contenir de l'eucalyptol, du thymol, etc. Une paroi de la cage ou deux sont organisées pour permettre la pénétration dn membre qui est ensuite serré par une coulisse.

Les malades et blessés sont très satisfaits de ce traitement qui leur évite les douleurs des pansements répétés.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 MARS 1922)

Septicémie gonococcique avec infection streptococcique et localisations pulmonaires pneumococciques intercurrentes; traitement par sérothérapie antigonoccique. — Atteint de diphtérie bénigne dans les premiers jours d'une blennorragie, un malade observé par M. SACQUÉPÉE présente ensuite une infection gonococcique généralisée.

Les symptômes dominants sont la fièvre, l'anémie et les transpirations; la courbe thermique, d'abord marquée par une fièvre continue pendant un mois, prend ensuite la forme d'accès intermittents espacés au cours d'un deuxième mois pour devenir ensuite irrégulièrement intermittente ou rémittente. Il existe, en outre, des manifestations cutanées et névralgiques avec une seule localisation articulaire passagère.

Au cours de cette évolution surviennent, toujours au même point, à quatre reprises, des lésions pulmonaires présentant les trois premières l'aspect d'une congestion pulmonaire passagère, et la quatrième celui d'une pneumonie franche (à pneumocoque type II) traitée par sérothérapie antipneumococcique.

Le diagnostic est confirmé par l'hémoculture qui donne deux fois du gonocoque ; mais une troisième donne du streptocoque au moment d'un accès. Il s'agit ici d'une infection surajoutée comme l'auteur a pu en constater également au cours d'un accès de paludisme.

C'est seulement au cours du quatrième mois que l'on put intervenir par sérothérapie spécifique, sous forme d'injections intraveineuses de sérum antigonococcique. L'action du sérum a été nettement favorable, la guérison définitive étant survenue après la quatrième injection.

A propos de la technique sphygmomanométrique. — M. C. LIAN dégage des communications faites à la Société et de sa pratique personnelle les conclusions suivantes :

Les méthodes oscillatoire et auscultatoire donnent pour l'artère humérale sensiblement les mêmes chiffres pour la maxima et la minima à un demi ou un centimètre près. Cette concordance entre deux méthodes longtemps considérées comme donnant des chiffres très éloignés tient à ce que la Mx oscillatoire a peu à peu changé de critère, qu'elle s'est abaissée. On ne la lit plus à la première oscillation plus grande que les précédentes et commençant une série d'oscillations croissantes, mais à la première d'une série d'oscillations fortement croissantes.

En somme, les discussions théoriques ont perdu de leur intérêt, et la question se ramène à comparer ces deux méthodes au point de vue pratique. Ici la conclusion est nette : pour la Mn les difficultés sont sensiblement les mêmes ; mais pour la Mx autant la méthode auscultatoire est simple, autant l'oscillatoire est délicate, autant les erreurs sont minimes et rares avec l'auscultatoire, autant elles sont fréquentes avec l'oscillatoire.

Quant à la méthode palpatoire, il n'y a pas lieu de l'opposer à la méthode auscultatoire, mais de l'associer à cette dernière.

Non-pénétration dans la trachée des injections dites intratrachéales faites par un procédé simplifié. — MM. C. Lian, Darbois et P. Navarre ont eu recours, comme MM. Sicard et Forestier, à l'injection d'huile iodée par le procédé dit simplifié des injections intratrachéales et ont soumis les malades au contrôle de l'examen radioscopique, l'huile iodée étant imperméable aux rayons X.

Leurs recherches montrent que, dans ces conditions, la solution huileuse ne pénètre pas dans la trachée et descend dans l'œsophage. Cette constatation conduit à penser que, pour ce qui est de l'introduction directe d'un médicament dans la trachée, le procédé dit simplifié des injections intratrachéales n'a qu'une valeur bien minime ou illusoire.

Dissociation auriculo-ventriculaire complète avec hyperbradysphygmie paroxystique d'effort. — MM. Laubry et Mougeot rapportent l'observation d'un malade atteint d'un block total permanent et ancien. P = 18. L'effort produit un ralentissement du rythme iodo-ventriculaire à P = 10-11 qui se prolonge pendant plusieurs heures. Ce fait est contraire à tout ce que l'on sait de l'influence du système nerveux. Ce ralentissement est donc d'origine intracardiaque. Il peut être attribué à un trouble méiopragique du myocarde au niveau du centre d'automatisme ventriculaire.

A propos d'un cas d'ophtalmoplégie externe héréditaire et familiale — MM. Marcel Pinard et Louis Béthoux présentent une femme âgée de vingt ans, primipare, en état de gestation au cours du cinquième mois, qui est atteinte d'une ophtalmoplégie externe bilatérale, héréditaire et familiale dont la cause paraît remonter à la cinquième génération.

Si, pour la majorité des auteurs, l'hérédosyphilis semble jouer un rôle prépondérant dans la genèse de cette affection, dans le cas présent les enquêtes clinique et sérologique pratiquées chez la malade ne permettent pas de conclure d'une façon ferme en faveur de l'hérédosyphilis; mais l'étude des antécédents familiaux, et en particulier l'enquête obstétricale que l'on doit toujours faire en pareil cas, plaident fortement en faveur de cette cause : en effet, la mère de cette malade a eu quatorze gestations dont :

Un avortement spontané au cours du quatrième mois avec enfant mort.

Un accouchement prématuré au cours du sixième mois avec enfant mort.

Les autres gestations ont évolué à terme, sur les douze enfants : huit sont morts en bas âge d'affections diverses dont un paralysé (encéphalopathie congénitale probable), quatre sont vivants :

La malade actuelle.

Une sœur qui est atteinte d'une ophtalmoplégie unilatérale droite.

Deux rachitiques.

Quelle que soit la cause originelle de ce syndrome oculomoteur, il est intéressant au point de vue de l'hérédité de voir une affection remonter aussi loin ; de plus, ce cas pose le problème délicat de la conduite à tenir vis-à-vis de l'enfant à venir

M. Crouzon, dans un cas d'ophtalmoplégie congénitale et familiale remontant à trois générations, n'a décélé aucun signe d'hérédosyphilis.

A propos des frontières de la syphilis. — M. Merklen revient sur les faits de syphilis avérés sans réaction de Bordet-Wassermann et sur la nécessité, avant de rejeter la syphilis, de recourir à la réactivation et à des réactions plus sensibles comme Hecht et Desmoulières. Toutes ces réactions doivent naturellement être confrontées entre elles d'une part et avec les faits cliniques en cause.

D'autre part, l'auteur ne croit pas qu'il faille, sans grandes précautions, étendre le champ de la syphilis à des états psychiques, comme la kleptomanie et le pithiatisme. Certes la syphilis laisse après elle et dans les générations qui suivent une série de séquelles que nous connaissons mal, le fait n'est pas douteux, mais il convient d'être circonspect avant de conclure en face de tel ou tel état morbide.

Rétrécissement mitral avec arythmie complète et persistance du souffle présystolique. — MM. Josué et Barbier présentent un malade atteint de sténose mitrale qui, bien qu'en arythmie complète, présente encore un frémissement et un souffle présystolique des plus nets. Ce fait va à l'encontre de l'opinion communément admise, d'après laquelle le souffle présystolique du rétrécissement mitral est produit par la contraction auriculaire. Il paraît difficile de concilier ces faits avec la théorie classique qui est, du reste, contestée par certains auteurs ; d'après ceux-ci, le bruit dit présystolique du rétrécissement mitral ne serait pas présystolique mais post-systolique, c'est-à-dire produit par la systole du ventricule tout à son début, son mode de production étant diversement expliqué.

Un nouveau cas de kala-azar infantile en France. — MM. d'Œlsnitz, Balestre et Daumas rapportent l'observation d'un enfant de deux ans du littoral méditerranéen qui a succombé à la suite d'une *anémie splénomégalique fébrile progressive*. Il s'agissait de leishmaniose viscérale.

Un cas d'éventration diaphragmatique. Diagnostic clinique et radiologique. — MM. Fatou et Lafourcade.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 15 MARS 1922)

Ostéome tendineux. — M. Rouvillois communique l'observation d'un jeune homme qui, à la suite de deux traumatisme, eut un ostéome adhérent à la tubérosité antérieure du tibia. Ablation, guérison.

Ostéome pararotulien. — M. Rouvillois fait un rapport sur une observation de M. Gay-Bonnet; à la suite de deux traumatismes, à un an de distance, apparition, chez un jeune homme, d'une tumeur ovoïde, dure, osseuse que la radiographie montra sans connexion avec le squelette, ni avec le tendon rotulien, s'étant développée entre le fémur et le tibia. Il s'agissait d'un ostéome extra-articulaire dout l'origine probable a du être un hématome.

Kyste pancréatique. — M. Mathieu rapporte une observation de MM. Desplas et Villardot; femme de cinquante-huit ans, présentant des troubles digestifs depuis vingt ans, ayant subi divers traitements médicaux sans résultat, soignée ensuite pour une sténose pylorique sans succès, présentant enfin une petite tumeur dans la région duodéno-pylorique que la radiographie montra extrastomacale. M. Desplas fit alors le diagnostic du kyste de la tête du pancréas. Opération : énucléation difficile en raison des connexions de la tumeur avec le canal cholédoque et les vaisseaux.

A part une légère fistule pancréatique, suites bonnes; la malade a engraissée de 8 kilogrammes. Guérison. Il s'agissait d'un kyste multiloculaire.

L'examen histologique fait par M. Letulle, conclut à un vrai kyste pancréatique, M. le rapporteur insiste sur la longue durée de l'évolution (vingt ans) dans ce cas.

Amputations partielles du pied. — M. Schwartz a obtenu de bons résultats du Chopart depuis qu'il s'est appliqué à se

procurer de vastes lambeaux plantaires, permettant de reporter la cicatrice jusqu'à la partie inférieure de la jambe.

Dans un cas, chez une femme qui avait eu les deux pieds gelés, il fit un Chopart d'un côté et un Lisfranc de l'autre, très bon résultat.

M. DELBET a constaté dans son service, de très bons résultats d'amputations de Chopart pratiquées par son interne, ancien élève de M. Quénu dont il a suivi les préceptes.

Enfouissement du moignon. — Nous passons rapidement sur la fin de cette discussion qui s'est un peu trainée en longueur : M. MOUCHET est resté fidèle à l'enfouissement dont il a toujours obtenu de bons résultats.

M. CHEVRIER reconnaît quelques inconvénients à la thermocautérisation et lui préfère l'écrasement avec une seule pince large. Il fait l'enfouissement considérant que les points perforants peuvent être évités.

M ROUTIER qui a été un des premiers à pratiquer l'appendicectomie et qui en a pratiqué 2215, est toujours resté fidèle au même procédé; thermocautérisation très soigneuse du moignon qui doit être réduit autant que possible, pas d'enfouissement, résultats constamment bons. Il reconnaît toutefois que l'enfouissement donne aussi de bons résultats, mais il ne lui paraît pas nécessaire.

Sténose pylorique, sténose du duodénum. — M. Pierre DUVAL fait une intéressante communication sur la technique chirurgicale qu'il convient d'adopter dans un cas où il y a, en même temps, sténose pylorique et sténose de la troisième portion du duodénum. Dans ces cas de double sténose, sténose pyloro-duodénale et sténose de la troisième portion du duodénum, que faut-il faire? D'abord une gastro-entérostomie et ensuite une duodéno-jéjunostomie.

— Suit une discussion à laquelle prennent part MM. MATHIEU, BRÉCHOT et DELBET; elle se poursuivra dans la prochaine séance.

Cardiospasme et dilatation du cardia. — M. TUFFIER présente une malade atteinte d'une énorme dilatation de l'œsophage, avec spasmes du cardia, la radiographie montre un œsophage très dilaté, très long et courbé sur le diaphragme. Pas de symptômes appréciables, pas d'intervention.

M. CUNÉO estime que ces cas de vastes dilatations de l'œsophage, avec ou sans cardiospasme, sans symptômes appréciables se rencontrent assez fréquemment, ces sujets ne sont justiciables d'aucune opération.

M. DUVAL estime que ces cas sont bien plus fréquents qu'on le croit généralement.

MM. PROUST, DELBET, LENORMANT ont souvent observé ces faits.

M. SÉBILEAU, qui en a vu beaucoup, divise ces malades en deux catégories, ceux qui ont, à la fois, du spasme et la dilatation œsophagienne, ceux qui ont la dilatation sans spasmes.

Election. — M. CADENAT est élu membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 11 MARS 1922)

Sur la réaction de Schick. — MM. H. VINCENT, M. PILOD et C. ZOELLER ont signalé, au Congrès de Strasbourg (1921), les premiers résultats donnés par l'intradermoréaction à la diphtérotoxine sur 2.816 hommes, à l'occasion d'une épidémie de diphtérie. Forte ou légère, la réaction positive implique la réceptivité pour le bacille de la diphtérie. Mais cette réceptivité a différé suivant l'intensité de la réaction : 728 hommes à réaction forte ont eu 24 cas de diphtérie (32,9 p. 1000) alors que 616 sujets à réaction faible ont eu 12 cas de diphtérie (19,4 p. 1000).

A l'âge de vingt à vingt-deux ans, la proportion des réceptifs (47,6 p. 1000) est un peu plus faible que celle des non réceptifs pour la diphtérie (52 4 p. 1000).

Sur 1.472 sujets ayant présenté une réaction de Schick négative (2,71 p. 1000), 4 ont eu cependant, à ce jour, une diphtérie (bénigne). Bien que ce chiffre soit faible, cette constatation ne concorde pas complètement avec celles de W. H. Park, Zingher et Serota, Howal, Armand-Delille et P.-L. Marie, Lereboullet, etc., d'après lesquelles la réaction négative impliquerait une signification à peu près constante d'immunité. On peut faire remarquer cependant que la réaction de Schick ne peut qu'obéir aux lois de l'immunité naturelle ou acquise, laquelle peut s'exalter ou s'affaiblir sous l'influence de certaines conditions.

On peut également interpréter d'une autre manière les exceptions à la valeur bien démontrée de la réaction de Schick, par l'existence d'une infection banale du pharynx (staphylococcique, par exemple), chez un porteur de bacilles. Il devient évidemment, en pareil cas, difficile de dire si le bacille diphtérique isolé par l'ensemencement est l'agent causal de l'angine ou bien le compagnon indifférent du véritable facteur de l'infection (staphylocoque). Il nous a paru que ce ce problème méritait d'être posé et étudié.

Le réflexe linguo-maxillaire. — MM. H. CARDOT et H. LAUGIER. Lorsqu'on pince, d'une façon brusque et énergique, le bord de la langue chez le chien dans la région de la pointe, on observe un abaissement réflexe de la mâchoire inférieure, mouvement qui est très ample et très net. Ce réflexe disparaît au cours de l'anesthésie, plus tardivement que le réflexe oculo-palpébral et que le réflexe labio-mentonnier de Dastre. Au point de vue électrique, ce réflexe présente la particularité suivante, c'est qu'il peut être mis en jeu par une excitation électrique unique.

La polynucléose hémoclasique. La « déviation à gauche » du schéma d'Arneth au cours du choc. — M. Paul SCHIFF. On observe au cours du choc hémoclasique une « déviation à gauche » du schéma d'Arneth. Ce phénomène semble indiquer que le syndrome hématique du choc comporte une réaction fonctionnelle de la moelle osseuse. Dans les cas où l'organisme a épuisé ses moyens de défense (cachexie, anémie pernicieuse aplastique), il se produit une « déviation vers la droite ». Les variations leucocytaires qui ne sont pas d'origine colloïdoclasique ne s'accompagnent d'aucune modification du schéma d'Arneth. Le schéma d'Arneth pourrait donc permettre de distinguer entre les modifications leucocytaires d'origine mécanique et celles qui sont d'origine réactionnelle.

(SÉANCE DU 18 MARS 1922)

Le diabète insipide d'origine infundibulaire. Etude anatomo-clinique. — M. J. LHERMITTE. Il s'agit d'un cas typique de polyurie essentielle d'origine syphilitique dans lequel la ponction lombaire fit baisser la diurèse de 4l500 à 2 litres en l'espace de cinq jours. Le malade qui fut suivi pendant dix-sept mois succomba à une asystolie irréductible. L'autopsie montra l'existence d'une méningite spécifique basilaire avec intégrité de l'hypophyse, laquelle fut confirmée par l'étude histologique. Celle-ci fit voir, en outre, sur des coupes sériées du cerveau intermédiaire l'existence de lésions cytologiques importantes de certains noyaux du tuber cinereum : noyau supra-chiasmatique, noyaux propres du tuber, noyau paraventriculaire, associées à une infiltration périvasculaire de lymphocytes de l'infundibulum. Ces constatations qui se superposent très exactement aux faits expérimentaux, en particulier ceux de Camus et Roussy, démontrent ainsi que, chez l'homme comme chez l'animal, la polyurie essentielle caractéristique du diabète insipide reconnait comme cause, non pas une lésion glandulaire hypophysaire mais une altération de certains noyaux du centre végétatif du cerveau intermédiaire.

M. G. ROUSSY relève l'intérêt du cas présenté par M. Lhermitte qui vient entièrement confirmer l'opinion qu'il soutient avec Camus sur l'existence d'un centre régulateur de la teneur en eau de l'organisme au niveau du plancher du troisième ventricule. L'observation de M. Lhermitte nous montre, en effet, que le diabète insipide chez l'homme peut être réalisé par une lésion discrète, interstitielle et cellulaire, de certains noyaux du plancher du troisième ventricule, avec intégrité complète de l'hypophyse.

Il sera donc nécessaire, à l'avenir, d'examiner les cas semblables sur coupes microscopiques puisqu'il s'agit de lésions histologiques pouvant parfaitement passer inaperçues à l'œil nu.

L'action de l'histamine sur la sécrétion gastrique chez l'homme. — MM. P. CARNOT, W. KOSKOWSKI et E. LIBERT. L'histamine, utilisée par la voie hypodermique, en solution au 1/1.000 et aux doses de 0mmg75 à 1mmg25 a produit constamment une augmentation de la quantité de suc gastrique sécrétée en un temps donné, en même temps qu'une augmentation de l'acidité totale et chlorhydrique et du pouvoir peptique.

L'action hypersécrétoire se manifeste après un temps variable, de trois quarts d'heure à une heure un quart. Elle se maintient rarement plus d'une heure.

Le maximum de l'acidité et celui du pouvoir protéolytique ne sont souvent atteints que tardivement, alors que la courbe de la quantité s'abaisse déjà sensiblement.

Il est intéressant de constater que l'histamine, douée d'un pouvoir hypersécrétoire, n'est pas très éloignée chimiquement de la pilocarpine et contient comme elle le groupement imidazol.

Antagonisme microbien et lyse transmissible du bacille de Shiga. — MM. LISBONNE et L. CARRÈRE. Par une technique qui met exclusivement en jeu l'antagonisme microbien in vitro, il est possible d'obtenir un principe shigaphagique transmissible en série. Une culture très riche de bacille de Shiga est ensemencée avec une trace de culture de bacille coli. Séjour de vingt-quatre à quarante-huit heures à l'étuve, filtration sur bougie L3. A 10 centimètres cubes de bouillon on ajoute XX gouttes du filtrat obtenu et une suspension de bacilles de Shiga. Passage à l'étuve, nouvelle filtration. On répète la série de ces opérations avec des filtrats successifs. Après un certain nombre de passages, la lyse totale transmissible est obtenue; deux fois au deuxième passage, deux fois au troisième passage, trois fois au quatrième dans sept expériences avec trois souches de bacille de Shiga et cinq souches de bacille coli. Une expérience semblablement conduite, le bacille de Shiga étant remplacé par un protéus X 19, donne des résultats identiques. En somme, deux microbes vivent en concurrence; l'un agit comme agent provocateur de viciation dans le métabolisme de l'autre dont il déclanche la lyse transmissible qui est la conséquence de cette viciation. La présence du principe shigaphagique dans les matières fécales peut être conçue comme étant la résultante d'une interaction microbienne analogue.

Action des acides sur la marche de la fermentation lactique. — MM. E. BACHRACH et H. CARDOT. Détermination de l'acidité initiale la plus favorable pour le départ de la fermentation lactique en milieu peptoné et lactosé; évaluation du pH correspondant. Comparaison de l'action des différents acides employés pour amener le milieu à un état optimum pour une marche rapide de la fermentation.

Élection. — M. GRIGAUT est nommé membre titulaire.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de parasitologie humaine (1), par M. NEVEU-LEMAIRE, professeur agrégé des Facultés de médecine, chef des travaux de parasitologie à la Faculté de médecine de Paris (1).

Cette nouvelle édition de l'excellent ouvrage de M. Neveu-Lemaire est conçue sur le même plan que les précédentes et les divers parasites de l'homme y sont étudiés dans l'ordre botanique ou zoologique en suivant les classifications modernes. Toutefois de nombreuses additions ont été nécessaires, notamment en ce qui concerne le développement et les migrations des helminthes et en ce qui concerne de nouveaux protozoaires et des champignons pathogènes.

L'auteur a fait aussi une large part à l'étude des bactéries.

Ce précis est complet, pratique, facile à consulter, il rendra d'excellents services aux travailleurs. L. G.

(1) Cinquième édition revue et mise à jour avec 313 fig. dans le texte. Un vol. in-8, relié toile. — Prix : 22 fr. — Paris 1921, J. Lamarre, éditeur.

La Normandie ancestrale (1), par le docteur Stephen CHAUVET.

En tout médecin il y a un régionaliste qui sommeille. M. Chauvet est un Normand fervent qui admire sa belle province, en a approfondi les origines, l'histoire et les coutumes et en a collectionné les curiosités. Il a étudié aussi les caractéristiques ethniques et psychiques des Normands, et à ce titre tous les médecins liront avec un vif intérêt son beau livre. F. L. S.

La Démence chez les épileptiques (2), par BRISSOT et BOURILHET.

L'épilepsie n'étant plus considérée aujourd'hui comme une entité morbide, le terme de démence épileptique ne pourrait servir actuellement à individualiser un type spécial d'affaiblissement des facultés qui résulterait de l'évolution d'une maladie particulière. C'est pourquoi MM. Brissot et Bourilhet prennent pour titre de leur étude la démence chez les épileptiques et y font rentrer les différentes variétés de démence qu'on peut rencontrer chez les comitiaux associés au syndrome épileptique.

Dans leurs nombreuses observations cliniques les auteurs confirment la plupart des notions classiques. Les antécédents des épileptiques déments comportent le plus souvent, d'une part dans leur famille l'hérédité psychopathique ou similaire et l'alcoolisme, d'autre part chez eux-mêmes les convulsions infantiles, les intoxications ou infections graves de l'enfance ou de l'adolescence.

L'apparition de la démence est en général précoce, entre quinze et vingt-cinq ans. Les crises convulsives fréquentes et répétées produiraient plus vite la démence que les vertiges et les absences. Les symptômes et les formes cliniques les plus importantes leur paraissent être l'obtusion intellectuelle, la démence simple ou à forme de démence précoce et surtout de pseudo-paralysie générale. Le diagnostic de cette dernière est souvent des plus difficiles.

Quant au traitement dirigé contre l'épilepsie convulsive et vertigineuse, les auteurs indiquent les résultats qu'ils auraient obtenus de l'acide borique à doses élevées et prolongées. P. CAMUS.

L'Assistance sociale et ses moyens d'action (3), par P.-F. ARMAND-DELILLE, médecin des hôpitaux de Paris, secrétaire général de l'œuvre Grancher; préface de M. HÉBRARD DE VILLENEUVE, membre de l'Institut.

Après le généreux effort suscité par les misères qu'a engendrées la guerre à l'heure ou la bienfaisance semble vouloir s'orienter de plus en plus dans le sens social, la publication de l'ouvrage de M. Armand-Delille répond à un besoin réel.

Dans la poignante revue des variétés de misères que renferme cette étude, une place prépondérante est faite à l'enfance, car c'est le problème le plus douloureux, mais où les plus larges espoirs sont permis.

Après avoir exposé les conditions des enquêtes nécessaires pour chaque cas, l'auteur indique les moyens d'y porter remède et montre que le meilleur agent d'exécution doit être la femme, à la conditions qu'elle s'y prépare au moyen d'études spéciales qui permettent de faire d'elle une bonne « assistante sociale ». La lecture de ce volume, dont la publication était impatiemment réclamée, sera aussi précieuse à ceux qui se préoccupe des grands problèmes sociaux de l'heure actuelle qu'à toutes personnes charitables, infirmière-visiteuse et assistante sociale, qui veulent collaborer pratiquement au soulagement et à la prévention des misères engendrées par le développement des Sociétés modernes. L. G.

(1) In-8 avec de nombreuses illustrations et une couverture en couleurs. — Prix : 12 fr. — Paris 1922, Boivin.
(2) Un volume de 112 pages. — Paris, A. Maloine.
(3) Un vol. in-8. — Prix : 9 fr. net. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 25. — MARDI 28 & JEUDI 30 MARS 1922. 95e ANNÉE. MARDI 28 & JEUDI 30 MARS 1922. — N° 25.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Une place de chirurgien adjoint des hôpitaux et hospices est mise au concours. Les épreuves commenceront le mardi 20 juin 1922, à 8 heures du matin.

Les concurrents déposeront leurs pièces au secrétariat des hospices, cours d'Albret, 91, avant le 30 mai 1922.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — M. Pic, professeur de thérapeutique, est nommé professeur de thérapeutique, hydrologie et climatologie.

— Montpellier. — Un concours pour une place de chef de clinique chirurgicale infantile et orthopédie s'ouvrira le 1er juin 1922, à la Faculté de médecine de Montpellier. Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté jusqu'au mardi 30 mai, à 16 heures.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Clermont-Ferrand. — Un concours s'ouvrira, le 9 octobre 1922, devant la Faculté de médecine de Toulouse, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'école préparatoire de médecine de Clermont-Ferrand.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

DISPENSES EXCEPTIONNELLES D'EXAMEN. — Le *Journal officiel* du 23 mars publie un décret accordant des dispenses d'examen ou de parties d'examens en vue des grades ou diplômes de l'enseignement supérieur, à l'exclusion des épreuves finales et des épreuves pratiques, aux étudiants inscrits avant leur incorporation dans les facultés, que la guerre a retenus sous les drapeaux pendant au mois six années consécutives et qui ont été blessés ou décorés de la Légion d'honneur, de la médaille militaire ou de la Croix de guerre avec palmes.

Les demandes seront instruites dans les facultés et soumises à l'examen de la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique. Les dispenses seront accordées par arrêté ministériel. Les arrêtés seront publiés au *Journal officiel* avec un état des services militaires des bénéficiaires.

AÉRONAUTIQUE MILITAIRE. — Le *Journal officiel* du 19 mars 1922 publie une circulaire concernant l'organisation des examens médicaux du personnel navigant de l'aéronautique militaire.

GUERRE. — M. le médecin principal de 1re classe Thiroux, des troupes coloniales, est promu au grade de médecin inspecteur.

LA PROPHYLAXIE SOCIALE AU CONSEIL DE REVISION. — Une circulaire du ministre de l'Hygiène (*J. O.*, 19 mars 1922, p. 3093) dispose que tout exempté ou ajourné reconnu atteint de tuberculose ou d'affections vénériennes sera invité à se faire soigner à un centre de prophylaxie désigné sur un tract qui lui sera remis par le médecin militaire à la suite de la visite médicale. Il est certain qu'aucune obligation de visite ne pourra être imposée, mais il appartiendra à l'autorité préfectorale d'insister auprès de chacun des exemptés et ajournés sur l'intérêt qu'il a à se soigner sans retard.

Le même numéro du *Journal officiel* publie une autre circulaire du ministre de la Guerre relative à l'*extension des fonctions des médecins assistant les conseils de revision.*

Cette circulaire, qui complète celle du ministre de l'Hygiène, a pour but d'assurer la liaison avec l'autorité préfectorale dans un but supérieur d'hygiène et de prophylaxie sociales.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Ont été élus :

Membres honoraires étrangers : MM. les prof. Cadiot (d'Alfort), Lambling (de Lille), Moureu (du Collège de France).

Correspondants étrangers : MM. les Drs Lucien Camus,

chef de l'Institut supérieure de vaccine de l'Académie de médecine; Louis Martin (de l'Institut Pasteur) et Nicolas (d'Alfort).

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — DON. — Mme Gairal, veuve du Dr Gairal, de Carignan (Ardennes), à la mémoire duquel l'Académie de médecine a décerné le prix Huchard, a bien voulu abandonner généreusement à la caisse des veuves et orphelins de l'Association générale des médecins de France, une somme de 2.000 francs sur le montant de ce prix.

LA VENTE DE CHARITÉ DE LA MAISON DU MÉDECIN. — Tous ceux qui s'intéressent au sort des vieux médecins que la « maison du médecin » abrite à Valenton sont sollicités d'envoyer des dons en nature ou en espèces pour la vente de charité qui aura lieu le samedi 6 et le dimanche 7 mai 1922 à la Faculté de médecine de Paris. Les dons seront reçus au siège de l'œuvre, 51, rue de Clichy, tous les jours de 2 à 5 h. ou chez Mme Maurice de Fleury, présidente, 139, boulevard Haussmann.

LABORATOIRE DE SÉROLOGIE. (Direction scientifique : M. RUBINSTEIN, 54, rue Saussure, XVIIe.) — M. Rubinstein fera un cours de sérologie appliquée à la clinique, du 16 mai au 15 juin, les mardis, jeudis et samedis, à 14 heures.

Les cours suivis de travaux pratiques (de 14 heures à 18 heures) traiteront des propriétés biochimiques des sérums, le sérodiagnostic de la syphilis, de la tuberculose et d'autres affections.

Le but de cet enseignement est de former des sérologistes et de les initier aux recherches de laboratoire.

Le nombre des élèves est limité.

Le droit d'inscription est de 150 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser au laboratoire, de 15 à 17 heures.

COMITÉ DÉPARTEMENTAL D'HYGIÈNE SOCIALE ET DE PRÉSERVATION ANTITUBERCULEUSE DU FINISTÈRE. — D'accord entre les membres du jury et le Comité départemental, les demandes en vue de prendre part au concours pour médecins spécialistes des dispensaires doivent parvenir avant le 12 avril prochain au président, M. de Guébriant, 68, avenue d'Iéna, à Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Paul Boichut (de Paris), décédé à Menton); Derouet, médecin militaire en retraite; Alphonse Mégevand (de Genève), Perrin de Belgam, médecin principal en retraite, décédé à Marseille.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — SERVICES D'EXCURSIONS DANS LA FORÊT DE FONTAINEBLEAU. — A partir du 1er avril prochain, la Compagnie P.-L.-M. mettra en marche ses services automobiles d'excursions dans la forêt de Fontainebleau, en correspondance avec les trains de et pour Paris. Ces services fonctionneront jusqu'au 2 novembre inclus et comporteront :

1° Chaque jour : un circuit dans la matinée pour la visite de la partie Nord de la forêt; un circuit dans la soirée pour la visite de la partie Sud de la forêt.

2° Les jeudis, dimanches et jours fériés, pendant toute la saison, plus les lundis et samedis, pendant les mois de juillet, août et septembre : un troisième circuit comprenant la visite complète de la forêt avec arrêt à Barbizon pour le déjeuner.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA SOLDE DES MÉDECINS MILITAIRES FAISANT PARTIE DES COMMISSIONS MÉDICALES

M. Duboys-Fresney, député, demande à M. le ministre de la Guerre s'il est exact que les médecins militaires qui font partie des commissions médicales perçoivent, en sus de leur solde, une indemnité mensuelle de 1.000 à 1.200 fr. (*Question du 31 décembre 1921.*)

Réponse. — Les médecins militaires faisant actuellement partie des commissions médicales ne perçoivent, en sus de leur solde, d'autres indemnités que celles afférentes normalement à leur grade. (*J. O.*, 15 mars 1922.)

LE DÉCRET DU 24 NOVEMBRE 1921 ET LES ÉTUDIANTS NON SURSITAIRES

M. Coyrard, sénateur, demande à M. le ministre de l'Instruction publique d'étendre aux étudiants non sursitaires de la classe 1919, mobilisés, le bénéfice du décret du 24 novembre 1921.

Réponse. — Le décret du 24 novembre 1921 a prorogé les délais accordés aux étudiants démobilisés pour faire valoir leurs titres en vue de bénéficier du décret du 12 juillet 1917 portant dérogation aux règlements relatifs aux dispenses de grades et de scolarité. Or, les étudiants visés par la question ont été admis à présenter des demandes pour obtenir le bénéfice du décret de 1917. Il leur avait été accordé, à cet effet, un délai allant jusqu'à l'expiration du sixième mois qui a suivi leur libération. Ils ont pu de même faire valoir, jusqu'au 1er mars 1922, leurs titres militaires pour obtenir le bénéfice du décret du 24 novembre 1921. (*J. O.*, 17 mars 1922.)

MÉCANICIENS DENTISTES ET EXERCICE ILLÉGAL

M. Morucci, député, expose à M. le ministre de la Justice qu'il résulte du début de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, et notamment, de déclarations du docteur Brouardel, commissaire du Gouvernement, qu'il entrait, sans contestation possible, dans l'esprit du législateur, de laisser aux mécaniciens dentistes la liberté de fabriquer des appareils de prothèse dentaire, et demande si cette interprétation a toujours été respectée, et s'il n'y a pas eu, à sa connaissance, de poursuites abusives à cet égard, étant entendu que les mécaniciens dentistes visés n'ont procédé à aucune intervention chirurgicale. (*Question du 28 février 1922.*)

Réponse. — Aux termes d'un arrêt de la Cour de cassation en date du 15 novembre 1906, si la simple fabrication de pièces de prothèse dentaire ne rentre pas dans les prévisions de la loi du 30 novembre 1892, il en est différemment lorsque, à cette fabrication, se joint le fait de prendre une empreinte et d'opérer la pose d'un appareil en dehors de la surveillance d'un dentiste exerçant régulièrement sa profession. Au cas où il serait signalé à la chancellerie des faits de poursuites abusives, elle ne manquerait pas de les examiner. (*J. O.*, 15 mars 1922.)

NOTES DE PRATIQUE

DYSPEPSIE HYPOSTHÉNIQUE

1° Avant chacun des deux principaux repas, V à X gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau ou de boisson.

2° Après les repas, VIII à X gouttes de la mixture :

Teinture de fèves de Saint-Ignace....	10 gr.
Teinture d'ipéca..................	2 gr.
Teinture de badiane...............	3 gr.

Mêlez et filtrez.

Eaux minérales et stimulantes (Vichy-Célestins ou Pougues).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU ROLE DU SYSTÈME NERVEUX DANS LA PATHOGÉNIE DES ŒDÈMES

TROPHŒDÈMES CHRONIQUES ET SPINA BIFIDA OCCULTA

Par ANDRÉ LÉRI,
Professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Cochin.

La pathogénie des œdèmes, longtemps entièrement obscure, commence à largement s'éclairer.

Pour ce qui concerne les *œdèmes diffus* ou progressifs, un progrès capital a été fait depuis que les recherches des professeurs Widal et Achard et de leurs élèves ont montré qu'il en fallait chercher la cause soit dans une rétention chlorurée, soit dans un trouble circulatoire. Mais, même dans ces cas d'œdèmes diffus, l'altération des centres nerveux joue souvent un rôle, ne serait-ce que comme élément localisateur; nous n'en voulons pour preuve que les hémiœdèmes des hémiplégiques que le professeur Pierre Marie, MM. Lœper et Crouzon ont montré pouvoir se localiser parfois plus ou moins strictement du côté de la paralysie, même quand leur origine est nettement rénale ou cardiaque et quand l'influence de la pesanteur est éliminée.

Pour ce qui est des *œdèmes circonscrits*, que l'absence de toute cause connue avait permis de qualifier jusqu'ici d'essentiels, de grands progrès ont aussi été réalisés. Nombre d'œdèmes circonscrits *aigus* ont pu être expliqués, voir expérimentalement reproduits sur le malade lui-même, et les découvertes du professeur Charles Richet et du professeur Widal notamment ont montré que beaucoup d'œdèmes intermittents ou transitoires, dits « angioneurotiques », « névropathiques », « maladie de Quincke », etc..., n'étaient en réalité que des manifestations d'un choc anaphylactique ou, de façon plus largement compréhensive, d'un choc colloïdoclasique. Mais, là encore, le système nerveux intervient sans doute, au moins comme élément localisateur.

D'autres œdèmes circonscrits ont une allure *chronique*. Nous en avons vu un grand nombre pendant la guerre qui s'installaient à la suite d'une blessure nerveuse, par exemple à la suite d'une blessure du sciatique. Mais dans ces cas aussi, l'action combinée des lésions vasculaires et nerveuses a paru être un élément pathogène important : Ranvier avait déjà montré que la ligature de la veine fémorale ne détermine pas d'œdème, si elle n'est suivie de la section de sciatique; inversement, nous avons vu des œdèmes s'établir chroniquement à la suite de sections mêmes très incomplètes du sciatique, mais seulement dans des membres où une blessure vasculaire avait accompagné la blessure nerveuse; Henry Meige et Mme Bénisty ont insisté avec raison sur l'importance de cette association d'altérations nerveuses et vasculaires. Quant au rôle joué par la lésion nerveuse, il a été diversement interprété; elle se ferait sentir soit sur les nerfs vaso-moteurs, soit sur les cellules mêmes des capillaires et des tissus, et Lapinsky aurait observé la prolifération de l'endothélium vasculaire dans un membre à la suite d'une section des nerfs de ce membre.

En dehors de ces œdèmes circonscrits chroniques que l'on peut dire *chirurgicaux*, il existe des œdèmes *spontanés*, à distribution plus ou moins segmentaire, que l'on dénommait, suivant les idées pathogéniques des auteurs, éléphantiasis nostras, œdème rhumatismal chronique, pseudo-éléphantiasis neuroarthritique, myxœdème localisé, œdème segmentaire, etc.; ils ont été très justement groupés et décrits par Henry Meige en 1898 sous le nom de *trophœdème chronique*. Ce nom désigne moins peut-être une maladie qu'un syndrome, caractérisé par « un œdème blanc, dur, indolore, occupant un ou plusieurs segments d'un ou plusieurs membres et persistant la vie entière, sans préjudice notable pour la santé ». Cet œdème peut être acquis au cours de l'existence, il peut être congénital; il est parfois héréditaire ou familial.

Plus que tout autre, cet œdème a paru avoir une origine nerveuse; sa dénomination même indique qu'on lui attribue une origine dystrophique, et Meige le considère comme dû probablement « à une imperfection congénitale des centres qui président au développement et à la nutrition du tissu cellulo-cutané ».

D'excellents arguments appuient cette hypothèse; mais nous n'avions pas jusqu'ici de preuve de la lésion nerveuse ou médullaire, et d'autre part rien ne nous indiquait par quel mécanisme cette lésion nerveuse pouvait déterminer un œdème chronique. Les constatations que nous avons pu faire sur un certain nombre de malades observés dans ces derniers temps nous paraissent apporter un peu de lumière dans ce problème pathogénique.

***

Une première malade (1), âgée de vingt ans, présentait une hypertrophie considérable de tout le membre inférieur droit (fig. 1). L'hypertrophie avait commencé à l'âge de treize ans par le pied; elle monta ensuite le long du membre petit à petit, très lentement d'abord jusqu'à dix-sept ans, plus rapidement ensuite. Au moment de l'examen, elle s'arrêtait nettement en avant au pli inguinal, elle empiétait en arrière sur la fesse. La différence de circonférence entre les deux membres atteignait 2 cm. 1/4 au niveau des chevilles, 5 cm. 1/2 au milieu du mollet, 4 centimètres au quart inférieur de la cuisse, 2 cm. 1/2 au pli fessier.

L'hypertrophie était permanente, augmentant seulement un peu vers le soir; elle était lisse, dure, et seule une compression forte y déterminait un léger godet; la consistance paraissait autant celle de l'adipose que celle de l'œdème; la peau, difficile à plisser, était de coloration normale, parfois un peu violacée; sa température était égale à celle du membre opposé.

Aucun trouble de la motilité, de la sensibilité subjective ou objective, de la réflectivité; force parfaitement conservée, aucune douleur. Aucune lésion cardiaque ou rénale. Tension artérielle égale aux deux jambes (20-9 au Pachon) et à peu près la même qu'à l'avant-bras. Etat général parfait.

Sur la radiographie, le fémur et le tibia paraissaient indemnes, ainsi que les masses musculaires; seul le tissu cellulaire sous-cutané et la peau étaient largement infiltrés et épaissis.

C'était donc un *exemple typique de trophœdème acquis*.

Or, en examinant systématiquement cette malade, nous avons constaté sur la *région sacrée moyenne*

(1) André LÉRI et ENGELHARD. *Soc. méd. des hôpit.*, 30 juil. 1920.

une saillie aplatie, régulière et lisse, à contour arrondi, de 7 centimètres de diamètre environ; cette tuméfaction, de consistance un peu élastique, avait une circonférence un peu plus pigmentée que la peau avoisinante et un centre dépigmenté et dépilé; la pression du doigt sur cette partie centrale était douloureuse. Plus bas, à la partie supérieure du pli interfessier, existait une *dépression cutanée en entonnoir*, d'environ 1 centimètre de diamètre, sensible à la pression. Ces deux altérations morphologiques sont bien connues, en particulier des pédiatres qui les considèrent comme représentant d'ordinaire des reliquats d'un spina bifida.

La radiographie de la région sacrée ne montra

au pli fessier (48-41); nous l'avons vue progresser sous nos yeux jusqu'à atteindre 15 centimètres à la cheville, 17 au mollet, 12 à mi-cuisse. Cet œdème énorme était blanc, un peu froid, de consistance élastique.

Il n'y avait aucun trouble urinaire ni circulatoire, aucun trouble de la motilité, aucune modification des réflexes, aucune douleur.

A l'examen de la région sacrée, nous ne constations à l'œil aucune anomalie, à peine une ébauche presque douteuse de fossette coccygienne. Mais la malade était maigre, le reste de son corps contrastait avec l'énormité de son membre inférieur gauche, et l'on sentait admirablement au doigt les saillies osseuses, notamment celles de la région sacrée. C'est ainsi que nous constatâmes facilement que la crête sacrée n'existait sur la ligne médiane qu'au niveau de la partie tout à fait supérieure du sacrum; au-dessous elle était remplacée par *deux crêtes situées de chaque côté de la ligne médiane, parallèles et séparées l'une de l'autre d'environ 1 cm. 1/2*.

La radiographie nous montra, en effet, que le *canal sacré n'était fermé qu'au niveau de la première*



FIG. 1.



FIG. 2.

Cas I. — *Trophœdème du membre inférieur droit.* Vingt ans. Début à treize ans. — Le calque radiographique montre que *l'ouverture inférieure du canal sacré a une hauteur excessive* et remonte jusqu'à S^3. Cette surélévation n'est pas considérable, mais la malade présentait une saillie de la région sacrée moyenne avec troubles pigmentaires et une dépression cutanée en entonnoir sacro-coccygienne, reliquats cliniques ordinaires d'un spina bifida.

pas de fissure véritable de la crête sacrée, mais bien une ouverture postérieure du canal sacré remontant très anormalement haut; cette ouverture en V renversé qui, à l'état normal, ne dépasse pas la cinquième pièce, tout au plus la quatrième pièce de sacrum, remontait largement jusqu'à la troisième (fig. 2). Les arcs postérieurs du sacrum n'étaient donc pas soudés sur une assez grande hauteur; c'était l'équivalent d'un *spina bifida sacré*.

Une seconde malade (1), âgée de vingt-six ans, se présenta bientôt à nous avec un trophœdème tout aussi typique, mais bien plus considérable encore (fig. 3). L'œdème avait commencé par le pied et la jambe gauches à l'âge de vingt ans, puis avait progressé lentement, en montant, sans douleur, sans rougeur. Il s'arrêtait en haut au pli inguinal et au pli fessier. La différence entre les deux membres atteignait 12 centimètres au mollet (41-29), 14 centimètres au quart inférieur de la cuisse (43-29), 7 centimètres

pièce sacrée et que *au-dessous il était largement béant* (fig. 4).

Malgré l'absence de tout signe extérieur de spina bifida, un examen systématique, clinique et radiographique, nous révélait donc un vaste *spina bifida sacré*, plus largement ouvert que chez notre précédente malade.

Une troisième malade (1), âgée de quarante ans, nous fut envoyée peu de temps après pour un œdème du membre inférieur gauche qui datait de huit mois (fig. 5); il avait débuté au niveau des malléoles, puis avait progressivement gagné l'ensemble du pied et la jambe; sous nos yeux nous le vîmes progresser jusqu'à la partie inférieure de la cuisse.

Cet œdème était modérément dur, élastique, avec un godet peu profond et peu persistant, légèrement sensible à la pression; la peau à son niveau était à peine un peu rougeâtre et un peu froide; elle était lisse, nullement squameuse ni indurée.

(1) André LÉRI. *Soc. méd. des hôpit.*, 29 oct. 1920.

(1) André LÉRI et ENGELHARD. *Soc. méd. des hôpit.*, 17 déc. 1920.

La différence de volume entre les deux membres ne dépassait d'ailleurs pas 1 cm. 1/2 au milieu du pied, 4 centimètres au-dessus des malléoles, 2 cm. 1/2 au tiers inférieur de la jambe.

Cet œdème, relativement récent et relativement peu étendu et léger, avait donc quelques caractères qui semblaient le différencier des trophœdèmes classiques : semblable diagnostic ne s'imposait nullement. En fait, ce fut au chirurgien que la malade fut d'abord adressée. Celui-ci, ne trouvant aucune lésion locale et n'en constatant aucune sur la radiographie, l'envoya dans un service où l'on s'occupe avec très grand soin des œdèmes de cause rénale ou circulatoire. Là, tous les examens furent faits, examens cliniques et recherches de laboratoire sur les urines et le sang, sans rien révéler d'anormal. En désespoir de cause, on considéra cet œdème comme d'ordre dystrophique et on l'adressa au neurologiste.

A l'examen, nous ne trouvâmes aucun trouble moteur, sensitif ou réflexe. Mais, à la *région sacrée*, nous constatâmes une *légère tuméfaction triangulaire,* ayant son centre au niveau de S^2 S^3; au-dessous de cette tuméfaction, la *crête sacrée médiane semblait remplacée par deux hémicrêtes latérales;* au-dessus de la tuméfaction, le doigt enfonçait dans une véritable *fossette*, sensible à la pression.



Fig. 3.

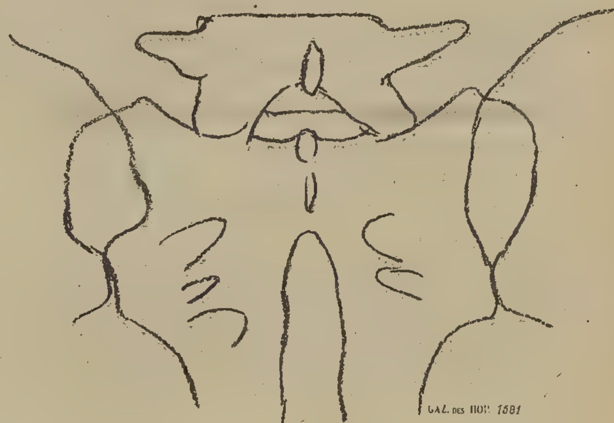


Fig. 4.

Cas II. — *Trophœdème du membre inférieur gauche.* Vingt-six ans. Début à vingt ans. — La radiographie montre une *large ouverture de tout le canal sacré, sauf au niveau de* S^1, et la palpation permet de sentir que la crête sacrée est divisée en deux hémicrêtes parallèles. Malgré l'absence de tout signe clinique (ni tuméfaction sacrée, ni troubles pileux ou pigmentaires, ni fossette coccygienne), le spina bifida est bien plus accentué que chez la malade précédente.

La radiographie montrait en effet, d'une part une *inocclusion de la paroi postérieure du sacrum au-dessous de* S^2, d'autre part une *soudure incomplète de l'arc postérieur au niveau de* S^1 (fig. 6).



Fig. 5.

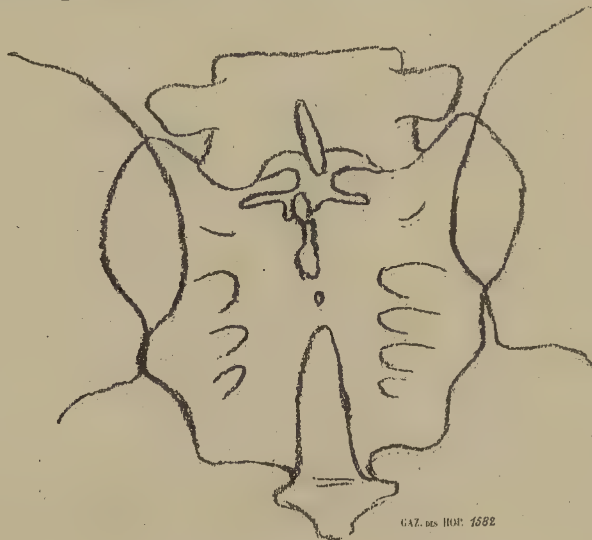


Fig. 6.

Cas III. — *Œdème chronique du membre inférieur gauche*, datant de deux ans (huit mois au premier examen) chez une femme de quarante ans. — A l'examen : légère tuméfaction de la région sacrée, crête sacrée en partie remplacée par deux hémicrêtes, fossette sacro-lombaire. — Sur la radiographie : *inocclusion de l'orifice inférieur du sacrum jusqu'à* S^2, *inocclusion de l'arc postérieur de* S^1.

Il y avait donc, dans ce cas encore, un *spina bifida sacré*, ou, si l'on veut, un « sacrum bifidum ».

Mais, alors que dans nos deux premiers cas le diagnostic du trophœdème s'imposait à première vue, dans notre troisième cas ce diagnostic ne pouvait être porté que tout à fait hypothétiquement et par exclusion. Ce fut cette fois la constatation du spina bifida sacré qui nous permit de faire ce diagnostic.

L'avenir nous donna raison, car nous avons pu suivre la malade; nous l'avons encore vue récemment, il y a maintenant deux ans que l'œdème a débuté, il est complètement fixé, blanc, dur, indolent et limité au pied et à la jambe gauches d'une façon qui paraît probablement définitive.

Un autre malade, âgé de soixante-six ans, avait lui aussi un œdème relativement récent, mais limité à la jambe droite et qu'aucun trouble de l'état général, de l'appareil urinaire ou cardio-vasculaire ne justifiait. Le gonflement du membre atteignait 2 cm. 1/2 aux malléoles, 5 cm. 3/4 au mollet, 5 centimètres à mi-cuisse.

Or, il présentait une *fossette coccygienne* très nette, et, à la radiographie, on voyait l'*ouverture sacrée remonter* en V très effilé *jusqu'à l'union de* S^2 S^3.

D'autres malades encore nous ont montré, avec un œdème circonscrit, plus ou moins segmentaire, plus ou moins rigoureusement blanc et dur, des anomalies plus ou moins étendues de l'ossification du sacrum et parfois d'autres parties de la colonne vertébrale.

***

Les exemples que nous avons donnés suffisent à montrer qu'il y a très certainement dans cette association d'un œdème à type de trophœdème et d'un spina bifida occulta autre chose qu'une simple coïncidence. Le trophœdème semble bien être l'équivalent de troubles trophiques variés, pieds bots, maux perforants, etc., qui ont été constatés chez des sujets atteints de spina bifida.

Mais quelle est la relation entre le trouble trophique et la malformation rachidienne? Nous ne pouvons faire à ce sujet que des hypothèses. Assurément ce n'est pas la déhiscence vertébrale qui, par elle-même, peut déterminer la dystrophie. Est-ce donc le tiraillement des nerfs de la queue de cheval ou de la moelle elle-même par le sac méningé resté adhérent à la peau, tiraillement qui s'accentue au moment où l'ossification du sacrum se complète, c'est-à-dire vers l'époque de la puberté, âge où apparaissent souvent les manifestations tardives du spina bifida occulta et précisément aussi les trophœdèmes acquis? Est-ce la tumeur fibro-graisseuse à point de départ méningé qui empêche d'abord l'occlusion du sacrum et qui ensuite comprime les nerfs de la queue de cheval? Sont-ce les altérations ou les malformations méningo-médullo-radiculaires qui sont presque toujours associées aux inocclusions vertébrales (Dufour, etc.), même à distance, qui déterminent les troubles trophiques? Nous n'en savons rien, mais dans toutes ces hypothèses la constatation fréquente (1) d'un spina bifida associé au trophœdème est tout à fait en faveur de la théorie émise par Meige de l'*origine nerveuse du trophœdème :* elle apporte à cette théorie le premier argument basé sur des lésions objectivement constatées du côté du système nerveux central.

Reste à se demander par quel mécanisme une lésion nerveuse, médullo-radiculaire, peut déterminer un trophœdème? Une tentative thérapeutique favorable nous permet de nous faire à ce sujet une opinion vraisemblable.

Notre maître, le docteur Walther a récemment pensé que nombre d'œdèmes éléphantiasiques inflammatoires des membres inférieurs étaient dus à une stase lymphatique par obstruction des ganglions inguinaux. Il a fort ingénieusement proposé de les traiter par une méthode de dérivation lymphatique qui consiste à franchir l'obstacle ganglionnaire en permettant à la lymphe de passer directement du membre inférieur dans la paroi abdominale; il se sert pour cela d'un drain de caoutchouc introduit profondément dans le tissu sous-cutané entre la cuisse et le ventre. Les résultats qu'il a ainsi obtenus sont très remarquables.

Nous nous sommes demandé si nos malades ne tireraient pas de ce mode de traitement un important bénéfice. Il en devait être ainsi si la lésion nerveuse avait pour action, exclusive ou non, de déterminer un *trouble d'innervation des vaisseaux lymphatiques* et une *stase lymphatique*, même si les ganglions étaient parfaitement sains. Cette théorie « lymphatique » n'était pas nouvelle, c'est celle que Valobra a depuis longtemps soutenue; elle n'est d'ailleurs nullement en contradiction avec la théorie « nerveuse » de Meige, elle tend seulement à la compléter.

Le succès a répondu à notre espérance. Nous avons confié une de nos malades, celle de notre deuxième observation, celle dont le trophœdème était le plus considérable, aux soins du docteur Walther qui a bien voulu l'opérer suivant son procédé. Le résultat a été excellent : le membre a diminué en un mois de 9 centimètres de circonférence à la jambe, de 6 centimètres à la cuisse. Et, contre-partie très probante, le tube de caoutchouc ayant été éliminé après quelques mois par suite d'une fistulisation tardive, le membre inférieur a de nouveau progressivement augmenté de volume jusqu'à ce que le drain ait été remis en place.

C'est donc au moins en grande partie par son action sur la vascularisation lymphatique qu'agit, dans la détermination du trophœdème, la lésion nerveuse dont le spina bifida sacré est souvent la cause ou le témoin.

***

Si nous résumons ces constatations nouvelles, nous pouvons dire que le *trophœdème chronique des membres inférieurs se trouve souvent associé à un spina bifida de la région sacré*. Ce spina bifida n'est pas toujours la seule anomalie vertébrale.

Peut-être est-il la cause du trophœdème par les tiraillements des nerfs de la queue de cheval qu'il peut provoquer. Peut-être la lésion qui empêche l'occlusion sacrée détermine-t-elle aussi une compression médullo-radiculaire qui provoque le trophœdème. Peut-être le spina bifida est-il simplement le témoin d'altérations méningo-médullo-radiculaires, qui lui sont presque toujours associées et qui produisent le trophœdème Quelle que soit l'hy-

(1) Bien entendu, nous ne prétendons nullement que tout trophœdème ait sûrement pour cause un spina bifida; et moins encore avons-nous l'idée que tout spina bifida sacré s'accompagne de trophœdème : le trophœdème, nous l'avons dit, est probablement un *syndrome*.

pothèse, la constatation fréquente du spina bifida est en faveur de la *théorie nerveuse du trophœdème.*

La lésion nerveuse déterminerait à son tour l'œdème chronique, plutôt que telle ou telle autre dystrophie que l'on observe souvent chez les sujets atteints de spina bifida, parce qu'elle trouble particulièrement l'*innervation des vaisseaux lymphatiques* et détermine une *stase lymphatique. L'œdème peut diminuer ou peut-être disparaître si l'on facilite par un drainage permanent la circulation lymphatique encombrée.*

LA DÉCLARATION DES NAISSANCES

ET LA PRÉSENTATION DES ENFANTS (1)

MODIFICATIONS APPORTÉES PAR LA LOI DU 20 NOVEMBRE 1916 A L'ARTICLE 55 DU CODE CIVIL SES CONSÉQUENCES

Par le Dr L. TISSIER, accoucheur des hôpitaux.

Cette modification, qu'on l'étudie au point de vue de l'intérêt public ou sous l'angle plus étroit des intérêts particuliers au corps médical, mérite notre attention. Envisagée sous l'un puis sous l'autre aspect, elle amène à des conclusions un peu différentes.

Le point de vue général étant de beaucoup le plus important est celui qu'il convient d'exposer d'abord.

I. L'article 55 du Code civil prescrit « que l'enfant, dans les trois jours de l'accouchement, sera déclaré à l'officier de l'état-civil et lui sera présenté », car un contrôle est indispensable. Mais, comme l'apport du nouveau-né à la mairie en toutes saisons et par tous les temps comporte d'indéniables dangers, on résolut, dès 1868, de remédier à ces inconvénients réels maintes fois signalés, notamment par le docteur Loir. D'accord avec le procureur et les maires des vingt arrondissements, le préfet Haussmann décida que, à dater du 1er janvier 1869, ce ne serait plus l'enfant qui serait obligatoirement porté à la mairie, mais que l'officier de l'état-civil se rendrait au chevet de l'accouchée et se ferait présenter le nouveau-né. Il va de soi que le maire, pas plus en cette circonstance qu'en beaucoup d'autres, ne se déplaçait en personne, mais déléguait ses pouvoirs à un intermédiaire, en l'espèce le médecin de l'état-civil.

Au fond rien n'était changé, sauf qu'une sauvegarde pour l'enfant était créée; en compensation les parents avaient deux fois à se déplacer : 1° pour avertir le maire; 2° pour opérer la déclaration.

C'est pour éviter ces allées et venues, prétendûment vexatoires, que, sur le rapport de notre ancien président, M. Leredu, la Chambre des députés a réséqué, le 20 novembre 1919, le dernier alinéa de l'article 55 : « L'enfant sera présenté à l'officier de l'état-civil », sans rien substituer à la clause effacée. De cette amputation de l'article 55 résulte qu'il n'y a plus de sérieux contrôle des naissances.

Assurément les conditions sont tout autres dans les campagnes où tout le monde se connaît, et dans les grandes villes. Pour ma part, je m'en tiens à ce qui se passe dans ces dernières et principalement à ce qui se passe à Paris, et je me crois fondé à répéter qu'il n'y a plus un contrôle suffisant.

(1) Communication à la Société de médecine légale, séance du 13 mars 1922.

Les parents ou soi-disant parents peuvent déclarer ce qu'ils veulent : enfants fictifs, des garçons pour des filles, ou bien inversement. La loi ne contraint qu'à déclarer dans les trois jours et ne demande guère de justification. Sans doute le garde des Sceaux s'est efforcé de combler le vide creusé par le législateur. Après avis des membres de la Commission d'état-civil, il a expédié, en décembre 1919, une circulaire avisant les municipalités qu'il y avait lieu d'organiser quelque mode de vérification, laissant le choix entre divers procédés. Aussi, le préfet de la Seine, M. Autrand, fit-il rédiger, le 10 septembre 1920, une circulaire enjoignant aux bureaux des mairies de recevoir les déclarations de naissances et de les inscrire immédiatement au grand livre sur le vû d'un simple certificat du médecin ou de la sage-femme ayant assisté à l'accouchement. Ultérieurement, le médecin de l'état-civil, qui subsiste tout de même, aurait à se transporter à domicile aux fins de constatations.

Cette mesure a l'heureux effet d'éviter des déplacements et d'économiser du temps. C'est dans ce seul but qu'elle fut prise. Par contre, nous savons combien les déclarations de naissances étaient déjà dépourvues de garanties valables : Nulle ou presque nulle caution n'est demandée; aucun papier d'identité non plus que le livret de famille n'est exigible. Les déclarations inexactes surabondent. Pour s'en convaincre, il n'y a qu'à consulter le service de l'état-civil au Palais de Justice. Que sera-ce dorénavant?

Les médecins ou sages-femmes, ou prétendus tels. pourront certifier l'existence d'enfants inexistants, pourront, par négligence ou par intérêt, attribuer faussement au nouveau-né la qualité masculine ou féminine. Leurs attestations doivent être acceptées des bureaux et l'enregistrement doit être fait sans délai.

Un médecin peut exercer sur tout le territoire, *a fortiori* dans tous les arrondissements d'une grande ville, et sa signature ne peut être déposée partout. S'il fallait produire une signature légalisée — mais on ne la réclame pas — ce serait une nouvelle complication tout à fait en désaccord avec le souci d'abréger les démarches et d'épargner les formalités, base de la réforme. Il a bien été spécifié dans l'instruction préfectorale que le médecin de l'état-civil, dont le rôle était déjà bien restreint, doit passer au domicile de l'accouchée pour avaliser le certificat déposé. Mais ledit médecin, en dépit de la circulaire annexe du 22 octobre 1920, arrive souvent alors que l'enfant, jugé de constitution précaire, a été conduit dans quelque pavillon de débiles, ou a été convoyé dans la campagne chez des nourriciers, ou bien encore le médecin ne trouve que le néant : témoin l'aventure récente que vous n'avez pas oubliée et qui a défrayé la presse.

En dehors de ces éventualités, les médecins de l'état-civil vous diront qu'ils sont fréquemment éconduits et dans la presque impossibilité de remplir leur mandat. Leur visite n'est guère agréée, sous prétexte que le médecin traitant a déjà donné sa signature et que l'acte d'enregistrement est accompli; les plus stricts d'entre eux n'osent plus à présent faire démaillotter les enfants, et leur rôle est à ce point diminué qu'il est à proprement parler annihilé.

La suppression de l'obligation de présenter l'enfant à l'officier de l'état-civil ou à son délégué avant l'inscription définitive, équivaut presque à l'annula-

tion du contrôle. C'est ce que vous répéteront tous ceux à qui leurs fonctions permettent d'être bien renseignés. Or, il nous semble que, dans un Etat bien ordonné, la comptabilité des naissances doit être exactement et rigoureusement tenue.

*
* *

Si nous abordons maintenant la question du côté des médecins dont le docteur Dévé s'est fait le porte-parole, nous voyons que nos confrères se préoccupent surtout des charges qui leur échoient du fait des dispositions nouvellement adoptées; les médecins ou sages-femmes ayant assisté à l'accouchement seraient actuellement requis de délivrer une attestation certifiant que Mme X... est accouchée à telle date d'un garçon ou d'une fille, quand légalement ce soin n'incombe qu'au père. Les médecins appréhendent le cadeau dont la libéralité du préfet les a gratifiés.

A mon sentiment pourtant il ne s'agit pas d'une mise en demeure, mais d'une complaisance sollicitée dans l'intérêt des familles. Cette complaisance, il est vrai, ne va pas sans risques; qu'une erreur se glisse dans le libellé et que, plus tard, un jugement doive intervenir pour rectifier la méprise, les intéressés se retourneront vers le médecin et réclameront les frais. Certains médecins objectent encore qu'ils ont, d'après le formulaire imprimé, à déclarer qu'une dame X..., qu'ils désignent nommément, vient d'accoucher. Or, ils ne connaissent de leur leur cliente que ce que celle-ci a bien voulu leur communiquer et ne peuvent se porter garants de telle ou telle situation plus ou moins régulière, que l'accouchement ait eu lieu à domicile, ou dans quelque hôtel ou pension de famille. Bref, ils entendent décliner la mission que leur préfet leur voudrait gracieusement attribuer, mission à laquelle certaines mairies prétendent les astreindre et qu'aucun article de loi ne saurait leur imposer.

J'estime ces inquiétudes légèrement exagérées. Le législateur a voulu surtout, en faveur du public, simplifier les formalités. Nous pourrions nous joindre à cet effort.

Nous sommes toujours libres de nous réserver dans les cas embarrassants ; et même ceux de nous qui, par scrupule, de parti pris, sont décidés à toujours refuser leur témoignage (hors les cas bien entendu où le père faisant défaut la déclaration leur incombe), ceux-là ont toujours la possibilité de s'abstenir. La circulaire du préfet n'a pas le moins du monde caractère impératif, on y peut lire : « Désormais les actes de naissances *pourront* être dressés sur la seule production d'un certificat du médecin. » Si quelques mairies ont autrement jugé, c'est par erreur d'interprétation; la direction des affaires municipales est à cet égard catégorique. Dès lors, puisque les médecins peuvent se dérober quand ils le jugent opportun, pourquoi maintiendraient-ils leur opposition de principe? Hors les cas exceptionnels, l'administration les invite à collaborer avec elle dans l'intérêt du public. Acceptons! Alors que le médecin remplit les blancs du formulaire, il ne peut guère se tromper de sexe, à moins de bien grande inattention. Quant à l'appellation qu'il donne à sa cliente, elle ne peut vraiment engager sa responsabilité, car sa désignation n'est que la transcription d'un renseignement dont il ne peut jamais être considéré comme se portant garant. Au surplus, il pourrait, s'il le juge prudent, noter sur la feuille qu'il signe, toutes réserves comme nous faisons d'habitude dans les certificats délivrés aux consultations de femmes enceintes.

Reste un dernier point : le secret professionnel dans les accouchements clandestins où nous ne devons révéler ni le nom, ni le domicile de l'accouchée. En pareilles conditions, il nous est toujours loisible de procéder comme jadis; dans sa circulaire, le garde des Sceaux n'a eu garde de l'oublier et mentionne expressément le cas où « le déclarant est lié par le secret professionnel ».

Les secrétaires de mairies que j'ai consultés sont tous confirmatifs de cette opinion. Ne le seraient-ils pas que les médecins ne seraient pas assujettis par une circulaire qui ne peut battre en brèche les multiples arrêts et jugements des cours et tribunaux, lesquels ont établi de façon définitive que, s'il y a jamais conflit entre l'article 57 du Code civil et l'article 378 du Code pénal, le second fait tempérer l'application du premier.

Enfin, il y a des cas où la femme accouche sans assistance de médecin ou de sage-femme, avec le secours d'une voisine, ou de personne. Comment alors procéder ?

En résumé, du point de vue médical, je ne regarde pas, quoi qu'on ait dit, comme bien gravement atteintes par le nouveau mode d'inscription les justes prérogatives des médecins et la nouvelle méthode n'est pas sans quelques avantages à la condition que l'on puisse compter sur l'intelligente bonne volonté des bureaux. Seulement un régime qui repose sur la nécessité de complaisances réciproques est bien instable et comporte des risques de malentendus incessants. Mieux eut valu un texte de loi nettement explicite, ne dépendant point, dans son application, des improvisations des municipalités.

Au point de vue social, bien autrement important, la suppression virtuelle du contrôle de l'enfant avant l'enregistrement, est grosse de conséquence et regrettable. Pour cette raison majeure, une revision de la loi de 1919 s'impose encore bien davantage.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 9 MARS 1922)

Troubles sensitifs bilatéraux par atteinte unilatérale du cerveau. Anesthésie par agnosie (anesthésognosie) prédominant sur la notion de position (atopognosie). — M. Charles Foix rapporte quatre observations présentant les caractères communs suivants :

Hémiplégie et aphasie d'intensité variable. Apraxie idéomotrice. Troubles sensitifs bilatéraux portant, à la fois, sur le membre hémiplégique et sur le membre sain.

La concordance des symptômes dans tous les cas observés, permet d'affirmer qu'il ne s'agit pas de lésions bilatérales.

Les troubles sensitifs du côté sain prédominent sur la notion de position.

Ils frappent également le sens stéréognostique. Ils paraissent toucher légèrement la sensibilité tactile.

Ces troubles sont à rapprocher des troubles décrits sous le nom d'asymbolie, agnosie tactile, aphasie tactile.

Ce sont évidemment des troubles sensitifs d'un ordre très spécial, puisqu'il n'y a pas atteinte directe des centres sensitifs, mais troubles bilatéraux par atteinte du seul cerveau gauche, analogues ainsi aux troubles aphasiques et apraxiques.

Peut-être pourrait-on leur donner le nom d'anesthésie par agnosie (anesthésognosie). Leur prédominance sur la notion

de position, les rapproche de troubles plus généraux de l'orientation spatiale et aussi des troubles de discrimination.

Leurs rapports, avec l'aphasie et l'hémiplégie du côté opposé, sont vraisemblablement dus au siège seul de la lésion. Il n'en est peut-être pas de même de leurs rapports avec l'atteinte directe des centres sensitifs du cerveau gauche, ni de leurs rapports avec l'apraxie idéo-motrice.

On peut notamment se demander s'ils ne jouent pas un rôle important dans la pathogénie de cette dernière.

Quant au siège même de la lésion, on peut, d'après l'ensemble symptomatique, la localiser au lobe pariétal, face externe et substance blanche sous-jacente.

Torticolis spasmodique avec lésion du système nerveux central. Exostoses ostéogéniques multiples. — MM. Babinski, Krebs et Plichet présentent un malade atteint d'un torticolis ayant tous les caractères cliniques du torticolis dit mental et de mouvements spasmodiques de l'épaule, du membre supérieur et du membre inférieur gauches; ces mouvements spasmodiques rappellent ceux qu'on observe dans l'athétose.

Cet homme a des exostoses ostéogéniques multiples et on s'était demandé s'il existait une relation entre les troubles précédents et ces exostoses. Un chirurgien a pratiqué autrefois l'ablation d'une exostose du bord spinal de l'omoplate gauche, à laquelle il avait attribué le spasme de l'épaule, mais sans résultat. En outre, des examens radiographiques de la colonne cervicale n'ont révélé aucune espèce d'altération ni de malformation des vertèbres du cou.

Quelle est la nature des troubles moteurs? Sont-ils de nature fonctionnelle? A l'appui de cette idée, on pourrait invoquer le fait que ces troubles se sont atténués à plusieurs reprises et actuellement, le torticolis a très notablement diminué. Mais c'est là un argument qui est loin d'être probant, car on sait que des troubles de ce genre, liés à une affection organique, sont susceptibles de présenter des alternatives en bien et en mal.

Point important : le malade présente des signes de perturbation de la voie pyramidale et il y a tout lieu de penser que les troubles spasmodiques sont dus à ce que la lésion n'occupe pas uniquement la voie pyramidale, mais intéresse aussi les noyaux gris centraux.

C'est là une nouvelle observation à ajouter à celles que M. Babinski a rapportées il y a, de cela, plus de vingt ans et à l'appui de l'opinion qu'il a soutenue le premier, opinion qui tend à prévaloir, à savoir que le torticolis dit mental est sous la dépendance d'une affection organique du système nerveux central.

Spasme de torsion. — MM. Lwoff, L. Cornil et R. Targowla présentent un malade, le premier cas français signalé, atteint de cette affection rare, décrite d'abord par Ziehen, et que de récents travaux ont permis de rattacher aux syndromes du corps strié.

Ce cas est caractérisé essentiellement par des mouvements anormaux : tremblement, mouvements choréo-athétosiques et spasme tonique entraînant la formation d'une scoliose à concavité gauche très accentuée durant la marche, mais presque totalement réductible dans le décubitus dorsal. Evoluant sans paralysie, sans troubles de la sensibilité, sans dysarthrie, sans dysphagie, sans troubles mentaux. Ces troubles ont débuté à l'âge de onze ans.

Il existe du côté droit un clonus du pied dont l'origine pyramidale est des plus discutables et un pseudosigne de Babinski de nature athétosique.

Il n'a pas été possible de mettre en évidence de signe d'insuffisance hépatique, à l'exception de l'épreuve de Roch qui est positive.

Ce qui distingue ce cas des ccs antérieurement décrits, c'est : 1° que le sujet n'est pas israélite; 2° qu'il ne s'agit pas d'une affection familiale; 3° que les phénomènes moteurs sont nettement consécutifs à une chorée de Sydenham de l'enfance.

Les auteurs discutent, en terminant, le diagnostic différentiel de ce cas et de autres syndromes du corps strié : athétose double, syndrome de C. Vogt, maladie de Wilson, pseudosclérose de Westphall.

Réflexe de défense apparu au cours d'un syndrome de compression médullaire dans un membre atteint antérieurement de paralysie infantile. — MM. C. Roussy et L. Cornil présentent une malade qui fut atteinte de monoplégie crurale gauche à type flasque consécutivement à une paralysie infantile.

Dix-huit ans après le début de cet accident, apparut un syndrome de compression médullaire. Le fait important sur lequel les auteurs attirent l'attention, est l'apparition dans le membre inférieur gauche, antérieurement atteint de paralysie infantile des réflexes d'automatisme médullaire extrêmement vifs contrastant avec la persistance des réflexes tendineux et l'absence du réflexe cutané plantaire. Dans le membre opposé, les réflexes d'automatisme existent, mais sont moins vifs et le cutané plantaire se fait nettement en extension. La limite supérieure des troubles de la sensibilité chez cette malade remonte jusqu'à D4 à gauche et D9 à droite, alors que la limite supérieure des réflexes de défense siège à D8 à gauche et D11 à droite. Il existe enfin une dissociation albuminocytologique légère mais nette.

Agitation palpébrale bilatérale. — MM. Sicard et Lermoyez présentent deux cas d'agitation palpébrale incessante, évoluant depuis plusieurs années à titre monosymptomatique. Ils montrent que ces kynésies palpébrales participent à la fois du tic et du spasme. C'est ainsi que chronologiquement, l'irritation ciliaire, cornéenne ou conjonctivale créeront le tic; puis la persistance irritative et la répétition du tic engendreront la réaction réflexe des centres, à la manière physiopathique de Babinski, conditionnant ainsi l'appoint spasmodique.

Diagnostic rétrospectif d'encéphalite léthargique dans un cas de paralysie agitante datant de douze ans. — M. Souques présente une malade atteinte de paralysie agitante typique et généralisée : tremblement, rigidité, perte de l'harmonie motrice, sensation permanente de chaleur, sialorrhée continuelle. Cette paralysie agitante est survenue, il y a douze ans, au cours d'une affection caractérisée par des troubles de la vue et une somnolence qui a duré plus d'un an.

Si ce syndrome parkinsonnien ne datait que de trois ou quatre ans, on n'hésiterait pas à l'attribuer à une encéphalite léthargique. Mais, comme il remonte à une époque où cette espèce d'encéphalite n'était pas connue, on peut avoir quelques hésitations, au sujet de son étiologie rétrospective. On peut admettre qu'il a été déterminé par un cas sporadique d'encéphalite, antérieurement à l'épidémie récente. Ce que nous savons des épidémies, en général, d'une part et d'autre part, des syndromes parkinsonniens consécutifs à l'encéphalite, autorise une telle hypothèse.

La paralysie agitante classique, antérieure à l'épidémie récente d'encéphalite dite léthargique, peut, dans quelques cas, relever de cas sporadiques, ce qui ne l'empêche pas de reconnaître d'autres causes, infectieuses ou non.

Un cas de paralysie agitante conjugale. — M. Souques présente deux malades, la femme et le mari, atteints de paralysie agitante : sous le type rigide chez la femme, sous le type tremblant chez le mari.

La femme a été prise la première, il y a près de trois ans, de troubles de la vue, de vertiges, d'insomnie prolongée, et six mois après, d'une rigidité vite généralisée. Aujourd'hui, elle offre un syndrome parkinsonnien typique : rigidité marquée, tremblement léger, sensation permanente de chaleur, sialorrhée incessante. Le mari a été pris le second, un an après, sans cause connue, d'un tremblement du membre supérieur gauche qui affecte tout à fait les caractères parkinsonniens.

Pour interpréter la présence de la même maladie chez ces deux conjoints, on peut invoquer soit une simple coïncidence, soit une encéphalite dite épidémique chez les deux. La femme semble bien avoir eu une encéphalite; il est possible qu'elle l'ait passée à son mari, sous la forme fruste, et que, chez les deux, l'encéphalite ait laissé, comme séquelle, un syndrome parkinsonnien. Sur 98 cas de séquelles nerveuses postencéphalitiques, l'auteur a observé 68 syndromes parkinsonniens. Cette fréquence permet d'admettre l'hypothèse précédente. Dans ces conditions, le rapport qui existerait entre la paralysie agitante de la femme et celle du mari serait

analogue à celles du tabes chez deux conjoints, l'encéphalite jouant ici le rôle de la syphilis.

Monoplégie dissociée avec incoordination motrice. — MM. MONIER-VINARD et LONGCHAMPT montrent un malade atteint d'une paralysie des mouvements des quatrième et cinquième doigts de la main droite dont tous les mouvements, flexion, extension, abduction et adduction sont affaiblis comme ampleur et comme force. La nature centrale de la paralysie est démontrée par l'augmentation des réflexes tendineux du membre malade, la phénomène de la pronation, la diminution du tonus des divers segments du membre. La sensibilité objective est entièrement normale sous tous ses modes : la notion de position, en particulier, est parfaitement indemne.

D'autre part, il a un trouble de la coordination des mouvements volontaires du membre supérieur droit et qui apparaît même dans les muscles qui ne montrent aucun phénomène de déficit moteur. Cette incoordination motrice rentre dans le cadre des cas ou Monakow a invoqué un trouble de la sensibilité profonde inconsciente. Peut-être pourrait-on la concevoir comme liée à l'influence des troubles du tonus musculaire de l'ensemble des muscles du membre.

Automatisme et hyperalgésie dans l'hémiplégie cérébrale. — MM. J. BABINSKI et J. JARKOWSKI ont vu, chez certains hémiplégiques présentant de l'hyperalgésie, l'excitation des téguments suivie d'une réaction motrice du membre supérieur du côté sain, bien différente d'ailleurs suivant qu'on excite le côté sain ou le côté malade. Dans le premier cas, la main se porte sur le point excité comme pour le protéger. Dans le deuxième, le membre supérieur se soulève et la main se porte à la tête et vient s'appliquer, soit à sa partie antérieure, soit à sa partie postérieure; ce mouvement s'effectue plus ou moins vite, sans avoir la simplicité des mouvements réflexes habituels; il s'agit d'un ensemble de mouvements assez complexe ayant toutes les apparences de l'acte que l'on accomplit en quelque sorte automatiquement quand on a l'esprit obsédé par une pensée qui cause de l'anxiété ou par une question dont on a de la peine à trouver la solution.

Il serait peut-être permis de donner à cette réaction motrice la dénomination d'automatoergie qui, comme le mot automatocinésie, implique la notion de mouvement automatique, mais exprime, en outre, l'idée que l'on a affaire, non à un mouvement simple, mais à un ensemble de mouvements réalisant un acte complexe (ἔργοσ). Cette automatoergie ou automatergie est déterminée par l'excitation de la peau dans l'hyperalgésie déterminant une sensation nouvelle encore non éprouvée et occasionnant ainsi une surprise ou une anxiété s'accompagnant naturellement de l'acte automatique en question.

Le phénomène semble rare dans l'hémiplégie ancienne, dans l'hémiplégie récente il est plus commun.

LIVRES NOUVEAUX

L'Encéphalite léthargique (1), par le prof. ACHARD, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Beaujon, membre de l'Académie de médecine.

Lorsqu'on lit les si nombreuses communications qui ont été faites sur l'encéphalite léthargique depuis quelques années, on éprouve, au premier abord, un peu de confusion en constatant combien sont multiples et variables les formes qu'elle peut revêtir. Aussi est-ce avec une profonde satisfaction qu'on aborde la lecture d'un livre qui traite un pareil sujet, surtout lorsqu'il est écrit par le professeur Achard, tout désigné pour la rédaction d'un pareil ouvrage, en raison de sa grande expérience et des travaux si intéressants qu'il n'a cessé de publier sur cette question de si grande importance et toujours d'actualité.

L'auteur a envisagé celle-ci sous ses nombreux aspects; les principaux chapitres de ce volume sont les suivants : 1. Historique. — II. Etude des symptômes. — III. Aspects cliniques et marche de la maladie. — IV. Les lésions de la maladie et l'interprétation des symptômes. — V. Le virus et sa propagation. — VI. Les rapports de l'encéphalite léthargique avec d'autres états morbides. — VII. Diagnostic. — VIII. Pronostic. — IX. Traitement. — X. Index bibliographique.

(1) Un vol. in-8 de 324 p. avec 15 fig. — Prix : 16 fr. — Paris, 1922, J.-B. Baillière et fils.

On ne saurait faire une analyse d'un tel ouvrage, si condensé, à la fois, et si complet, instructif aussi bien par les signes particuliers qu'on est à même de rencontrer dans cette affection, que par les déductions générales qui permettent de mieux comprendre l'allure et les caractères essentiels de l'encéphalite. Parmi les points qui paraissent dominer la question, la polymorphismie, l'allure superficielle des lésions, leur prédominance dans le mésocéphale sont, certes, au premier plan et méritent une lecture attentive. Un chapitre en particulier retient l'attention, c'est celui du diagnostic et des rapports de l'encéphalite léthargique avec d'autres états morbides, qui présentent, avec elle, certaines analogies d'ordre pathogénique, anatomo-pathologique ou clinique. Certains auteurs ont pensé que cette prétendue maladie n'était qu'un syndrome mésocéphalique produit par des lésions de topographie analogue, mais engendrée par des maladies de nature différente. Ce syndrome pourrait être réalisé, entre autres, par la maladie du sommeil, par la syphilis, par la tuberculose, par la grippe. Aujourd'hui, que nous connaissons mieux les symptômes habituels de l'encéphalite léthargique, que nous savons mieux rechercher les symptômes légers, que nous sommes familiarisés avec leur caractère fragmentaire et mobile, que nous possédons des données un peu précises sur son virus, on ne peut plus guère soutenir la thèse de la pluralité des causes. Ni la trypanosomiase africaine, ni la syphilis nerveuse, ni la tuberculose ne nous ont offert, avant l'épidémie actuelle, de tels aspects cliniques, surtout en aussi grand nombre. Jamais, non plus, elles ne se sont manifestées par une fréquence pareille de lésions vasculaires des centres nerveux.

On lira, avec fruit, non seulement la discussion qui traite les rapports entre l'encéphalite et la grippe, la maladie de Heine-Médin etc., mais encore la part qu'il faut lui attribuer dans certains syndromes encéphaliques, tels que le syndrome choréique ou le syndrome parkinsonnien.

Dans toutes ces pages, d'un si puissant intérêt, on retrouvera l'esprit critique si vif et si précis de l'auteur, qui donne à cet ouvrage une haute portée scientifique.

L. BABONNEIX.

L'Argus, mettant à profit son expérience et sa situation exceptionnelle, vient de publier une nouvelle édition de *Nomenclature des journaux en langue française paraissant dans le monde entier.*

Ce volume précis sera l'auxiliaire de tous ceux qui, chaque jour, ont besoin des lumières de la Presse française.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 28 mars. — Jury : MM. J.-L. Faure, président; Carnot, Lecène et Rathery. — M. HORN (Avram). Contribution à l'étude de l'épithélioma vulvaire. — M. DE GAUDART D'ALLAINES (Louis). L'hystérectomie fundique. — M. SARAZIN (Lucien). Considérations sur les sacralisations douloureuses. — M. MEABÉ (Osvaldo). Le diagnostic précoce du cancer du sein.

Mercredi 29 mars. — Jury : MM. Roger, président; Sebileau, Bernard et Garnier. — M. BERTRAND. De l'œdème, symptôme de l'insuffisance hépatique. — M. BROCHERION (Maurice). Diagnostic radiologique des cavernes pulmonaires. — M. GUILLET (P.). De l'évacuation spontanée de certains abcès.

Jeudi 30 mars. — Jury : MM. Ménétrier, président; Achard, Bezançon et Jeannin. — M. JEANJEAN (Albert). Considération de la syphilis acquise de l'enfant. — M. BITTERLIN (Charles). Syndrome cirrhotique (alcoolosyphilitique). — M. COULAUD (Ernest). Corps thyroïde et tuberculose.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC
DE LA
MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE [1]

LES SIGNES GÉNÉRAUX. — 1. La *fièvre* est constante, brutale, s'élevant d'emblée à 40 et 41 degrés. Elle s'y maintient quelques jours, subissant de nombreuses variations. On ne constate pas de courbe caractéristique. D'ailleurs, d'après Netter, il ne faut pas se baser uniquement sur la courbe de la température pour apprécier le degré de gravité ni le pronostic de la maladie. En dehors de tout traitement, on note souvent des variations de plusieurs degrés en moins d'une heure. Certaines formes mortelles n'ont qu'une élévation de température minime.

2. Le *pouls* est irrégulier, accéléré ou ralenti. Il change d'un moment à l'autre. Il passe facilement de 60 à 120. Cette instabilité du pouls est très importante.

3. La *respiration* est irrégulière, souvent accélérée proportionnellement au pouls. Ces modifications du pouls et de la respiration sont moins marquées ici que dans la méningite tuberculeuse.

4. Les *urines* présentent des modifications :

La polyurie est fréquente : 2 à 3 litres par jour, avec azoturie, chlorurie, phosphaturie. On a signalé de l'indicanurie dont l'abondance serait un signe fâcheux. On trouve aussi irrégulièrement du sucre, de l'albuminurie et la diazo-réaction positive. Il y a là, en somme, un type urinaire exagéré, contraire à ce que l'on constate au cours de toutes les grandes pyrexies.

L'examen du *sang* montre une leucocytose à polynucléaires.

ÉVOLUTION. — Les divers symptômes, que nous venons de décrire et qui constituent la période d'état de la maladie, sont sujets à alternatives d'*accentuation* et de *rémission*. Les *périodes de sédation passagère* peuvent faire croire à la guérison; seule l'étude du liquide céphalo-rachidien permet de poser le diagnostic et le pronostic.

Cette évolution *irrégulière*, comme *saccadée*, peut durer huit à dix jours.

Deux éventualités peuvent se produire : ou bien la mort survient dans les cas graves, ou bien la guérison se produit dans les cas bénins.

a. FORMES GRAVES. — L'état s'aggrave progressivement; tantôt les contractures s'accentuent, tantôt elles diminuent et cessent même. Alors se produit un état de faiblesse avec mollesse générale : état parétique des muscles du tronc, de la nuque, des membres; le malade est plongé dans un état d'adynamie extrême et bien souvent il est incapable de s'alimenter.

Un amaigrissement rapide s'installe à ce moment. Il est par conséquent tardif et non précoce comme au cours de la méningite tuberculeuse. D'ailleurs la maigreur, la sécheresse de la langue, l'air hébété, la température élevée donnent au malade l'aspect d'un typhique. De temps en temps survient une crise convulsive, puis un état subcomateux. La phase terminale se prolonge dans cet état : la respiration présente le rythme de Cheyne-Stockes; le pouls est irrégulier, comme la fièvre; la peau présente des rougeurs subites, des sueurs abondantes; des paralysies partielles ou bien atteignant la moitié du corps apparaissent; les sphincters se paralysent et cet ensemble symptomatique donne à cette longue agonie l'allure de la période ultime d'une méningite tuberculeuse.

La *mort* survient alors : 1° soit dans l'adynamie; 2° soit par phénomènes infectieux graves; 3° soit avec des convulsions (forme ataxique); soit, parfois, par cachexie dans les formes traînantes.

b. FORMES CURABLES. — Au bout d'un temps d'une durée variable, dans les formes curables, et surtout après l'emploi précoce et suffisant de la sérothérapie, tous les symptômes s'atténuent peu à peu : douleurs, fièvre, agitation cessent progressivement. La raideur rachidienne, le signe de Kernig sont les derniers à disparaître. La convalescence est longue, les rechutes sont toujours possibles. Pendant cette période de convalescence l'amaigrissement est extrême, le pouls rapide et instable, les contractures persistent.

Rechutes. — Les rechutes peuvent se produire après une longue période d'apyrexie et aussi après la disparition complète de tous les symptômes de la maladie. La rechute peut survenir dix, vingt et même trente jours après la guérison apparente.

Le début de la rechute est brusque ou insidieux suivant les cas; souvent elle se produit sans cause apparente. Tantôt très légère, elle peut aussi être très grave, pouvant alors mener à la mort. Il est difficile de considérer comme rémission de longue durée les cas exceptionnels où la méningite cérébro-spinale a frappé un même sujet à des intervalles de deux ou trois ans. Il faut alors parler de *récidives* (Netter).

Complications. — 1° *Affections coexistantes*. — Il faut citer les associations avec la grippe, la pneumonie, l'ictère catarrhal, la broncho-pneumonie. On a signalé des associations de méningite tuberculeuse et de méningite cérébro-spinale; de même des associations avec la poliomyélite aiguë, la fièvre typhoïde.

2° *Les complications d'ordre pyohémique*. — Les complications viscérales et séreuses sont dues aux localisations électives du méningocoque charrié par le torrent circulatoire (on peut parler avec Netter d'une véritable *méningococcémie*). Mais dans l'ensemble, cependant, ces localisations sont rares, en dehors des arthropathies.

Nous citerons comme localisations secondaires :

— les *arthrites*, surtout au niveau des genoux, et qui peuvent être bénignes (séreuses) ou graves (purulentes);
— les otites moyennes suppurées;
— les ophtalmies à méningocoques;
— les endocardites;
— les pleurésies purulentes;
— les complications pulmonaires, pleurales, broncho-pulmonaires. D'ailleurs, la plupart de ces complications, ou bien sont causes de mort, ou bien sont le point de départ de séquelles.

3° *Les séquelles*. — Les troubles oculaires et les troubles auditifs sont très fréquents :

a. *Les troubles oculaires*. — Avec Netter, on peut les diviser ainsi :

— *Lésions inflammatoires* et suppuratives des membranes de l'œil et de l'orbite : conjonctivite, lésions cornéennes, irido-choroïdite, cellulite orbitaire, phlegmon de l'orbite.

— *Troubles nerveux* : au niveau de la musculature intrinsèque, on peut voir, au niveau de la pupille, le myosis coïncider avec les convulsions et la mydriase au cours de la convalescence. La pupille peut être immobile et être paresseuse à la lumière.

Au niveau de la musculature extrinsèque, il faut citer les paralysies du moteur oculaire commun ou externe, surtout pendant la période d'état. La guérison est la règle dans la convalescence.

Enfin, la cécité est la conséquence de la névrite optique. Elle se produit, soit dès le début même, soit tardivement : hyperhémie de la papille, papillite, neuro-rétinite.

b. *Les troubles auditifs*. — La surdité est due soit à une lésion curable de l'oreille moyenne, soit à une lésion définitive du labyrinthe, du nerf auditif. Les deux variétés de lésions peuvent être précisées et distinguées par diverses épreuves : nystagmus provoqué, épreuves de Rinne, de Weber, etc.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 23, p. 367.

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX, médecins des hôpitaux. *Tome XXVI* : **L'ophtalmologie et l'otologie dans la pratique médicale**, par SIEUR, POULARD, BAILLIARD, BOURGEOIS. In-8, 1922, 134 figures. Prix : 25 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



N° 26. — SAMEDI 1er AVRIL 1922. 95e ANNÉE. SAMEDI 1er AVRIL 1922. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Nomination.* — Jury provisoire :

MM. Félix Ramond, Boidin, Darier, J. Renault, Paisseau, Foix, Siredey, Menetrier, Jousset, Carnot, Lejars.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite.* — Questions données : « Creux poplité. — Prolapsus utéro-vaginal. »

Lecture des copies. — Séance du 29 mars. — MM. Leveuf, 25; Rouhier, 28; Gouverneur, 24; Brocq, 27.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 29 mars. — MM. Monbrun, 16; Velter, 19; Bollack, 18.

HOPITAUX DE PROVINCE. — GRENOBLE. — Après concours, le Dr Sigaud, ancien interne des hôpitaux de Lyon, a été nommé chirurgien des hôpitaux.

Le Dr Juvin, ancien interne des hôpitaux de Lyon, a été nommé dermatologiste des hôpitaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS POUR L'ADJUVAT. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le mardi 16 mai 1922, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours.

S'inscrire avant le 6 mai.

— CONCOURS POUR LE PROSECTORAT. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 22 mai 1922, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

S'inscrire avant le 13 mai.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — Le concours du prosectorat s'est terminé par la nomination de M. Wertheimer.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — Ce congrès aura lieu à Rome, le 20 septembre 1922, sous la présidence de M. le prof. Ed. Perroncito, qui a organisé ce congrès, a recueilli des concours qui assureront à cette manifestation scientifique un succès au moins égal à celui du Ier congrès qui s'est tenu à Paris en octobre 1912, sous la présidence de M. le prof. Henri Roger.

Des communications en nombre considérable sont déjà annoncées.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉDUCATION PHYSIQUE ET DE SPORTS. — La Société médicale d'éducation physique et de sports vient de consacrer sa séance mensuelle, à l'importante question de la *fiche physiologique*. La partie médicale de cette fiche a été discutée et l'accord s'est fait sur un texte, à la fois, concret et précis.

A la suite de cette intéressante discussion, le Dr Diffre, membre correspondant de la Société, à Roubaix, a proposé le vœu suivant : « La Société médicale d'éducation physique et de sports émet le vœu de voir adopter par les Fédérations et les Clubs, un modèle de fiche physiologique et le principe d'une surveillance médicale effective avant, pendant et après le sport. » Ce vœu a été adopté à l'unanimité de tous les médecins présents.

Tous les médecins que cette question est susceptible d'intéresser peuvent s'adresser, pour tous renseignements, à M. le Dr André Richard, secrétaire de la Société, 53, avenue Trudaine, Paris 9e.

VOYAGE MÉDICAL AU MAROC. — La Compagnie générale Transatlantique vient de charger le journal la *Presse thermale et climatique* de l'organisation de voyages médicaux au Maroc.

Ces voyages se feront en territoire africain au moyen des auto-cars très confortables de la Compagnie générale Transatlantique. Le logement sera assuré dans les hôtels créés par cette Compagnie aux différentes étapes des circuits automobiles.

En dehors de l'attrait touristique incomparable de ce voyage, la visite des plus importantes formations sanitaires du Maroc permettra de voir, non seulement sa si spéciale

pathologie, mais encore d'étudier — à la consultation — ses curieuses populations, sous un jour inaccessible au touriste habituel. Les médecins, grâce à leur titre, pourront même pénétrer dans bien des milieux arabes.

Le premier de ces voyages durera trois semaines. Il est ainsi établi. Départ de Bordeaux le 9 mai. Débarquement à Casablanca. Traversée en auto-cars du Maroc et de l'Algérie jusqu'à Alger où s'effectuera le réembarquement. Retour par Marseille où l'on arrivera vers le 2 ou le 3 juin.

Prix du voyage Bordeaux-Casablanca-Alger-Marseille comprenant traversée, circuits africains, frais d'hôtels, pourboires, guides : 4.100 fr.

S'inscrire d'urgence pour ce voyage dont les places sont limitées en s'adressant aux bureaux de la *Presse thermale et climatique*, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e), (téléphone Fleurus 14-61).

COURS DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE CHEZ L'ADULTE. — M. Mauclaire, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes, le jeudi 6 avril 1922, à 17 heures, grand amphithéâtre de l'Ecole pratique et il le continuera les samedis et jeudis suivants à la même heure.

Programme du cours. — Vingt leçons théoriques faites à la Faculté, sur les opérations orthopédiques, les appareillages, les prothèses, les rééducations fonctionnelles et professionnelles pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

Leçons cliniques faites à l'hôpital de la Pitié, les 2e et 4e mardis du mois, à 9 h. 3/4. Le sujet de ces leçons sera annoncé d'avance. Opérations orthopédiques les samedis.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE

A PROPOS DES CONSULTATIONS DE FEMMES ENCEINTES DÉNOMMÉES. CONSULTATIONS PRÉNATALES. — Saisi de la question des dispensaires de prénatalité, le S. M. S. a nommé, pour l'étudier, une commission composée de MM. Cathala, Fanton d'Andon, Estrada, Jayle, et Devraigne, secrétaire. Cette commission a limité l'étude du problème à Paris et à la banlieue parisienne.

Elle a rédigé un rapport qui a fait l'objet d'une longue discussion au Conseil. Du rapport, nous détachons la statistique inédite suivante qui montre clairement que les consultations de femmes enceintes existent et sont suivies par la population puisque, pour la seule année de 1921, il en a été déjà donné 121.131 dont voici le décompte :

Hôtel-Dieu	1.676
Pitié	13.112
Charité	2.671
Saint-Antoine	4.500
Beaujon	9.500
Lariboisière	12.231
Tenon	2.931
Boucicaut	6.401
Saint-Louis	3.850
Maternité	31.950
Baudelocque	20.740
Tarnier	11.569
Total	121.131

Les conclusions suivantes ont été votées par le Conseil à l'unanimité :

1° De toute antiquité les consultations de prénatalité ont existé sous le nom de « visitation des femmes enceintes ».

2° A Paris, les dispensaires de prénatalité existent depuis de longues années sous le nom plus simple de consultations de femmes enceintes. Ce dernier terme est préférable au nouveau, parce que les femmes de toutes les classes sociales le comprennent et que son usage est déjà fort répandu.

3° Les locaux de ces consultations sont partout trop petits, et il convient de mieux les aménager et de mettre à leur tête un accoucheur.

Les examens isolés ou particuliers sont à rejeter péremptoirement en raison des nécessités de l'enseignement et de l'éducation professionnelle.

Un laboratoire et une salle de radioscopie et de radiographie doivent toujours y être annexés.

5° Les observations doivent y être prises méthodiquement suivant un mode précis à déterminer et y être conservées dans un classement bien ordonné, elles pourraient être consultées par les médecins traitants des femmes qui les ont motivées, d'accord avec le chef de service.

6° Des consultations pour femmes enceintes doivent être ouvertes dans tous les hôpitaux, exception faite pour ceux qui sont très voisins d'une maternité.

Des salles de traitement ou dortoirs pour femmes enceintes malades sont à développer dans toutes les maternités de préférence aux asiles où le repos pour femmes enceintes malades n'est pas suffisamment assuré.

7° Les consultations de femmes enceintes de dispensaires et hôpitaux doivent être réservées aux indigentes et aux nécessiteuses.

Tout médecin praticien peut envoyer une femme enceinte de ressources insuffisantes dans une consultation, et sur sa demande doit recevoir directement, dans le plus bref délai, copie de l'observation et des médications du traitement.

8° Les infirmières visiteuses ne constitueraient qu'un nouveau type de fonctionnaires que la collectivité aurait à entretenir. La France ayant besoin d'enfants, il est préférable de recommander aux candidates à ce poste les fonctions de mères de famille. Non seulement ces fonctionnaires sont inutiles, mais elles pourraient encore être nuisibles pour tout le monde : futures mères de famille et médecins.

9° L'éducation principale de l'hygiène et de la puériculture doit être faite dans les écoles de fillettes et de jeunes filles par des médecins. L'éducation accessoire sera obtenue par des tracés, des conférences, des projections cinématographiques.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — M. le docteur Coldefy, 5 *bis*, rue d'Odessa (XIVe), a été nommé directeur de l'Office de l'exercice illégal de la médecine du S. M. S. Les syndiqués sont priés de s'adresser à lui désormais.

RANVIER

Nous apprenons la mort, à quatre-vingt-sept ans, du professeur Ranvier. Il était, depuis de longues années, retiré à Vendranges (Loire) et c'est pourquoi il a été un peu oublié par les dernières générations médicales. Cependant, le *Manuel d'histologie pathologique*, qu'il a écrit en collaboration avec Cornil, son *Traité pratique d'histologie* et ses *Leçons d'anatomie générale* demeurent des livres classiques. Elève de Robin, Ranvier a été un de nos premiers initiateurs à l'étude de l'histologie. Il faisait autorité dans cette matière et son laboratoire au Collège de France, où il était professeur depuis 1878, était très recherché des travailleurs.

Membre de l'Académie de médecine depuis 1886, il avait été élu membre de l'Académie des sciences en 1887, en remplacement de Charles Robin.

C'était un savant modeste, très aimé de ses élèves. Son souvenir sera précieusement conservé.

RENSEIGNEMENTS

583. — **DOCTORESSE EN MÉDECINE** demande poste médecin rétribué ou interne dans une maison de santé ou clinique.
Ecrire : M. V..., aux bureaux du journal.



REVUE GÉNÉRALE

SYNDROMES HYPOPHYSAIRES

Par M.-F. CARRIEU.
Chargé des Conférences de pathologie interne à la Faculté de Montpellier.

L'étude de l'hypophyse, encore appelée corps pituitaire, en tant que glande à sécrétion interne, est de date relativement récente. Si, en 1886, Pierre Marie (1) publie, dans la *Revue de médecine*, les deux premiers cas d'acromégalie, ce n'est que quatre ans plus tard, dans sa communication au Congrès de Berlin (1890) qu'il en étudie l'anatomie pathologique; la même année, dans la thèse de son élève, Souza Leite (2), il en donne une étude d'ensemble. Depuis, les recherches se sont succédées au point que, dès 1914, St. Chauvet (3) a pu rassembler, dans sa thèse sur l'infantilisme hypophysaire, 107 pages de bibliographie, en laissant volontairement de côté, tous les ouvrages qu'il n'a pu consulter. Et de nouvelles recherches, aussi bien physiologiques que pathologiques, n'ont cessé d'être faites depuis cette époque.

Anatomie. — Quel est donc cet organe que, seuls, les anatomistes connaissaient il y a trente ans? L'*hypophyse* (4) a une forme ovoïde, elle est grosse comme un pois et elle pèse, à l'état normal, 0g60. Elle est composée de deux parties ou lobes : le *lobe antérieur* est jaune rougeâtre, réniforme; le *lobe postérieur* est plus petit, grisâtre et emboité dans le précédent comme dans un croissant; il se prolonge en haut par une tige de 4 à 6 millimètres de long, présentant, dans son intérieur, une cavité qui s'ouvre dans le 3e ventricule cérébral. Entre les deux lobes se trouve une troisième portion de l'hypophyse appelée *zone interlobaire* ou *pars intermedia*, qui adhère toujours fortement au lobe postérieur, au point d'être entraînée avec lui si l'on partage l'organe.

La glande pituitaire, en relation avec le cerveau, comme nous venons de le voir, se trouve située à l'étage moyen de la base du crâne; elle repose là sur une petite surface osseuse quadrilatère et légèrement concave en haut que l'on nomme *selle turcique*. Elle est ainsi en rapport en bas avec cette portion de la base du crâne, sur les côtés avec les sinus caverneux et est recouverte en haut par la dure-mère qui, sous le nom de *tente de l'hypophyse*, la cache presque complètement, laissant seulement un orifice par où passe la tige du lobe postérieur. Au-dessus de cette tente — et c'est là le rapport de beaucoup le plus intéressant — se trouve le *chiasma*, c'est-à-dire l'entrecroisement des fibres optiques. Nous verrons, plus tard, la part importante que prennent les troubles de la vue dans le diagnostic des tumeurs de l'hypophyse. Cette situation très profonde de la glande la rend extrêmement difficile à déceler. La radiographie seule permet d'en apprécier le volume par le développement plus ou moins grand de la selle turcique; et encore faut-il que les rayons passent perpendiculairement à l'axe antéropostérieur de celle-ci, pour en obtenir un contour net, indiqué sur la plaque par un trait unique. Aussi peut-on conseiller d'étudier l'anatomie clinique de cette glande plutôt dans un atlas de radiographie que dans un traité d'anatomie (5).

Embryologie. — Le corps pituitaire se *développe* aux dépens : 1° d'un bourgeon ectodermique du pharynx primitif qui donnera le lobe antérieur; 2° d'un diverticule du 3e ventricule qui constituera le lobe postérieur; la zone interlobaire, primitivement constituée par une fente, n'est autre chose que la cavité originelle du bourgeon et la tige pituitaire est le vestige du diverticule.

Histologie. — Vu au *microscope*, le lobe postérieur est formé de tissu conjonctif et névroglique et de quelques fibres nerveuses sans cellules; les vaisseaux y sont peu nombreux.

Le lobe antérieur est beaucoup plus complexe : il présente une structure glandulaire. On y trouve un stroma conjonctif constitué par une capsule qui envoie à l'intérieur des piliers et des cloisons formant des loges dans lesquelles prennent place des cordons cellulaires d'aspect épithélial. Parmi les cellules, les unes ont un protoplasma clair, non colorable, sans granulations et à gros noyaux : ce sont les cellules *chromophobes*; les autres ont un protoplasma à granulations qui prennent, soit les couleurs acides, soit les couleurs basiques : ce sont les cellules *chromophiles*. On voit, en outre de ces cellules et de ce tissu conjonctif, des graisses et de la substance colloïde que l'on peut encore rencontrer dans les très nombreux capillaires qui sillonnent ce lobe antérieur.

La zone interlobaire, moins vascularisée, est une fente tapissée par une couche de cellules cubiques dont quelques-unes sont ciliées; cette fente contient des cellules à fines granulations neutrophiles, ainsi que des vésicules qui rappellent celles du corps thyroïde et sont remplies d'une substance colloïde éosinophile.

Physiologie. — La *physiologie* de l'hypophyse est encore assez obscure et, cependant, les travaux entrepris, en Amérique, par Harvey Cusching (6), depuis 1906, ont montré que l'ablation complète de la glande, chez le chien, amène une somnolence progressive, puis la respiration se ralentit, le pouls devient faible, la température descend au-dessous de la normale, enfin l'animal entre dans le coma et meurt quarante-huit heures après l'opération : c'est la *cachexie hypophyséoprive* ou *apituitarisme*. Par contre, on peut, en pratiquant, immédiatement après l'opération, une greffe de la glande d'un autre chien, atténuer considérablement les symptômes et prolonger la vie de l'opéré.

Quant à l'ablation partielle du corps pituitaire, chez les jeunes, elle est suivie, d'après Cusching, de certaines modifications du plus haut intérêt : l'animal reste de petite taille, l'ossification est lente et surtout il y a un retard considérable du développement de ses organes sexuels qui restent tout à fait infantiles; le sujet présente, en outre, une surcharge graisseuse intense et il peut supporter l'ingestion d'une grande quantité de sucre sans passage du glucose dans ses urines. Dans ce cas, la greffe reste absolument sans résultat, car l'organe dégénère très vite.

Tels sont les résultats remarquables obtenus par H. Cusching, grâce à l'ablation de l'organe chez les animaux, c'est-à-dire par un procédé d'une grande précision scientifique. Ces recherches avaient été précédées par celles de Biedl (7) et elles ont été confirmées par celles d'Ascoli et Legnani (8). On a, depuis, employé d'autres méthodes (ingestion d'or-

ganes, injection d'extraits), on s'est inspiré de considérations pathologiques (observations cliniques avec autopsies, traitement opothérapique, etc.) pour montrer que chaque lobe avait probablement une fonction spéciale et voici ce que considèrent comme probable, à l'heure actuelle, le plus grand nombre des physiologistes :

1° A la sécrétion du lobe antérieur sont dus l'accroissement du squelette, la croissance du corps et le développement des glandes génitales : les jeunes rats nourris avec des extraits de lobe antérieur deviennent plus grands que les témoins, ils présentent une hypertrophie rapide de leurs glandes sexuelles [Gœtsch (9)] et les poules, dans les mêmes conditions, pondent davantage [L. N. Clark (10)]. Le lobe antérieur paraît donc élaborer une substance* chargée de stimuler la croissance et plus particulièrement l'ostéogénèse.

2° Le lobe postérieur : L'injection d'extrait élève la pression sanguine [Oliver et Schafer (11)] par renforcement des systoles et diminution du nombre des contractions cardiaques; il augmente la sécrétion lactée et les contractions utérines. On admettait autrefois (Magnus et Schafer [12]) que l'injection d'extrait hypophysaire produisait, chez le sujet normal, après une diminution temporaire de la quantité des urines, une polyurie durable. Il semble, en réalité, que le résultat doive être considéré comme tout différent : les travaux de Motzfeld (13) ont montré que ces injections produisent, chez le sujet sain aussi bien que chez le polyurique, une oligurie très nette [R. Romme (14)]. Le même procédé favorise, en outre, la production de la glycosurie alimentaire en abaissant la limite d'assimilation du sucre [Borchardt (15)].

Etude clinique. — Lorsqu'on essaye de grouper les *syndromes hypophysaires*, on rencontre de grandes difficultés. W. Englebach (16) propose la classification suivante :

Troubles purs (1 seul lobe)	Lobe antérieur	Etats d'hypoactivité	Troubles antérieurs à l'adolescence = Infantilisme. Troubles postérieurs à l'adolescence = Troubles utéro-ovariens.
		Etats d'hyperactivité	Troubles antérieurs à l'adolescence = Gigantisme. Troubles postérieurs à l'adolescence = Acromégalie.
	Lobe postérieur	Etats d'hypoactivité	Polyurie. Obésité. Métabolisme de fond diminué. Tolérance hydrocarbonée augmentée.
		Etats d'hyperactivité	Glycosurie. Tolérance hydrocarbonée diminuée. Métabolisme de fond augmenté.
Troubles mixtes (2 lobes)	Hypoactivité des 2 lobes		= Dystrophie adiposo-génitale avec ou sans polyurie.
	Hyperactivité des 2 lobes		Gigantisme ou acromégalie avec métabolisme augmenté, tolérance hydrocarbonée diminuée, sans obésité.
	Hétéro-activité		= Combinaisons variées.

Ce tableau schématique permet de voir rapidement tous les cas qui peuvent se présenter. Mais il nous paraît plus didactique de passer en revue, dans une première partie, les états dépendant de l'hypoactivité d'abord du lobe antérieur, puis du lobe postérieur, enfin des deux lobes, et d'étudier ensuite, dans une seconde partie, les états dépendant de l'hyperactivité du lobe antérieur, puis du lobe postérieur, enfin des deux lobes, en terminant par les troubles mixtes (dyspituitarisme). La question ne sera complète que lorsque nous saurons comment on peut reconnaître les tumeurs de la glande pituitaire et comment on traite ces divers syndromes hypophysaires.

Troubles par hypofonctionnement. — **Infantilisme.** — « L'infantilisme est un syndrome caractérisé par un arrêt de développement de tout l'organisme, datant de l'enfance, c'est-à-dire par la persistance, chez un sujet ayant atteint ou dépassé l'âge de la puberté, des caractères morphologiques propres à l'enfance : petite taille, formes et proportions enfantines de la tête, du tronc et des membres, faiblesse du système musculaire, persistance des cartilages épiphysaires, absence de certains points secondaires d'ossification, arrêt de développement des caractères sexuels primaires (organes génitaux), absence des caractères sexuels secondaires. Cet infantilisme somatique peut s'accompagner d'infantilisme ou de puérilisme psychique » [Stephen Chauvet (3)].

La taille du sujet est exiguë (1m27, 1m12, 1m06), son poids peu considérable (29kg500, 28 kilogr.). Le crâne est symétrique et régulièrement conformé. La face n'est point infiltrée. Le cou est court et souvent enfoncé dans les épaules; le larynx est étroit.

Le corps est petit, mais bien proportionné et sans stigmate de rachitisme et pourrait, jusqu'à un certain point, être pris comme canon. Le tronc est cylindroïde. La paroi abdominale est un peu replète, comme celle des enfants. Les membres sont grêles, ils ont un aspect fuselé par suite de l'absence du relief des muscles; les mains sont potelées et roses. La radiographie montre la persistance des cartilages épiphysaires (mains, pieds, bras, jambes, etc.). Les organes génitaux sont restés ce qu'ils étaient à l'âge où l'enfant a été arrêté dans son développement. Les testicules sont gros comme des pois, des haricots ou comme des fèves; la verge est petite : on a publié un cas où elle ne mesurait que 15 millimètres de longueur; et l'on est frappé de la taille du prépuce. Il n'y a, ordinairement, ni désirs, ni érections. Dans le sexe féminin, les petites lèvres sont à peine dessinées par la présence du petit chapeau du clitoris [Ettore Lévi (17)]; l'utérus est très petit; les ovaires et les trompes impalpables. Les caractères sexuels secondaires font défaut ou sont très peu marqués : les poils des aisselles et du pubis sont rares ou sont tout à fait absents; la pigmentation des bourses ou des aéroles des seins manque; la face est glabre. La voix et fluette. Chez les femmes, on note l'absence complète de développement des seins, le cou est « virginal », la glande thyroïde

* L' « hormone » (Starling) est un produit endocrinien qui entraîne une augmentation de l'activité, tandis que la « chalone » (Schafer) est une substance de même origine qui inhibe ou diminue l'activité. Enfin l' « harmozone » (Gley) exerce une influence sur le développement et la nutrition de certains organes spéciaux ou sur l'ensemble de l'organisme : c'est un produit « morphogénétique » (Gley).

n'étant pas perceptible ; on ne voit pas la saillie des hanches ; la taille est à peine dessinée. La motilité, la sensibilité, les réflexes cutanés et tendineux sont tout à fait normaux. On rencontre fréquemment des troubles sensoriels, surtout des troubles oculaires (phénomènes de compression du chiasma). Quant aux fonctions intellectuelles, elles peuvent être normales [cas de Souques et Chauvet (18)], mais le sujet peut être « enfant par le corps et par l'esprit » [Meige (19)], il est alors naïf, versatile, irrascible, tendre à l'excès, et passe facilement des rires aux pleurs [Vigouroux et Delmas (20)].

L'évolution peut se faire de deux façons, mais toujours vers une mort plus ou moins prochaine : tantôt la tuberculose pulmonaire enlève le malade, tantôt c'est la tumeur de l'hypophyse, cause de l'infantilisme, qui continue à progresser et peut amener, de la sorte, une cachexie rapide.

D'ailleurs, le plus souvent, cet infantilisme n'est pas observé ainsi à l'état de pureté, mais il s'associe à des désordres divers, tous d'origine hypophysaire, et que nous passerons en revue séparément dans le cours de cette étude.

Avec quels états pourrait-on confondre ce type infantile dû à l'hypofonctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse ? On peut, avec Chauvet, éliminer tout d'abord les cas de nanisme, caractérisés par une diminution de la taille, par rapport à la taille moyenne des individus du même âge et de la même race, avec conservation des caractères somatiques et des fonctions (sexuelles entre autres) correspondant à leur âge réel. Dans ce groupe entrent les nains pottiques avec déformations vertébrales, les nains achondroplasiques à grosse tête, à torse long, à membres courts, et les nains proprement dits (à qui Ettore Lévi propose d'appliquer la définition imagée de Meige « des adultes vus par le gros bout de la lorgnette »).

L'infantilisme type Brissaud sera facilement différencié : il s'agit de sujets à facies lunaire, aux yeux bouffis, aux lèvres épaisses : une insuffisance thyroïdienne est ici en cause.

L'infantilisme type Lorrain (ou chétivisme de Bauer) montre des adultes à organes petits, mais bien conformés, sans disproportion entre la tête et le corps ; sans poils au visage, au pubis et aux aisselles : « Cinq pouces de plus et des poils où il en faut, et cet avorton pourrait être soldat. » (Meige).

Enfin l'infantilisme réversif* de Gandy (21) est caractérisé par l'apparition du syndrome après la puberté, et son atteinte particulière des attributs sexuels primitifs ou secondaires : il se distinguera donc aisément, par le seul fait de son apparition tardive, de l'infantilisme hypophysaire.

Troubles génitaux. — Lorsque c'est chez l'adulte que le lobe antérieur de la glande pituitaire présente une diminution de son fonctionnement, les troubles observés sont tout à fait différents et beaucoup moins nets. Ils atteignent, principalement, l'*appareil génital* de la femme et apparaissent sous divers syndromes bien connus cliniquement, indiquant la diminution de l'activité génitale : l'aménorrhée, caractérisée, comme l'éthymologie du mot l'indique, par l'absence d'écoulement menstruel en dehors, bien entendu, de la grossesse et de l'allaitement ; la dysménorrhée, qui consiste en des règles difficiles, douloureuses, à algies éminemment variables dans leur siège et dans leur intensité, s'accompagnant souvent d'angoisse et quelquefois même de neurasthénie ; les métrorragies, ou écoulements sanguins plus ou moins abondants apparaissant en dehors des règles. La frigidité et la stérilité ont encore été signalées. Ces modifications importantes des fonctions génitales de la femme sont, dans ces cas, absolument indépendantes de toute affection locale ou générale et doivent, par conséquent, être considérées comme ressortissant uniquement à une lésion du lobe antérieur de l'hypophyse. Du reste — et ces faits viennent bien corroborer cette manière de voir — l'administration d'extrait de la glande produit, chez certaines malades, un effet thérapeutique égal sinon supérieur à l'ergotine, à l'hydrastis, et à la strypticine [Bab et Jayle cités par Dalché (22)]. De plus, on note parfois, à côté de ces symptômes utéro-ovariens, quelques anomalies squelettiques, indices de troubles pré-précoces du lobe antérieur.

Chez l'homme, certains auteurs ont relaté l'impuissance génitale.

Quels sont maintenant les troubles qui relèvent d'un hypofonctionnement du lobe postérieur ? Ils n'intéressent ni le squelette, ni l'appareil génital, mais ils sont d'ordre plus général.

Diabètes insipides. — On admet aujourd'hui que certains *diabètes insipides* sont dus à des troubles endocriniens, qu'il existe entre certaines polyuries et l'hypophyse des relations bien établies. Tout, cependant, est loin d'être éclairci dans cette étude de date relativement récente (23). Ce qui prouve ces rapports de cause à effet, c'est le nombre déjà considérable des observations où le contrôle, soit radiographique, soit anatomique, est venu confirmer l'existence d'une lésion de l'hypophyse chez un sujet présentant du diabète insipide : on a pu constater, pendant la vie, l'élargissement de la selle turcique et, à l'autopsie, on a noté tantôt un noyau cancéreux secondaire [Simmonds (24), Rosenhaupt], tantôt un tubercule [Hausalter et Lucien (25)], tantôt une lésion traumatique par balle de révolver [Franck, Maranon et Pintos (26)], tantôt une gomme syphilitique [Bergé et Schulmann (27)]. Du reste, ce syndrome a été observé, fréquemment, en même temps que d'autres manifestations bien connues dues à un trouble du fonctionnement de la glande pituitaire. Enfin, depuis le cas publié par Farini (28), on connaît l'effet, vraiment spécifique, de l'injection d'extrait hypophysaire sur la polyurie du diabète insipide, effet qui a été vérifié par un grand nombre d'auteurs (29). Il est à remarquer que, seul, l'extrait du lobe postérieur de la glande a une action frénatrice, les injections d'extrait du lobe antérieur ayant toujours échoué d'une façon absolue, et que, seule, l'injection doit être employée, les autres méthodes restant sans effet.

Par ailleurs, les recherches expérimentales de J. Camus et de G. Roussy (30) succédant à celles de H. Cusching (déjà signalées) ont montré que, chez le chien, ce n'est pas l'ablation de l'hypophyse qui crée la polyurie, du reste transitoire, qu'avait déjà observée Cusching ; mais cette polyurie est le fait d'un traumatisme de la région opto-pédonculaire qui avoisine la glande pituitaire. Doit-on toujours superposer les signes obtenus par l'expéri-

* Encore dénommé infantilisme tardif de l'adulte (Brissaud et Bauer), infantilisme régressif (Cordier et Rebattu), infantilisme sexuel de retour (L. Léri), etc.

mentation chez le chien à ceux que l'on observe en clinique chez l'homme?...

Les cas de diabète insipide montrent des symptômes très variables : il s'agit de sujets ordinairement jeunes (sans que l'influence du sexe paraisse importante) qui sont, nous l'avons déjà dit, tantôt uniquement polyuriques, tantôt atteints d'autres manifestations imputables à un fonctionnement défectueux de l'hypophyse. Le début s'est fait à bas bruit et ce n'est ordinairement, que plusieurs mois après, que le médecin a l'occasion d'observer ces malades. La quantité des urines est différente suivant les cas : elle oscille entre trois et dix-neuf litres (Simmonds); on trouve même, pour chaque malade, des variations d'un jour à l'autre. Souvent la polyurie est plus marquée la nuit, ce qui oblige les sujets à se lever plusieurs fois (Farini, Bergé et Schulmann). On a observé que la diurèse qui suit l'ingestion des liquides est très retardée chez ces malades par rapport à un homme normal. Du reste, il n'y a pas toujours rapport réciproque entre la quantité des liquides absorbés et la quantité des urines émises, celle-ci pouvant être plus considérable que celle-là. Quelquefois même, quoique cela soit rare, il n'y a pas polydipsie, le diabétique hypophysaire n'étant pas plus altéré qu'avant sa maladie. Les urines ne contiennent pas de sucre, ni d'albumine; elles sont, le plus souvent, pâles et renferment peu d'éléments.

Elles se distingueront donc, très aisément, des urines provenant d'un diabète sucré qui sont réduites par la liqueur de Fehling, et cette polyurie ne sera pas confondue avec les polyuries passagères ou durables relevant d'autres causes et qui ne sont pas modifiées par l'injection d'extrait hypophysaire.

Obésité. — A côté de ces troubles du fonctionnement rénal, on rencontre également, comme conséquence de l'hypofonctionnement du lobe postérieur de l'hypophyse, l'*obésité*. Ce syndrome consiste dans l'envahissement de toutes les parties du corps par la graisse. Le sujet prend un aspect tout à fait particulier : la face est ronde, il y a un double menton par suite du volume exagéré du cou ; les seins (surtout ceux de la femme) présentent une hypertrophie considérable et, cependant, on a de la peine à palper la glande, souvent très réduite, au milieu de la masse adipeuse; le ventre est proéminant, sa paroi fait plusieurs plis et finit par former un véritable tablier cachant les organes génitaux qui sont eux-mêmes noyés dans la graisse (sans tenir compte de l'atrophie dont ils sont souvent atteints). Les hanches, les fesses sont extraordinairement développées. Les membres supérieurs et inférieurs sont énormes, cylindriques, transformés en véritables colonnes à bourrelets superposés, laissant ordinairement normaux les pieds et les mains. Le poids de pareils sujets est étonnant : 42 kilogrammes pour une fillette de neuf ans [Madelung(31)], 60 kilogrammes pour des enfants de quinze ans, plus de 100 kilogrammes pour des femmes de taille normale. Si l'on examine les viscères (grand épiploon, mésentère, etc.), on les trouve également infiltrés de graisse, ce qui peut provoquer certains désordres, surtout lorsque le cœur est atteint. On peut observer alors : 1° de l'adipose simple du cœur; 2° de l'adipose avec lésion du myocarde ; 3° de l'adipose avec hypertrophie et sclérose cardiaque ; 4° de l'adipose avec lésions vasculaires d'aortite ou de coronarite [Marcel Labbé (32)].

Bardet (33) a étudié, tout récemment, un syndrome d'obésité accompagné de polydactylie et de rétinite pigmentaire qu'il attribue à un trouble du fonctionnement hypophysaire.

L'évolution de l'obésité est en rapport avec celle de sa cause la plus habituelle : une tumeur de l'hypophyse ou de la région hypophysaire comprimant la glande et la mettant ainsi dans un état de moindre fonctionnement (Cusching). Et ce qui démontre bien l'origine endocrinienne de ce syndrome, c'est l'association fréquente d'autres troubles, connus comme étant la conséquence de la sécrétion troublée de cette glande. L'expérimentation elle-même vient du reste confirmer ces dires : l'injection, chez un chien normal, d'extrait de lobe postérieur (qui produit de l'hyperhypophysie postérieure) détermine le tableau inverse caractérisé par de l'amaigrissement avec intolérance relative pour les hydrates de carbone *.

Troubles du métabolisme. — Le *métabolisme* de certains aliments paraît, en effet, troublé par un hypofonctionnement du lobe postérieur de la glande pituitaire : tout d'abord les hydrates de carbone sont mieux tolérés qu'à l'état normal. On sait que chez un sujet sain, dont le foie fonctionne bien, l'absorption, par la bouche, de 150 grammes de sucre n'amène pas son apparition dans les urines (épreuve de Colrat). Mais, si on augmente cette quantité, la liqueur de Fehling réduira bientôt les urines. Dans les cas qui nous occupent, l'épreuve de la glycosurie alimentaire n'est souvent pas positive à moins de 300, 400 ou 500 grammes, et, fait intéressant à noter, les malades de Cusching qui présentaient une élévation de la tolérance pour les hydrates de carbone, étaient adipeux ou en train de le devenir.

D'autres modifications dans le métabolisme des aliments sont la conséquence du même trouble fonctionnel de la glande pituitaire. L'homme, nous le savons, absorbe beaucoup et n'utilise que très peu ; le surplus est brûlé et rejeté par les fèces, les urines et les gaz de la respiration. Si on diminue la ration tout en mettant le sujet au repos pour réduire au minimum ses besoins, on voit que chacun de nous demande une certaine quantité de graisses, de sucres et d'albumines à peu près fixe dans les conditions de l'expérience (repos complet) : c'est le métabolisme de fond (34 *bis*). Il est, avons-nous dit, personnel à chaque sujet, mais varie peu de l'un à l'autre, chez des êtres normaux et n'accomplissant absolument aucun travail. Ce métabolisme de fond est diminué lorsque la glande sécrète moins que normalement.

Lenteur de l'accouchement. — Enfin, il est un dernier symptôme signalé dans ce même état, c'est la lenteur de certains *accouchements*. On pense, en effet, que, normalement, le lobe postérieur excite notablement la tonicité de l'utérus; quant à son extrait, il est considéré comme un excellent agent ocytocique qui, au cours du travail ralenti, diminue les heures de souffrance (Dalché).

Telles sont les observations faites dans les cas d'hypofonctionnement isolé d'un des lobes de la

* Cusching attache, en outre, une très grande importance à la « thermo-réaction » pour le diagnostic de ces obésités : l'injection d'extrait de lobe postérieur provoque une élévation de température chez ces obèses et chez les animaux hypophysectomisés [Franck-Hochwart (34)].

glande pituitaire. Si la glande entière est troublé dans le même sens, ces symptômes pourront s'associer de diverses façons : un des types les mieux étudiés de cette double lésion est assurément la *dystrophie adiposo-génitale*.

Dystrophie adiposo-génitale. — Ce syndrome (35), aussi connu sous le nom de syndrome de Frœlich (36) avait été magistralement décrit par Babinski (37) un an auparavant, en 1900. Il est essentiellement caractérisé par une obésité progressive et de l'atrophie des organes génitaux. Il peut apparaître pendant l'enfance ou à l'âge adulte. Le malade est tout d'abord un obèse, c'est-à-dire un sujet dont les téguments sont matelassés par une couche de graisse ; seules, au début, sont atteintes certaines parties du corps : les seins, les fesses, les hanches ; puis le cou, les membres et la face sont pris à leur tour et finissent par donner au malade (car c'est véritablement un malade à ce moment-là) un aspect souvent monstrueux sur lequel je ne reviens pas (voir obésité). Si le sujet a été atteint avant la puberté — et c'est le cas le plus fréquent — il ne grandit plus, il s'arrête dans son développement à l'âge où le mal a débuté : c'est donc un infantile. Si c'est un adulte, sa taille reste, bien entendu, normale. Quoi qu'il en soit, à cette obésité s'ajoutent des modifications du côté des organes génitaux, modifications en tout comparables à celles que l'on observe chez les animaux jeunes, après l'hypophysectomie partielle expérimentale : les organes génitaux ne se développent pas : la verge est petite, le gland recouvert par un long prépuce, les testicules sont à peine descendus dans les bourses et leurs dimensions sont variables, mais toujours très inférieures à celles d'une glande génitale d'un adolescent ; les caractères sexuels secondaires font défaut : pas de poils au pubis, aux aisselles, au menton ; la voix reste fluette ; par contre, les seins sont souvent hypertrophiés, mais les mamelons restent infantiles et la glande est peu développée : elle est infiltrée par une masse considérable de graisse. Ces phénomènes sont exactement du même ordre chez les filles. Lorsque la maladie apparaît après la puberté [Goudal (38)], l'homme présente une légère régression de ses organes et surtout ses désirs vénériens s'émoussent, finissent par disparaître et l'impuissance devient la règle. Chez la femme, les périodes menstruelles deviennent de plus en plus irrégulières, puis elles cessent tout à fait.

A ces symptômes peut se joindre une polyurie présentant tous les caractères du diabète hypophysaire (voir plus haut).

Les lésions, observées le plus fréquemment dans les cas de dystrophie adiposo-génitale, sont : une tumeur de l'hypophyse ou une tumeur de la base du crâne ou de la base du cerveau ou encore une méningite ou une hydrocéphalie comprimant la glande. Il est des cas — comme celui de Madelung — où c'est un traumatisme qui est en cause (balle de carabine dans la tête); on a enfin incriminé — mais beaucoup plus rarement — des lésions syphilitiques ou tuberculeuses atteignant le corps pituitaire.

Rénon et A. Delille (39) ont montré, en outre, que dans certaines *maladies infectieuses*, au premier rang desquelles se place la fièvre typhoïde, l'abaissement de la tension artérielle et la tachycardie peuvent être sous la dépendance d'une insuffisance hypophysaire aiguë. Ces faits sont à rapprocher de l'insuffisance surrénale que l'on observe couramment dans des conditions analogues. Ces auteurs en donnent, pour preuve, l'excellent effet obtenu par l'opothérapie pituitaire. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 MARS 1922)

Sur la composition chimique de l'ergot de Diss et de l'ergot d'avoine. — M. Tanret. Depuis la fermeture des frontières russes, l'Espagne est presque le seul pays à pouvoir fournir l'ergot de seigle. Les travaux de M. Tanret inspirés par M. le professeur Trabut (d'Alger), montrent que l'ergot de Diss pourrait être utilisé pendant les années de disette et que l'ergot d'avoine peut être substitué au seigle ergoté dans tous ses emplois. A ce titre la récolte de ces ergots pourrait constituer pour nos provinces algériennes une source de revenus et même de richesses qu'il leur serait facile d'exploiter.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 MARS 1922)

M. Siredey lit un bel éloge de Ranvier.

L'acide élaïérinique dans le rhumatisme et la goutte. — L'acide élaïérinique, dont on connaît bien aujourd'hui les remarquables propriétés thérapeutiques dans les maladies cutanées, n'est pas seulement un décongestionnant de la peau, c'est aussi un décongestionnant puissant des poussées inflammatoires du rhumatisme sous ses diverses formes et de la goutte.

M. Doumer (de Lille) vient de le démontrer. Il a rapporté à l'Académie de médecine des cas de rhumatisme articulaire aigu, de rhumatisme déformant et de goutte où, par l'emploi de ce corps, les douleurs ont été enrayées en deux heures et où le gonflement a disparu en moins de douze heures.

L'acide élaïérinique semble être un des remèdes les plus efficaces que nous possédions contre ce genre d'affections.

Dangereux préjugés sur la désinfection des crèches. — M. Marfan lit une note de Mme le docteur Clotilde Mulon.

La morbidité trop élevée qui sévit parmi les enfants de crèches, le nombre des maladies épidémiques qui s'y contractent tiennent, au moins en partie, à la foi trompeuse dans les vertus désinfectantes des vapeurs de formol à l'air libre.

Les travaux faits à l'Institut Pasteur pour infirmer cette croyance sont trop peu connus, même par les présidentes et directrices de crèches.

Une enquête récente vient de nous confirmer dans cette crainte : lorsqu'une maladie contagieuse apparaît, la directrice expose la literie et les vêtements du petit malade aux dites vapeurs de formol à l'air libre (c'est-à-dire au maximum à 30 degrés) de sorte que, croyant avoir très consciencieusement pris assez de précautions, elle n'en prend point d'autres.

Dans beaucoup de crèches, on se croit mieux à l'abri parce qu'on pratique systématiquement, chaque jour, à titre préventif, la désinfection de tous les vêtements extérieurs des enfants, avec ces mêmes vapeurs, dans les mêmes conditions. Le seul résultat paraît être le désagrément de respirer ces irritantes vapeurs.

Nous voyons, en effet, dans les statistiques que, sur les 114 crèches du département de la Seine, 63 ont dû fermer, en 1913, de une à trois fois pour épidémies (soit 55 p. 100). Or, 51 de ces crèches pratiquaient la désinfection systématique, dite préventive, et 32 de ces 51 ont néanmoins dû fermer momentanément leurs portes parce qu'elles avaient été atteintes par les épidémies, soit 62.74 p. 100.

On ne saurait donc trop lutter contre la fausse sécurité que

donnent les mesures actuellement prises. On ne saurait trop répandre cette notion que le meilleur mode de protection des crèches contre les épidémies est :

1. Le dépistage systématique des enfants douteux, pratiqué chaque matin à l'entrée par une personne spécialement exercée à cet effet;

2. L'isolement de ces enfants douteux jusqu'à l'arrivée du médecin;

3. La visite quotidienne de celui-ci;

4. L'abandon de la désinfection illusoire par les vapeurs de formol à l'air libre, puisque les travaux de l'Institut Pasteur montrent d'indubitable façon qu'elles n'ont d'action qu'à partir de 80 degrés et qu'à l'air libre elles ne peuvent détruire ni les microbes, ni même les insectes;

5. La pratique des grands lavages, de la désinfection par l'eau savonneuse additionnée d'eau de Javel répandue à profusion sur les parquets et les murs, l'ébullition prolongée de tout ce qui peut être bouilli, l'exposition longue au soleil de tout le reste.

Les maisons maternelles. — M. Léon BERNARD fait un rapport dont la conclusion est que l'Académie émette le vœu qu'une loi soit promulguée pour que dans chaque département soit instituée une maison maternelle sur le modèle de celle qui a été créée par M. Bosc.

Cette conclusion est renvoyée à la Commission.

M. HERGOTT lit un travail sur la même question.

M. CAZENEUVE appuie la conclusion de la Commission sur l'utilité et les grands avantages de cette nouvelle institution dans chaque département. Mais il propose que l'accouchement ne soit pas compris dans l'assistance aux femmes enceintes. Il serait préférable qu'elles fussent accouchées dans les maternités et qu'elles ne soient admises dans les maisons maternelles que pour les soins consécutifs et la mise en train de l'allaitement maternel.

Faut-il sacrifier les vaches tuberculeuses? — Grave question que traite M. CALMETTE avec son autorité et sa précision habituelles. Il fait tout d'abord remarquer que le bacille bovin transmet rarement la tuberculose à l'homme.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre M. Calmette dans les réflexions très judicieuses qu'il a exposées sur ce sujet. Retenons seulement sa conclusion; si, comme l'a demandé le département de l'Aisne, on devait abattre les vaches tuberculeuses, il faudrait en abattre souvent 50 p. 100; ce qui aurait pour effet de diminuer considérablement la production du lait, et partant de le rendre encore beaucoup plus coûteux.

En conséquence, l'Académie ne saurait admettre le vœu qui a été formulé dans le département de l'Aisne en faveur de l'abattage des vaches laitières tuberculeuses. Il n'y a donc qu'un seul moyen d'éviter la transmission de la tuberculose par le lait, c'est de le faire bouillir.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 MARS 1922)

Injections de lipiodol dans la région dorsale. (*A propos du procès-verbal*). — M. RIST rapporte l'observation d'un malade qui a été soumis aux injections intramusculaires de lipiodol faites entre les deux omoplates, et qui a présenté à la suite du traitement une série de taches pulmonaires visibles à la radioscopie. M. Rist insiste sur la lenteur de la résorption et les erreurs d'interprétation qui peuvent découler d'injections faites dans le dos.

Un cas de paralysie générale confuse. (*A propos du procès-verbal*). — MM. MERKLEN et MINVIELLE relatent le cas d'un sujet entré dans leur service pour un syndrome de confusion mentale d'origine alcoolique. Il existait en plus un déficit intellectuel marqué avec conceptions fragmentaires, une disparition presque complète de l'émotivité, un état de docilité et d'euphorie qui mirent les auteurs sur la voie de la paralysie générale confirmée par la ponction lombaire. Il s'agissait d'un de ces faits de paralysie générale avec confusion mentale qui sont réalisés, soit par une poussée d'encéphalite, soit par l'alcool agissant, comme l'a montré Klippel, grâce à une intoxication hépatique. Ces faits montrent l'utilité du psycho-diagnostic de la paralysie générale, l'état mental étant toujours touché dans cette maladie.

Syndrome hypophysaire. — MM. ACHARD et ROUILLARD présentent un malade âgé de soixante-trois ans qui présente, d'une part un facies acromégalique associé à une cypho-scoliose dorsale sans augmentation des extrémités. Ce malade présente, en outre, une insuffisance de développement des organes génitaux externes et une absence complète du système pileux; enfin, le malade est un insuffisant glycolytique, mais les urines ne contiennent pas de sucre. Il s'agit donc d'un syndrome hypophysaire mixte. La radiographie montre que les dimensions de la selle turcique sont un peu augmentées.

De quelques caractères des secousses musculaires dans l'encéphalite épidémique. Comparaison de ces myoclonies avec quelques syndromes antérieurement connus. Les mouvements involontaires rythmés postencéphalitiques. — M. KREBS présente une malade qui conserve des secousses musculaires plus de deux ans après une encéphalite myoclonique. Il met en relief quelques caractères essentiels de ces contractions qui ne provoquent aucun déplacement des membres (synergies musculaires anormales, variation des phénomènes suivant les positions des segments, rythme et synchronisme des secousses musculaires). Ces caractères, retrouvés chez plusieurs malades, permettent de constituer un groupe de myoclonies rythmées qu'il faut séparer d'un second groupe de myoclonies arythmiques et sans synergies musculaires (paramyoclonus). Il faut également distinguer les myoclonies rythmiques de l'encéphalite, des mouvements spasmodiques rythmés que l'on rencontre également dans cette affection.

M. SICARD insiste sur le rythme et la cadence dans les myoclonies de l'encéphalite léthargique et les considèrent comme la signature de la lésion des noyaux centraux.

Un cas de Sodoku à Paris. — MM. TROISIER et CLÉMENT rapportent un cas de fièvre par morsure de rat (Sodoku) contracté à Paris. Après une incubation de quatre jours, la fièvre apparut avec réaction inflammatoire au niveau des zones mordues et adénopathie régionale sus-épitrochléenne. De plus, des myalgies, de la céphalée, l'abolition des réflexes tendineux, une hémoptysie discrète, une courbe thermique à rechute rappelaient, dans une certaine mesure, la spirochétose ictéro-hémorragique. Les auteurs insistent sur la réaction de Hecht positive, la guérison par le néosalvarsan et la présence dans le sang de spirochètes.

M. BOIDIN rappelle un cas signalé à la réunion médicale de la IVe armée dans lequel le Sodoku avait été déterminé par voie digestive chez un soldat ayant mangé de la chair de rat crue.

Emploi thérapeutique de l'ouabaïne, malgré l'albuminurie et l'insuffisance rénale. — MM. RIBIERRE et René GIROUX ont eu recours à la médication par l'ouabaïne, en injections intraveineuses, dans des cas qui ont été presque toujours considérés comme présentant une contre-indication à cette thérapeutique. En effet, une albuminurie abondante, l'existence d'une insuffisance rénale se traduisant cliniquement par des phénomènes urémiques nettement caractérisés et correspondant à une azotémie notable paraissent devoir faire rejeter l'emploi de l'ouabaïne. Et cependant cette médication serait particulièrement indiquée par l'état d'hypotonicité du myocarde qui est à la base des accidents cardiaques, de néphrites chroniques urémigènes et de l'insuffisance cardiaque de myocardites qui peuvent s'accompagner d'une grosse albuminurie. Or, dans des cas correspondant à ces deux types morbides, la médication par l'ouabaïne, en injections intraveineuses, à doses prudentes (1/8 de milligramme pendant huit à dix jours), non seulement n'a donné lieu à aucun accident, à aucun phénomène d'intolérance, mais tout en agissant héroïquement sur les accidents d'insuffisance cardiaque, a augmenté la diurèse, a fait diminuer l'albuminurie et les troubles liés plus directement à l'insuffisance rénale se sont atténués. Albuminurie abondante, insuffisance rénale manifeste avec azotémie, ne constituent donc pas des contre-indications formelles à l'emploi de l'ouabaïne, lorsque cette

thérapeutique est indiquée; d'autre part, par l'insuffisance cardiaque, mais commandent simplement de recourir à des doses faibles, mais répétées, et de surveiller attentivement les réactions de l'organisme.

Traitement du rhumatisme par le thiorix. — M. AUBERTIN relate les résultats qu'il a obtenus dans le traitement du rhumatisme chronique par le thiorix. Il a toujours noté une grande amélioration des douleurs, mais au point de vue fonctionnel les résultats sont restés peu marqués. L'auteur a étudié les modifications sanguines au cours du traitement; il s'agit surtout d'une leucopénie considérable.

M. LÉRI insiste aussi sur la disparition des douleurs des rhumatisants.

M. M. LABBÉ a obtenu de bons résultats, dans un cas d'anémie grave, par le mésothorium. Il insiste sur l'importance du diagnostic du rhumatisme, car en cas d'arthrite tuberculeuse il peut exister des modifications de la lésion articulaire avec suppuration.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 22 MARS 1922)

La ligature et la suture dans les plaies vasculaires des racines des membres. — M. LENORMANT fait un rapport sur trois observations adressées par M. Moure. Dans les plaies vasculaires la suture artérielle serait l'opération idéale. Y a-t-il avantage à la substituer à la ligature? Telle est la question qu'étudie, dans ce rapport, M. Lenormant avec sa précision habituelle. On peut invoquer contre la ligature les cas de gangrène consécutive, les troubles fonctionnels et les troubles trophiques souvent observés. Toutefois il ne faut pas exagérer la fréquence de ces accidents. Pendant la guerre on a fait quelques sutures artérielles, mais on a fait surtout un nombre considérable de ligatures. Etant donnée la fréquence des infections des plaies de guerre, on conçoit qu'on se trouvait, par ce fait seul, plus exposé à voir des accidents consécutifs aux ligatures artérielles. Les faits apportés par M. Moure présentent cette particularité intéressante qu'ils rentrent dans la chirurgie commune et non plus dans la chirurgie plus ou moins septique de la guerre.

M. Lenormant joint aux trois observations de M. Moure une observation très intéressante du regretté Morestin. Résumons brièvement ces quatre observations :

Premier fait de M. Moure, garçon de dix-sept ans, coup de couteau au-dessous de la clavicule gauche, opération; placement d'un fil d'attente sur la sous-clavière, on trouve une plaie latérale de la veine et une section complète de l'artère, ligature des deux bouts, bon résultat.

Dans la seconde observation de M. Moure, section de l'axillaire, fracture de la clavicule, double ligature de l'artère, ablation des esquilles, suites bonnes. Enfin, dans la troisième observation, homme de vingt-cinq ans, coup de revolver, opération d'urgence; ligature de l'artère sous la clavicule, dans la suite, cyanose de la main, absence des battements de la radiale, gangrène sèche, amputation secondaire.

Dans l'observation de Morestin, il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans, opéré à la douzième heure; ligature des deux bouts de la veine, suture de l'artère, résultat parfait. Revu onze mois après, guérison complète, retour *ad integrum* de la fonction artérielle.

M. Lenormant, dans un cas semblable, a fait la ligature, gangrène, amputation secondaire. Il a fait six fois la ligature et n'a eu qu'un insuccès.

Le danger, à la suite de ces interventions, c'est le caillot, ce sont les thromboses, c'est l'endartérite.

M. Lenormant fait suivre ces intéressantes observations de réflexions générales sur ces faits; il rappelle diverses observations et divers travaux sur ce sujet. Il ne saurait formuler une conclusion quelconque, soit en faveur de la suture ou de la ligature. On a vu survenir les mêmes accidents après l'une qu'après l'autre.

Amputations partielles du pied. — M. SAVARIAUD, dont la communication a été le point de départ de cette discussion, la résume et conclut en faveur de l'amputation de Chopart qui lui a donné de très bons résultats.

Enfouissement du moignon appendiculaire. — M. DE MARTEL, qui a ouvert cette discussion, en fait le résumé, répond à ses contradicteurs, critique à son tour plusieurs des opinions qui ont été émises et continuera à ne pas enfouir les moignons appendiculaires.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 21 MARS 1922)

Syndrome parkinsonnien consécutif à une encéphalite léthargique chez une fillette de dix ans et demi (service du prof. Marfan). — M. ROUDINESCO. Les phénomènes parkinsonniens ont débuté huit mois après l'encéphalite épidémique : facies figé, parole lente et presque scandée, euphorie, sialorrhée très abondante, tremblement, tendance au sommeil, absence de nystagmus. Tendance à la rétropulsion. Réflexes exagérés sans signe de Babinski. Conservation de la sensibilité au tact, à la douleur et à la chaleur. Le tremblement menu et rapide (surtout marqué au membre supérieur droit) prédomine sur la rigidité. Réaction de Wassermann dans le sang fortement positive. Le liquide céphalo-rachidien renferme 33 centigrammes de glucose, 10 centigrammes d'albumine avec lymphocytose très marquée, contrairement à ce qu'on trouve d'habitude, c'est-à-dire une augmentation de glucose sans modification de la formule cytologique normale.

Deux cas de mongolisme. — MM. BABONNEIX, BLUM et SEMELAIGNE présentent une fillette de quinze ans, atteinte de *mongolisme*, et dont le père présente une aortite chronique. On peut donc dire, dans ce cas, que l'hérédosyphilis est probable.

MM. BABONNEIX et RAMUS présentent à la Société un bébé *mongolien* chez lequel on relève diverses particularités intéressantes : existence d'une atonie encore beaucoup plus marquée que d'habitude; présence, à la périphérie de la cornée, d'un anneau foncé, analogue à celui que l'on décrit dans la pseudo-sclérose; notion d'une spécificité paternelle; caractère positif de la réaction de Wassermann pour le sérum. Il semble donc que, dans ce cas comme dans ceux d'Armand-Delille, de Bogaert, Babonneix, etc., l'hérédosyphilis puisse être incriminée.

Discussion. — MM. GUINON, COMBY, WEILL-HALLÉ pensent qu'il ne faut pas, dans tous les cas de mongolisme, mettre l'hérédosyphilis en cause et citent des observations où elle n'était pas démontrée.

M. BABONNEIX cite, d'autre part, des cas dans lesquels la syphilis des parents était certaine, la réaction de Bordet-Wassermann positive, l'examen histologique des pièces d'autopsie montrant des lésions gommeuses.

M. SCHREIBER remarque qu'on a traité les mongoliques par le corps thyroïde. Or, certains présentent de l'agitation, de la tachycardie sont-ils justiciables de ce traitement? — M. GUINON. A côté du mongolisme pur, il y a des mongoliques avec hyperexcitabilité, tachycardie, d'autres avec dépression, hypothyroïdien. Ces derniers surtout bénéficient du traitement thyroïdien. — Cependant, MM. COMBY et WEILL-HALLÉ ne croient pas que l'excitabilité des mongoliques soit toujours due à l'hyperthyroïdie. Même chez eux l'extrait thyroïdien à petites doses peut donner de bons résultats.

Fibrome périostique calcifié de l'ischion. — M. CAPETTE présente un enfant de sept ans qui, à la naissance, présentait une tumeur du volume d'une noix sur l'ischion gauche. Cette tumeur a grossi progressivement et atteint le volume d'un œuf. La radiographie montre une masse calcifiée adhérente à l'ischion. Il s'agit sans doute d'un fibrome périostique.

Associations microbiennes dans la méningite cérébro-spinale. — M. BARBIER rapporte l'observation d'une méningite à méningocoque qui, vers le cinquième ou sixième jour, alors qu'elle semblait s'améliorer, s'est compliquée de symptômes cérébraux rapidement mortels. Les premières ponc-

tions avaient montré une amélioration progressive du liquide céphalo-rachidien et la disparition du méningocoque. Le sixième jour, la ponction ramène du liquide céphalo-rachidien purulent et contenant du streptocoque associé. L'autopsie montre une méningite de la convexité du cerveau.

M. Barbier attire l'attention sur la gravité des méningites à méningocoque B, sur lequel le sérum ne semble pas avoir la même action que sur les autres.

Cyanose intermittente due à une malformation congénitale complexe du cœur. — MM. Jules RENAULT et Paul BLUM. Il s'agit d'un cas de cyanose légère à forme intermittente, apparue tardivement chez un nourrisson de neuf mois; la cyanose n'était visible que de temps en temps, et toujours modérée.

Elle avait retenti cependant sur l'état général; déformation hippocratique des doigts; petit développement du nourrisson dont le poids (5kg5) était inférieur de 3 kilogrammes au poids d'un nourrisson normal du même âge.

L'auscultation révélait un énorme souffle systolique très étendu.

L'autopsie montra une malformation congénitale complexe du cœur qui contrastait avec la pauvreté des signes fonctionnels.

Outre les quatre lésions de la tétralogie de Fallot, le cœur avait une oreillette droite énorme, communiquant avec les deux ventricules, un trou de Botal persistant et un cœur gauche atrophié.

L'artère pulmonaire, très rétrécie, était perméable, et le cœur droit très hypertrophié.

Histologiquement, pas d'endocardite récente, mais des zones fibreuses interstitielles dans le myocarde avoisinant l'artère pulmonaire, vestige possible d'une inflammation fœtale ancienne; on ne trouve pas, comme il arrive souvent, la cause de cette endocardite fœtale dans une maladie grave de la mère.

Note à propos de quelques essais de désensibilisation dans certains cas de vomissements, de diarrhée prandiale et d'eczéma chez les nourrissons (à propos du procès-verbal). — M. MAILLET. Dans certains cas de vomissements habituels, de diarrhée prandiale et d'eczéma, on peut suspecter l'intolérance au lait, et chez trente et un nourrissons l'auteur a procédé, dans ces divers cas, à des essais de désensibilisation. Les constatations qu'il a faites sont les suivantes :

Chez l'enfant au sein, les vomissements survenant dès la naissance sont fréquemment améliorés par l'administration de petites doses de peptone données avant les prises, mais l'action n'est pas durable. L'eczéma survenant au moment de la réalimentation, après des troubles digestifs, peut être influencé par l'ingestion de petites doses de lait avant les tétées.

La diarrhée prandiale, les vomissements apparaissent à la reprise de l'alimentation après les troubles digestifs, l'eczéma apparu dès la naissance ne sont pas modifiés.

Chez l'enfant au biberon, peuvent bénéficier des procédés de désensibilisation : la diarrhée prandiale et l'eczéma survenant dès l'administration de lait de vache. Au contraire, les vomissements habituels ne sont pas influencés.

Un cas d'ostéoarthrite hérédosyphilitique grave de la hanche dans le décours du traitement d'une luxation congénitale de la hanche. — M. LANCE. Chez un enfant de sept ans traité d'une luxation congénitale gauche, après la sortie du plâtre, alors que la mobilisation de l'articulation est pratiquée, production rapide d'un gonflement énorme, avec deux ulcérations à la racine de la cuisse. La radiographie montre la destruction brusque de la tête, du col, de la partie supérieure de la diaphyse fémorale. Sous l'influence du traitement spécifique pratiqué pendant un an, fermeture rapide des ulcérations, puis des fistules restantes, en même temps que la radiographie montre la reconstitution progressive de l'extrémité supérieure du fémur, mais en position de luxation.

L'éclosion d'une ostéo-arthrite tuberculeuse, dans ces conditions, a été déjà signalée, et l'auteur en a vu deux cas, mais il ne connaît pas d'observation analogue où l'hérédosyphilis ait été mise en cause.

PRATIQUE MÉDICALE

LE CITROSALICYLATE DE PIPÉRAZINE DANS L'URICÉMIE

Par le Dr PÉLISSIER (de Lyon),
Ancien interne de l'hôpital Saint-Joseph.

D'après les données actuelles, on sait que l'acide urique est retenu dans l'organisme chez les goutteux, les lithiasiques. Aussi, pour le traitement de ces affections, on s'adresse, en général, aux dissolvants de l'acide urique. Les sels de lithine, l'acide thyminique, l'atophane, la lysidine, le citrate de soude, sont fréquemment employés.

La pipérazine, ou diéthylène-diamine appartient, elle aussi, à ce groupe de médicaments. Elle a été isolée pour la première fois par Clöez, en 1848.

La pipérazine étant une base secondaire bibasique, on a pu préparer les deux séries de sels, les sels basiques avec une molécule d'un acide monobasique, les sels neutres avec deux molécules.

Les sels des acides minéraux ont été étudiés surtout par M. A. Astruc et ses élèves. Les renseignements les concernant, ainsi qu'une bibliographie complète, se trouvent dans la thèse de René Brenta (1).

Les sels que forme la pipérazine avec les acides organiques sont moins connus.

Dans l'usage thérapeutique courant, nous trouvons le quinate de pipérazine, sous le nom de sidonal, et le tartrate ou lycétol.

Le salicylate de pipérazine a fait l'objet d'un brevet déposé en Angleterre en 1896 (2). Ce fait semble d'ailleurs avoir échappé à M. Astruc, qui décrit plus tard la préparation de ce sel. Ce bisalicylate, tout en présentant des avantages au point de vue thérapeutique, n'est cependant pas sans avoir quelques inconvénients, tels que sa faible solubilité dans l'eau, sa saveur peu agréable, et sa teneur relativement exagérée en acide salicylique.

Pour remédier à ces inconvénients, nous avons essayé de préparer des sels mixtes de pipérazine, c'est-à-dire dans lesquels les deux basicités de la pipérazine soient saturées par deux acides différents. A notre connaissance, aucun sel mixte n'a été décrit jusqu'à ce jour, ni dans la série minérale, ni dans la série organique.

Nous avons choisi l'acide salicylique d'une part, l'acide tartrique ou citrique d'autre part. Nous avons constaté que ces sels se forment très facilement par simple réunion des deux acides avec la pipérazine de préférence en solution alcoolique.

Nous avons préparé de la sorte :

Le monotartrate monosalicylate monopipérazique.

Le monotartrate bisalicylate dipipérazique.

Le monocitrate monosalicylate dipipérazique.

Parmi ces sels, le dernier se distingue par sa plus grande teneur en pipérazine, sa solubilité dans l'eau et sa saveur agréable. Aussi l'avons-nous choisi pour l'essayer dans le traitement de la diathèse urique.

Voici la formule brute du monocitrate monosalicylate dipipérazique :



$$C^3H^4\,(OH)\,(CO^2H)^3\;C^6H^4OH\;COOH\;(NH\;C^4H^8NH)^2$$

C'est une poudre cristalline blanche fondant à 190 degrés. Il se dissout dans l'eau à 17 degrés, à raison de 3gr75 par 100 c. c.; cette solution est incolore, de saveur fraîche et agréable.

Un gramme de sel renferme :

343 milligrammes de pipérazine anhydre ;

275 milligrammes d'acide salicylique ;

382 milligrammes d'acide citrique.

Les trois composants sont faciles à déceler par des réactions tout à fait caractéristiques. Le réactif de Nessler donne un précipité blanc avec la pipérazine. Le chlorure ferrique en présence de l'acide salicylique rend la solution violette. Enfin, pour déceler l'acide citrique, il suffira de rendre la

(1) *Th. de Montpellier*, 1907-1908.

(2) Brevet n° 25.905, 17 nov. 1896.

solution légèrement alcaline, d'ajouter de l'eau de chaux et une solution saturée de chlorure de calcium. En chauffant, on obtient un précipité blanc.

* * *

Quels sont les résultats obtenus par le traitement au citrosalicylate de pipérazine ?

Dans le sang : Dans plusieurs cas, nous avons pu constater que, au bout de sept jours de traitement, on ne trouvait plus que des traces d'acide urique. En tous cas, d'une façon générale, nous avons enregistré un abaissement du taux de l'acide urique dans le sang.

Dans l'urine, l'acidité, l'urée, l'acide urique et les purines sont abaissées, au bout du même temps. Il faut remarquer qu'il se produit une décharge urique vers le troisième jour. Ce fait est particulièrement mis en relief dans les observations où nous avons pu doser chaque jour les éléments de l'urine. Le volume de l'urine est augmenté.

A titre d'exemple, nous donnerons quelques chiffres :

Dans un cas d'*accès de goutte*, l'*urée*, qui était au taux de 22g40 par litre, tombe à 8g70 après quinze jours de traitement. L'*acide urique*, dont le chiffre était de 0g73 par litre, descend à 0g36. Les purines varient de 0g78 à 0g40.

Dans un *rhumatisme chronique*, l'*urée* qui avait comme chiffre avant le traitement 21g38 par litre, est abaissée à 11 grammes. De même l'*acide urique* varie de 0g51 à 0g26, les purines de 0g66 à 0g34.

Dans un autre cas, l'*urée* s'abaisse de 10g24 à 8g06, l'*acide urique* de 0g87 à 0g19, les purines de 1g40 à 0g76.

Enfin, *dans le sang*, dans trois cas de rhumatisme chronique, la quantité d'*acide urique*, qui était de 0g060 par litre, n'est plus qu'à l'état de traces, après huit jours de traitement par le citrosalicylate de pipérazine.

Au *point de vue clinique*, en classant par séries les affections où nous avons esssayé le citrosalicylate de pipérazine, nous avons remarqué :

1. Dans la goutte, dès le troisième jour, diminution de la douleur et des phénomènes locaux.
2. Dans la lithiase rénale, augmentation de volume des urines.
3. Dans le rhumatisme déformant, action portant sur l'élément douleur.
4. Enfin, dans le rhumatisme chronique, la sciatique, le lumbago, sédation des phénomènes douloureux.

* * *

Etude pharmacologique. — Sous sa forme solide, nous avons employé le citrosalicylate de pipérazine, en comprimés et en granulés (1). Les comprimés sont dosés à 0g30 et facilement solubles dans l'eau. La forme granulée offre l'avantage de former, avec l'eau, une solution effervescente, agréable au goût, et d'apporter avec elle des sels alcalins.

La dose moyenne de médicament nous a paru être de 1g20 à 1g40 environ. Si l'on veut prendre le citrosalicylate de pipérazine en comprimés, on pourra donc absorber deux comprimés de 0g30 avant chacun des deux principaux repas, avec un peu d'eau. En granulés, on devra prendre deux cuillerées à chacun des repas (équivalant sensiblement à 1g40 de sel).

Nous avons toujours administré le médicament par doses réfractées. Le traitement était poursuivi pendant huit jours. Puis, le malade s'interrompait pendant le même laps de temps : pour recommencer pendant huit jours encore. L'action du citrosalicylate de pipérazine nous a paru devoir être ainsi plus active.

Il ne peut être question de toxicité pour ce médicament.

En aucun cas, nous n'avons observé de troubles chez nos malades. L'appétit n'était pas modifié, contrairement à ce qui est signalé au sujet de la pipérazine ; même dans les cas de néphrite, nous n'avons remarqué aucun incident, bien au contraire.

(1) Le citrosalicylate de pipérazine est préparé par le Laboratoire des Produits « Usines du Rhône », sous le nom d'*Urazine* (comprimés et granulés effervescents).

* * *

Conclusions générales. — Le citrosalicylate de pipérazine est un composé nouveau, défini, stable, soluble à 17 degrés dans l'eau, à raison de 3g75 p. 100.

D'après ce que l'on sait de la théorie de l'uricémie, chacun de ses constituants est apte à jouer un rôle dans le traitement de cette diathèse.

L'expérimentation pharmacodynamique montre que le citrosalicylate de pipérazine augmente l'excrétion d'acide urique chez l'animal rendu artificiellement uricémique.

Les résultats cliniques sont du même ordre :

Amélioration de l'état général ;

Dans le sang, diminution, ou même disparition de l'acide urique.

Dans l'urine, au début de l'administration du médicament, décharge d'urée et d'acide urique, puis diminution notable.

Le citrosalicylate de pipérazine a toujours été bien toléré jusqu'à la dose de 1g40 par jour, pris pendant huit jours. Nous n'avons observé aucun trouble digestif, aucun accident urinaire, même chez les néphritiques.

Le citrosalicylate de pipérazine se prête à toutes les formes. Au point de vue de l'agrément du malade, la forme en comprimés ou en granulés nous a paru la meilleure. Les granulés offre l'avantage de faire absorber, en même temps que le médicament lui-même, une assez grande quantité de liquide.

En résumé, le citrosalicylate de pipérazine s'est montré un bon médicament, efficace et inoffensif dans toutes les manifestations uricémiques.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 3 avril. — Jury : MM. Letulle, président; Hartmann, Richet et Couvelaire. — M. MOURGEON (André). Etude sur la tension artérielle avant et après l'exercice. — M. EVRARD (François). Contribution à l'étude des perforations du rectum. — M. MORDRET (Xavier). Contribution à l'étude des tensions artérielles locales. — Mlle MITROVITCH. Le pneumothorax chez les femmes atteintes de tuberculose.

Mardi 4 avril. — Jury : MM. de Lapersonne, président; Faure, Lejars et Lecène. — M. FROGÉ (Pierre). Recherches sur l'action des rayons X sur l'œil. — M. THOUVENIN (Raoul). Contribution à l'étude de la résection pour tumeur du coude. — M. VIGNAL (Adrien). Des métrorragies et leur traitement. — M. DONET (Jean). Contribution à l'étude des réactions ganglionnaires, au cours de la tuberculose. — M. DEMOULIN. Contribution à l'étude du traitement des pleurésies purulentes. — M. LORY (François). La radiumthérapie des fibromyomes utérins.

Jeudi 6 avril. — Jury : MM. Chauffard, président ; Marfan, Jeanselme et Fiessinger. — M. DU FAYET DE LA TOUR (Roger). De l'anergie tuberculinique chez les hépatiques. — M. JALESQUES (Joseph). Gangrène humide diabétique. — M. BIGOT (Charles). L'acrocéphalo-syndactylie. — M. FAUVET. Contribution à l'étude de l'antihémothérapie en dermatologie. — M. LEDRAIN (Paul). Contribution à l'étude du chancre mixte. — M. EPAGNEUL (Louis). Syndrome pseudo-pleurétique de la base dans les pleurésies. — M. COUPPEY. Recherches sur la solution iodo-iodurée de lugol.

Samedi 8 avril. — Jury : MM. Gilbert, président; Achard, Carnot et Nobécourt. — M. GOUPILLE (Louis). Contribution à l'étude des phlébites syphilitiques. — M. AUZIMONS. Glandes à sécrétions internes et tube digestif. — Mlle KAUFFMANN (Rose). Contribution à l'étude des hémorragies occultes du tube digestif. — M. DE SALLIER-DUPIN (Yves). Contribution à l'étude des gastrectasies aiguës. — M. SAINTIN (Henri). Contribution à l'histoire de l'hémostase chirurgicale. — M. BERTET (M.). Contribution à l'étude thérapeutique des hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né.

Le Directeur-gérant Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Nomination.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Félix Ramond, Boidin, J. Renault, Paisseau, Foix, Siredey, Menetrier, Carnot, Lejars, qui acceptent ; Darier, Jousset, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture des copies.* — Séance du 31 mars. — MM. Pascalis et Girode, 26 ; Desplas, 29 ; Bloch (René), 23.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 1er avril. — MM. Prélat, 17 ; Bourdier, 18.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Longjumeau, Tassin, Duhail, Jacquet, Laurent, Ducuing, Duchamp de Lageneste et Kessler.

Internes provisoires : MM. Cerné, Renault, Reverdy, Ledoux, Berthier et de la Brunière.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Il existe actuellement dans le cadre des agrégés de la Faculté de médecine de l'université de Paris, une vacance dans la section de physique médicale.

Conformément aux dispositions de l'article 2 du décret du 18 juillet 1913, il est accordé un mois, à partir de la publication du présent avis, aux agrégés des Facultés de médecine et de pharmacie des départements, pour produire une demande de transfert dans la place mentionnée ci-dessus. (*J. O.*, 30 mars 1922.)

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Sont nommés auditeurs au conseil supérieur d'hygiène publique de France : MM. les Drs Rochaix, Dujarric de la Rivière, Briau, Bonnet et Brocquet.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Mayer, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Strasbourg est nommé professeur titulaire de la chaire d'histoire naturelle des corps organisés au Collège de France, en remplacement de M. Frank, décédé.

LA LUTTE SOCIALE CONTRE LA FOLIE. — La semaine dernière a eu lieu, à l'Ecole pratique du service social de la place des Vosges, une conférence sur « La lutte sociale contre la folie », par le Dr Genil-Perrin, médecin en chef des asiles de la Seine, secrétaire général de la Ligue d'hygiène mentale.

Le conférencier a exposé l'action de la Ligue d'hygiène mentale, fondée par le Dr Toulouse, et indiqué la nécessité de ne pas s'en tenir, dans la lutte contre le péril mental, à la formule surannée et étriquée de l'asile classique d'aliénés.

A la conception de la défense sociale contre l'aliéné doit se substituer celle d'une action préventive largement comprise.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL COCHIN, 47, rue du faubourg Saint-Jacques (prof. : M. DELBET). — Traitement des luxations et fractures des membres.

Cours complémentaire sous la direction de M. le prof. Pierre Delbet, par MM. Ch. Girode, chef de clinique ; J. Leveuf et P. Mornard, chefs de clinique adjoints.

1° Fractures de l'humérus ; 2° luxations du membre supérieur ; 3° fractures de l'avant-bras et du poignet ; 4° fractures du col du fémur ; 5° pseudarthroses du fémur ; 6° fractures de la diaphyse fémorale ; 7° luxations du membre inférieur ; 8° fractures de jambe ; 9° fractures du coup de pied ; 10° traitement sanglant des fractures.

Chaque leçon comportera des démonstrations et des exercices pratiques.

Le nombre des auditeurs est limité à vingt.

Dates des cours, du 10 au 22 avril.

Droit d'inscription : 150 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté.

NOUVEAU JOURNAL DE MÉDECINE. — Nous recevons les quatre premiers numéros du *Maroc médical*, nouvelle série, qui paraît à Casablanca, sous la direction du Dr Spéder. Nous sommes heureux d'adresser nos félicitations et nos vœux à ce nouveau confrère.

JURISPRUDENCE ET LEGISLATION

BAIL A LOYER

PROROGATION LÉGALE. PROFESSEUR DE COLLÈGE. LEÇONS PARTICULIÈRES. FONCTIONNAIRE PUBLIC

Un professeur de collège avait loué une maison d'habitation; comme il y donnait des leçons particulières à des élèves, il demanda qu'il lui fût accordé la prorogation professionnelle, c'est-à-dire d'une durée égale à celle des hostilités, au lieu de la prorogation de deux années afférente aux maisons d'habitation.

La Commission supérieure de cassation qui, on le sait, a été créée spécialement pour l'examen des pourvois formés contre les décisions des Commissions arbitrales, a refusé le droit à la prorogation professionnelle, parce qu'il s'agissait en l'espèce d'un fonctionnaire public, qui *échappe aux aléas du commerce des professions proprement dites*. Mais, en dehors de cette argumentation, la Commission supérieure fait état d'une considération de principe qu'il est difficile d'admettre : elle concerne l'application de la loi du 21 mars 1884, sur les syndicats professionnels.

Voici son arrêt qui est en date du 12 janvier 1922 :

« Sur la première branche du moyen unique,

Attendu qu'il résulte de la sentence attaquée que, antérieurement à la guerre, B... propriétaire, a donné à bail, à titre de location verbale, à F..., professeur au collège de Brive, une maison d'habitation qu'il a, depuis, vendue à X... et à Y...;

Que ceux-ci, sans donner congé, ont cité leur locataire devant la Commission arbitrale pour faire déterminer le point de départ de la prorogation de deux ans à laquelle ils reconnaissaient qu'il avait droit ;

Que F... a conclu à ce qu'il lui fût accordé la prorogation professionnelle, en alléguant qu'il donnait chez lui des leçons particulières avec le consentement du propriétaire;

Attendu que, pour lui refuser cette prorogation et pour lui accorder celle, moins étendue, des locaux d'habitation, la sentence attaquée s'est basée à bon droit sur ce qu'il avait conclu la location en qualité de professeur au collège, fonctionnaire public; qu'en admettant qu'il donnât des leçons particulières à son domicile privé, c'est de sa fonction qu'il tire, en réalité, ses ressources et qu'il échappe aux aléas du commerce des professions proprement dites, en compensation desquelles seulement a été instituée une prorogation plus étendue; que la loi du 21 mars 1884, relative aux syndicats professionnels est, pour la même raison, étrangère aux fonctionnaires publics auxquels il est interdit d'y entrer, puisque n'exerçant pas une profession;

Par ces motifs,

Rejette cette branche du moyen;

Mais sur la seconde branche,

Vu l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 ;

Attendu que la durée de la prorogation s'ajoute à celle de la durée du bail ou de la location et ne commence qu'au jour de son expiration, à moins que le locataire ne lui ait assigné un autre point de départ ;

Or, attendu que F... a conclu à ce que sa prorogation commençât du jour de la décision de la Commission arbitrale; qu'aucun congé ne lui avait été signifié et que la location verbale qui devait être prorogée continuait son cours ;

Attendu que, pour décider que cette prorogation courrait du 24 octobre 1919, la sentence attaquée se base uniquement sur ce que, d'après elle, l'article 56 a assigné la date de la loi fixant la cessation des hostilités comme point de départ de toutes les prorogations ;

En quoi, la dite sentence a faussement appliqué et par suite violé le texte sus-visé.

Par ces motifs,

Casse... »

Sur la partie de l'arrêt cassant la décision de la Commission arbitrale, il n'y a pas de difficulté; la jurisprudence est fixée d'une manière très ferme : la durée de la prorogation s'ajoute à celle du bail et de la location verbale. Nous avons déjà eu l'occasion de faire connaître les motifs de cette jurisprudence.

Mais l'autre partie, c'est-à-dire la première, appelle une observation. L'attention ne doit pas être attirée spécialement sur l'argument de fait, tiré de la qualité en vertu de laquelle la location a été faite ; en principe, les constatations de fait relevées par la Commission arbitrale sont souveraines. Ce que nous voulons signaler, c'est la considération de principe relative à l'application du 21 mars 1884 sur les syndicats *professionnels*.

L'arrêt déclare que la loi de 1884 est étrangère aux fonctions publiques, entendant ainsi que les fonctions publiques sont incompatibles avec l'exercice d'une profession quelconque : celui qui est investi d'une fonction publique n'exerce pas une profession. Dès lors, semble bien dire l'arrêt, cette personne ne peut pas faire partie d'un syndicat *professionnel*.

C'est excessif; car des fonctionnaires peuvent parfaitement avoir des occupations d'ordre privé, et, en raison de celles-ci, faire partie d'un syndicat professionnel. L'exemple qui vient à l'esprit et qui n'a jamais soulevé de difficulté, est celui des professeurs à la Faculté de médecine : ils remplissent des fonctions publiques et donnent en même temps soins et consultations à leur clientèle. D'ailleurs, il ne peut pas y avoir de question à leur égard, depuis la loi du 12 mars 1920 qui, non seulement a étendu la capacité des syndicats professionnels, mais encore a rendu la loi de 1884, applicable aux professions libérales.

Le motif de principe de la Commission supérieure n'est évidemment pas acceptable.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CHRONIQUE

LA RÉCEPTION DES ÉTUDIANTS ÉCOSSAIS A L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS

La section de médecine de l'Association générale des étudiants de Paris a reçu les étudiants écossais dans sa vieille et historique demeure de la rue de la Bûcherie, samedi à 4 heures, sous la présidence de M. le Doyen de la Faculté de médecine. Parmi les notables invités, citons aussi MM. Bar, Couvelaire et Brindeau.

M. le Doyen a le premier pris la parole et souhaité la bienvenue aux étudiants écossais. M. Alexander Mac Clure, de l'*University Union Edinburgh*, dans un discours du français le plus pur et fort bien dit, discours dont, d'ailleurs, chaque phrase était accueillie par des applaudissements enthousiastes, a remercié les camarades français de leur aimable réception. Il s'est montré très touché de leur bienveillant accueil, et il gardera, ainsi que ses compatriotes, un excellent souvenir de cette journée. « Sous notre aspect un peu froid, a dit M. Clure, nous possédons un cœur chaud », et il a émis l'espoir que les étudiants français viendront, à leur tour, en Ecosse où ils peuvent être certains d'une hospitalité « véritablement écossaise ».

Cet aimable et charmant discours fut un vrai succès.

M. Crouzat, président de l'Association générale des étudiants de Paris, dans une courte allocution, a remercié M. le Doyen, MM. Bar, Couvelaire et Brindeau d'avoir bien voulu assister à cette réception. Il a exprimé le regret que l'Association des étudiants ne fût pas plus riche, ce qui lui eût permis de faire aux amis d'Ecosse une réception plus luxueuse et plus brillante. Mais cette réception n'en est pas, pour cela, moins cordiale et, en terminant, M. Crouzat convie tous les assistants à un five o'clock champagne.

Ces échanges de bons procédés entre les diverses nations, ces visites réciproques entre les étudiants ne sauraient être trop encouragés. Les rapports d'amitié ainsi établis entre jeunes gens de divers pays leur permettent de s'instruire les uns les autres, et aussi de se connaître et de s'apprécier.

A. BROCHIN.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE INFANTILE & ORTHOPÉDIQUE

Par M. LANCE

ASSISTANT DE LA CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE DES ENFANTS-MALADES

AFFECTIONS CHIRURGICALES

Six observations inédites de sténose pylorique chez des nourrissons. (PÉHU [de Lyon]. *La Pédiatrie Pratique*, 15 avril 1921, n° 371, p. 117.) — Sur ces 6 observations, 5 malades ont été traités uniquement par des moyens médicaux (lavages d'estomac, régime) et ont guéri. Chez l'un d'eux la guérison se maintient depuis douze ans. En y ajoutant 2 cas publiés antérieurement, M. Péhu arrive à 8 cas, dont 6 ont guéri par la thérapeutique médicale; 2 autres ont été traités par la gastro-entérostomie, tous 2 sont morts rapidement.

Ces cas guéris médicalement n'étaient pas du simple spasme pylorique, mais bien de la sténose hypertrophique.

Cf. — Contribution à l'étude de la maladie pylorique du nourrisson. (PINEL. *Th. de Lyon*, 1920-1921.)

Observations ou congenital hypertrophy of the pylorus. (John THOMSON. *Edimburgh méd. J.*, janv. 1921.)

Traitement médical de la sténose pylorique infantile. (J. COMBY. *Arch. de méd. des enf.*, t. XXIV, n° 4, avril 1921, p. 244.)

Traitement chirurgical de la sténose congénitale du pylore, in « Lettre d'Amérique », par Faxton E. GARDNER, *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 18, p. 253.

Sténose du pylore par hypertrophie musculaire. (H. GODART. Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 77, p. 1231, et n° 79, p. 1253.)

La sténose par hypertrophie musculaire du pylore chez le nourrisson. (P. FREDET. *La Médecine*, 3e année, n° 1, oct. 1921, p. 32.)

La radioscopie des sténoses du pylore chez le nourrisson. (Victor VEAU. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, t. XLVII, n° 30, 23 nov. 1921, p. 1229.)

Sur un cas de torticolis osseux congénital. (ROCHER et Ch. LASSERRE. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, n° 31, 31 juillet 1921, p. 369.) — Enfant de six ans sourde-muette, idiote, microcéphale, avec fissure vélo-palatine complète, présentant un torticolis gauche avec cou très court, mouvements du cou très limités. La radiographie montre : 2 vertèbres cunéiformes (6e et 7e cervicales) et rachischisis antérieur des 4e, 5e cervicales, rachischisis antérieur de la 3e cervicale, bifidité de la 1re côte droite.

Contribution à l'étude de la synostose radio-cubitale supérieure congénitale héréditaire. (R. BEUCHARD. *Th. de Paris*, 1921.) — La synostose de l'extrémité supérieure du radius et du cubitus (fusion des deux épiphyses et de l'extrémité supérieure des diaphyses, avec exostoses, a été constatée par l'auteur chez quatre personnes de la même famille, grand-père, mère, tante, petit-fils.

L'auteur décrit en détail cette affection rare et en donne la bibliographie.

Cf. — Substitution plastique du pouce spécialement dans le cas de perte du pouce entier avec son métacarpien. (PERTHES. *Arch. orth. und unfallchir.*, XIX, 2 juillet 1921.)

Sur le traitement opératoire de la luxation congénitale de la hanche. (Albin LAMBOTTE *Arch. franco-belges de chir.*, 25e année, n° 3, déc. 1921, p. 244-246.) — L'auteur rappelle que le traitement opératoire de la luxation congénitale était le seul pratiqué il y a vingt-cinq ans. Il a été abandonné pour le traitement non sanglant qui est le traitement de choix. Mais au-dessus de neuf ans celui-ci n'est plus de mise. Or Lambotte affirme catégoriquement que la luxation de la hanche est réductible à ciel ouvert à tout âge. Il l'a pratiquée chez de nombreux sujets de quinze à quarante-sept ans. Sur ce dernier sujet, il s'agissait d'une luxation double à grand déplacement

Les indications sont fréquentes : toutes les fois que la réduction simple est impossible. Les contre-indications résultent de l'état général du sujet ou de l'absence du col fémoral.

L'auteur décrit ensuite sa technique : incision antéro externe, on découvre la capsule, tractions avec son tracteur à levier qui abaisse la tête. Incision de la capsule. Une grande spatule, mousse spéciale, est conduite dans le cotyle. On incise largement la capsule en arrière et en haut, on creuse le cotyle (fraises tubulaires de Doyen, et curettes plates spéciales de l'auteur). On sculpte la tête s'il est utile, et on réduit, en tirant d'une part sur le membre avec le tracteur, d'autre part en faisant levier avec la spatule. Lambotte dit n'avoir jamais fait d'extension continue préparatoire ni de ténotomies. La traction nécessaire varie de 30 à 100 kilogrammes. Suture de la plaie, plâtre en abduction. L'opération est plus facile chez l'adulte que chez l'enfant, et la réduction tient mieux. Le creusement du cotyle est aussi plus facile.

Les résultats sont très bons.

Réflexions sur le traitement de la luxation congénitale de la hanche. Existe-t-il une limite d'âge à la réductibilité par voie non sanglante? (J. DELCHEF. *Arch. franco-belges de chir.*, 25e année, n° 3, déc. 1921.) — L'auteur passe en revue les différentes méthodes de traitement applicables aux luxations âgées.

Il pense que la réductibilité par la méthode non sanglante persiste chez la grande majorité des sujets âgés et même des adultes.

Il rapporte cinq observations de malades opérés à treize ans et demi, dix-sept, dix-huit, vingt-trois et trente-six ans, dont quatre unilatérales et une double.

Dans deux cas la réduction ne s'est pas bien maintenue. Dans un autre il y a tendance au glissement, deux restent très bien réduites.

Dans tous les cas le résultat fonctionnel a été bon : diminution considérable de la boiterie, disparition des douleurs.

Les résultats éloignés dans le traitement des luxations congénitales de la hanche par la méthode non sanglante. IIIe Réunion annuelle de la Société française d'orthopédie. (*Cong. de Strasbourg*. M. FRŒLICH, rapporteur. Discussion : TRÈVES, ESTOR, NOVÉ-JOSSERAND, RŒDERER, GOURDON, DUCROQUET. Voir *Gaz. des hôpit.*, n° 86, 1er et 3 nov., 1921, p. 1365.)

Evolution anatomique de la hanche après réduction des luxations congénitales. (A. BROCA et MAJNONI D'INTIGUANO. *Revue d'orthop.*, 28e année, sept. 1921, n° 5, p. 353.)

Analyse des résultats éloignés de trente-deux cas de luxation congénitale de la hanche (42 articulations). (*Cong. annuel de l'Assoc. amér. d'orthop.* TORONTO, juin 1921.)

Commission de l'*American orthopœdic association* pour **l'Etude des résultats éloignés du traitement de la luxation congénitale de la hanche.** (Rapporteurs : J. F. GOLDTHWATT et Z. B. ADAMS. Discussion : J. RIDLON, E. H. BRADFORD, H. LUIG TAYLOR, A. F. FREIBERG, W. J. STERN. *The Journ. of orthopœdic surg.*, vol. III. n° 8, août 1921, p. 357-384.)

(Voir aussi nos analyses antérieures dans la *Gaz. des hôpit.* du 23-25 août 1921, n° 66, p. 1045. M. ANIS. *Th. de Paris*, 1920-1921. **Résultats obtenus par la méthode de Le Damany,**

et D. BARGELLINI. *Archivia di ortopedia*, anno XXXVI, fasc. 2, 1921.)

Jusqu'ici on ne s'était guère occupé des résultats éloignés donnés par le traitement, non sanglant, des luxations congénitales de la hanche. De nombreuses statistiques nous indiquaient les résultats immédiats. Mais ce que devenaient ces malades, au bout de huit, dix ans, on ne nous le disait pas. Les travaux, énumérés plus haut, viennent nous apporter, sur ce point, des renseignements précieux.

Dans leur ensemble, ces résultats sont très encourageants. M. Frœlich a pu retrouver 17 malades dont 9 luxations doubles (26 hanches); M. Nové-Josserand, 212 luxations, tous réduits depuis plus de dix ans. M. Broca a retrouvé 50 luxés dont 22 doubles (72 hanches), réduites huit à dix ans auparavant.

Bargellini, 173 luxations (125 unilatérales, 48 bilatérales), réduites depuis au moins sept ans. Voici, brièvement résumées, les conclusions de l'examen de ces 452 malades.

Les reluxations tardives sont très rares : une réduction qui a tenu pendant quelques mois après la reprise de la marche, a toutes les chances de rester réduite. Nous voyons notées 14 reluxations seulement sur ces 452 malades.

Au point de vue fonctionnel, le résultat est souvent parfait : pas de douleur à la marche et même à la fatigue, mouvements normaux de la hanche, pas de raccourcissement du membre. La radiographie montre une hanche à contours normaux, le cotyle comme la tête fémorale se sont reconstitués.

C'est ce que M. Frœlich a vu dans 10 cas sur 26, M. Broca 19 fois sur 72; soit 29 cas sur 98 hanches, donc près d'un tiers des cas.

A côté de ces cas parfaits, anatomiquement comme fonctionnellement, on trouve d'autres malades bons, fonctionnellement, présentant à peine quelques traces de leur ancienne affection : léger raccourcissement portant sur le col (ascension du grand trochanter), avec boiterie légère précoce ou tardive (32,5 p. 100 des cas de Nové-Josserand), limitation de certains mouvements, atrophie musculaire persistante de la cuisse, fatigue légère après une grande marche. Le malade est guéri, mais la hanche reste un peu faible. La radiographie montre, dans ces cas, des déformations très variées. En général, le cotyle est resté petit, son sourcil un peu éculé, la tête un peu haut placée n'est pas profondément emboîtée, et elle est déformée, aplatie le plus souvent avec un certain degré de coxa vara et d'antéversion du col, on est parfois étonné de l'étendue des déformations osseuses compatibles, somme toute, avec un état fonctionnel bon.

En réunissant ces deux groupes de résultats favorables que l'on peut appeler des guérisons fonctionnelles, on arrive à un total de 75 p. 100 (M. Frœlich), 84,5 p. 100 (Nové-Josserand), 100 p. 100 pour les unilatéraux et 85 à 90 p. 100 pour les bilatérales (Bargellini).

Les mauvais cas comportent surtout les luxations bilatérales et surtout les luxés âgés. Il y a, dit M. Broca, une reconstitution tardive secondaire de la hanche, bien moins bonne chez les sujets, opérés après quatre ou cinq ans pour les unilatérales, cinq à six ans pour les bilatérales.

Ces cas comportent les reluxations, les subluxations progressives avec poussées douloureuses d'arthrite pouvant nécessiter une reprise du traitement. A côté de ces poussées graves, on peut voir de légères poussées d'arthrite à la suite de fatigues, au moment de la puberté, poussées se calmant par quelques jours de repos. Dans quelques cas, un raccourcissement (par trouble de croissance sans doute) tardif important se produit entraînant une boiterie grave. Dans d'autres cas, la déformation progressive des os entraîne une limitation considérable des mouvements de la hanche, pouvant aboutir à l'ankylose.

Au total, dans les années qui suivent la réduction de la luxation sous l'influence de la marche et du fonctionnement articulaire, il se fait un modelage articulaire important.

Dans la grande majorité des cas, si les déformations primitives étaient minimes (sujets jeunes), si la reposition est concentrique (Bargellini), ce remodelage est favorable et les résultats fonctionnels sont bons.

Dans des cas bien plus rares et primitivement défavorables (sujets âgés, luxations doubles), ou si la reposition n'a pas été concentrique, il se produit des déformations secondaires, en particulier, le tassement de l'extrémité fémorale, pouvant entraîner des troubles fonctionnels importants (claudications, limitation des mouvements, poussées d'arthrite), ou la reluxation progressive.

Il est beaucoup plus difficile de tirer un enseignement des travaux publiés en Amérique. Aussi bien, le rapport de la Commission de l'American orthopædic Association que les publications d'Adams et de Ridlon, restent confus dans leur exposé. Le travail de la Commission nous présente des tableaux résumant les statistiques de nombreux orthopédistes employant des méthodes très variées de traitement et beaucoup de cas de reposition sanglante, encore très en honneur aux Etats-Unis.

Les seules renseignements nets que nous avons pu recueillir, dans ces longues publications, sont les suivantes :

La commission a pu examiner 86 cas dont 27 doubles (113 hanches) entre cinq et dix ans après la réduction. Au point de vue fonctionnel, 14 malades seulement présentaient des mouvements normaux et ne boîtaient pas. De l'examen des radiographies, avant et après le traitement des enquêteurs concluent que la torsion du col fémoral n'est pas améliorée par le traitement, que les déformations de la tête ont augmenté en nombre; au contraire, le cotyle s'est modelé, creusé, dans beaucoup de cas, il est beaucoup plus profond.

Ridlon, sur 329 cas dont 83 doubles (512 luxations), donne les résultats suivants : 152 hanches sont en place (46 p. 100), 32 subluxations ou repositations, 88 reluxations. Le résultat fonctionnel est très bon dans 42 cas (12,8 p. 100).

Adams, au Congrès de Toronto, apporte les résultats de 32 luxés dont 10 doubles examinés six ans après la réduction; 16 cas au-dessus de six ans dont 3 doubles sont tous reluxés, 16 cas au-dessous de six ans dont 7 doubles, 13 sont bien en place, 2 en autre position, 1 ankylose, 7 reluxations.

Ces résultats sont peu brillants, comparativement à ceux que nous obtenons en France et en Italie. Les rapporteurs l'avouent.

Nous avons recherché l'origine de cette infériorité dans les publications. Nous avons trouvé deux différences importantes dans les méthodes de traitement :

1° Les méthodes de réduction employées sont probablement beaucoup plus brutales que chez nous. Ainsi que l'atteste l'emploi, dans un nombre considérable de cas, de réductions faites à la machine : Bartlett machine (Patented), Bradford machine, lit de Hibbs.

2° L'absence de rotation interne à la fin du traitement chez beaucoup d'orthopédistes.

Ceci doit nous encourager à persister dans des méthodes de douceur, dans la réduction et le traitement de la luxation, et nous prouve, une fois de plus, l'importance de la mise en rotation interne de la hanche à la fin du traitement.

Cf. — Des traitements de la luxation congénitale. (NOVÉ-JOSSERAND. *Progrès méd.*, n° 41, 8 oct. 1921.)

Traitement de la luxation congénitale. (DUCROQUET. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. XCII, 18e cahier, 25 sept. 1921.)

Contribution à l'étude du vice d'assimilation sacrale du 5e métamère lombaire. en particulier sur sa morphologie chez l'enfant. (LUPO. *La chir. degli org. di movimento*, vol. V, fasc. 5, oct. 1921, p. 502-534, 9 fig.) — L'auteur passe en revue les travaux faits en France sur la sacralisation de la 5e lombaire, selon lui cette anomalie, très bien connue et étudiée en Italie, a été mal comprise par nous. Nous regardons cette anomalie comme une simple hypertrophie de l'apophyse transverse d'étendue variable, allant dans les cas extrêmes jusqu'au contact d'une part avec l'aileron sacré, d'autre part avec la crête iliaque. Ce double contact peut être la cause de douleurs, le contact sacré par la compression du 5e nerf lombaire, le contact iliaque par la création d'une bourse séreuse qui s'enflamme.

Cette conception est erronée : la sacralisation est un phénomène d'assimilation régionale qui porte non seulement sur l'apophyse transverse mais sur tous ses éléments : le corps, l'arc postérieur qui prennent la forme sacrée et se soudent. Quant à l'apophyse transverse, elle prend l'aspect du costiforme sacré, arrive au contact sacré et concourt à la formation de la facette auriculaire sacro-iliaque. En même temps les costiformes des trois premières sacrées qui normalement

forment cette facette auriculaire sont rapetissées et deviennent plus petites que la correspondante dans la sacralisation unilatérale. Cette évolution à caractère caudal ne va pas sans modifications statiques importantes : la région lombaire est comblée, aplatie, le diamètre bisiliaque est augmenté, le dos plat et carré.

L'assimilation est le plus souvent asymétrique même quand elle est bilatérale. Une scoliose lombo-sacrée en résulte le plus souvent. Les douleurs relèvent soit de la compression nerveuse, soit du trouble statique rachidien.

Le caractère, presque pathognomonique, de la douleur par compression nerveuse, est d'avoir lieu par crises durant la position debout ou assise, pour s'atténuer ou disparaître dans la position couchée (Bertolotti), ce que Lupo explique par l'augmentation de tension du 5e nerf lombaire dans la position couchée.

Quant au contact iliaque de l'apophyse transverse, il n'existe pas. C'est une superposition d'ombres, mais les radiographies prises en oblique montrent qu'un espace subsiste. D'ailleurs l'apophyse transverse de la 5e lombaire est sur un plan antérieur de 2 à 3 centimètres à la crète iliaque.

Telle est la conception italienne (Bertolotti, Serra, Rossi), exposée à nouveau par Lupo.

L'auteur a pu recueillir 11 observations de sacralisation de la 5e lombaire chez l'enfant. Il pense qu'elle est chez lui aussi fréquente que chez l'adulte, elle passe le plus souvent inaperçue à cause de l'absence, sauf exceptions, des douleurs. Elle est plus souvent que chez l'adulte bilatérale. Elle s'accompagne très souvent d'autres déformations : luxations congénitales de la hanche (4 cas), coxa valga (4 cas), coxa vara (1 cas), genu valgum (1 cas), atrophie du membre inférieur (1 cas), en plus 3 fois il y avait une scoliose sacro-lombaire.

L'absence de douleur chez l'enfant s'explique bien par l'examen des radiographies, l'aspect est différent de la sacralisation de l'adulte, même si elle est complète. De même que pour les vertèbres sacrées normales, la vertèbre sacralisée à son corps séparé, non soudé, le trou de conjugaison est ample, libre. Il n'y a pas de compression nerveuse. L'absence de douleur chez l'enfant est une preuve de l'origine mécanique, par compression osseuse, de la douleur.

La radiothérapie dans la sacralisation douloureuse de la Ve vertèbre lombaire. (P. Japiot. *Lyon chir.*, t. XVIII, n° 4, juil.-août 1921, p. 437.) — Les douleurs dues à la sacralisation ont été jusqu'ici en France traitées par la résection de l'apophyse qui n'a jusqu'ici donné que des améliorations et non des guérisons.

En Italie et aux Etats-Unis on a publié un grand nombre de guérisons obtenus par la physiothérapie, en particulier la radiothérapie. P. Japiot en rapporte 4 observations avec 3 guérisons. Dans les 3 cas il s'agissait de sciatiques rebelles. Dans le 4e cas la névralgie était mal localisée et il existait de la fièvre.

Dans la discussion M. Nové-Josserand apporte deux autres cas de guérisons de la douleur dans la sacralisation. Il est d'avis qu'il fait pratiquer la radiothérapie avant de songer à l'intervention qui est encore discutable.

La résection de l'apophyse transverse de la Ve vertèbre lombaire. Données anatomiques et technique (A. Bonniot. *Lyon chir.*, t. XVIII, n° 4, juil.-août 1921, p. 446.) — Une étude anatomique complète de la région conduit l'auteur aux conclusions suivantes : 1° il n'existe aucun repère anatomique précis pour situer simplement et exactement la 5e apophyse costiforme : seule la radiographie avec repère opaque sur la peau le permet; 2° les insertions de la masse sacro-lombaire convergent sur les tubercules apophysaires à 24 ou 28 millimètres de la ligne médiane; 3° les artères dorso-spinales sont en dedans de cette ligne; 4° il faut donc aborder la 5e costiforme par en dehors et non par sa base.

Les principaux temps opératoires sont : 1° repérage radiographique; 2° incision verticale le long du bord externe de la masse sacro-lombaire jusqu'à la crète iliaque et la suivant ensuite en dedans; 3° incision de l'aponévrose lombaire; 4° recliner les muscles en dedans; 5° ostéotomie de la partie postérieure de la crète iliaque, qui permet de refouler les muscles en dedans; 6° libération et résection de l'apophyse; 7° reconstitution des plans.

AFFECTIONS ACQUISES

Rhumatisme chronique généralisé déformant et enkylosant de l'enfance. (H. Roger et G. Laplane. *Marseille méd.*, 58e année, n° 18, 15 sept. 1921, p. 817.) — Très intéressante observation d'un enfant qui à l'âge de trois ans et demi a fait une affection de la hanche prise pour une coxalgie et qui était sans doute une ostéochondrite déformante juvénile. L'affection s'est ensuite étendue à la 2e hanche, puis aux articulations tibio-tarsiennes, aux genoux, aux coudes, aux poignets, aux doigts, aux épaules, pour aboutir à quinze ans à des déformations articulaires considérables avec ankylose. Somme toute rhumatisme chronique déformant et ankylosant, atteignant à peu près toutes les jointures et prédominant au niveau des grandes articulations.

L'auteur discute l'origine probable de l'affection et croit à l'hérédosyphilis en raison des antécédents paternels et maternels, d'une réaction de Wassermann légèrement positive.

Contribution au traitement des paralysies spasmodiques du membre supérieur. (G. Piéri. *Arch. di ortopedia*, vol. XXXVII, fasc. 1, 1921, p. 45.) — Dans le traitement des paralysies spasmodiques, si on a utilisé au membre inférieur surtout les interventions sur les muscles (allongements et transplantations tendineuses), au membre supérieur on tend à utiliser surtout les opérations sur les nerfs périphériques à cause de la multiplicité et de la ténuité des tendons.

Les contractures portent sur les pronateurs, fléchisseurs du poignet et des doigts et l'adddducteur du pouce. Tout se passe dit Piéri comme s'il y avait excitation des nerfs médian et cubital, et parésie du radial. Il semble donc logique d'affaiblir le territoire des deux premiers nerfs et de renforcer celui du troisième.

Les premières tentatives ont porté sur l'affaiblissement des nerfs médian et cubital : injections d'alcool dans les troncs (Allington-Sicard), section incomplète des troncs (Stöffel). Mais cela reste insuffisant. Si les résultats immédiats du Stöffel sont bons, les résultats éloignés sont médiocres (Bruce Gill). De là l'idée de renforcer en plus le nerf antagoniste par la suture sur le radial des filets supprimés au médian. L'auteur cite les tentatives faites déjà dans ce sens par Galeazzi, Spitzy. Albert (suture d'un lambeau du tiers du médian sur le radial).

Au lieu de s'adresser au tronc du nerf, Piéri propose une opération plus logique : le premier filet qui se détache du médian au pli du coude va au rond pronateur, palmaires, fléchisseurs superficiels Sa section diminue la contracture de ces muscles. Après section, ce filet est suturé dans une boutonnière du radial avant l'issue de sa branche postérieure. L'anastomose est enveloppée dans un segment de la veine médiane basilique, on complète l'intervention par l'allongement du cubital antérieur et section de l'adducteur du pouce; plâtre en hypercorrection. Il a pratiqué en 1914 l'opération sur deux enfants et un adulte. Chez ce dernier, en raison de rétractions considérables le résultat a été médiocre. Pour les deux autres le résultat immédiat a été très bon. Un d'eux a été revu au bout de sept ans, la contracture est revenue peu à peu, le malade reste simplement un peu amélioré.

L'auteur conclut de ce cas à l'échec de l'opération sur les nerfs périphériques dans les paralysies spasmodiques. Cet échec viendrait selon lui de ce que, une fois l'influx cérébral régulateur supprimé, les muscles sont livrés à eux-même, autonomes. Or il y aurait d'après les travaux de Murk Jansen prédominance des muscles fléchisseurs, adducteurs, rotateurs internes (proximatores) sur leurs antagonistes (distatores). La conclusion serait que les opérations seules logiques dans les paralysies spasmodiques sont les opérations musculaires telles qu'on les pratique pour le membre inférieur.

Paralysies obstétricales du bras. (Frœlich. *Revue de chir.*, 1921, t. LIX, n° 7-8, p. 419, 450, 9 fig.) — En vingt années Frœlich a observé 40 cas de paralysies obstétricales du membre supérieur : 10 cas observés à la naissance, 20 cas chez des jeunes enfants, 7 cas chez des adolescents, enfin 3 cas de paralysie complète avec membre inutilisable. L'as-

pect clinique, le diagnostic, le traitement, varient selon l'âge auquel est observé le malade.

La paralysie du nouveau-né se limite le plus souvent aux muscles de l'épaule abducteurs et rotateurs externes du bras. Rarement elle s'étend au biceps, brachial antérieur, triceps. Exceptionnellement elle est totale. Le diagnostic est à faire avec la pseudo paralysie de Parrot (épiphysite syphilitique) plus tardive, signes d'hérédosyphilis. L'intervention sur le plexus est contre-indiquée dans presque tous les cas. La guérison totale peut être obtenue par le maintien en rotation externe et abduction externe du membre longtemps prolongée.

Les malades vus plus tardivement ont récupéré leurs muscles paralysés mais fixé une attitude vicieuse par contracture des antagonistes, bras collé au thorax, en rotation intense forcée, main fléchie et en pronation. La tête humérale peut être subluxée en arrière. Le diagnostic est à faire avec l'hémiplégie spasmodique, mais les contractures du membre inférieur (équinisme, varus) feront éviter l'erreur. Le traitement comporte la mobilisation sous anesthésie, au besoin la désinsertion du grand pectoral, du sous-scapulaire (opération de J.-W. Sever) avec immobilisation très prolongée en appareil, le bras en abduction à 90 degrés et rotation externe, exceptionnellement on recourra à l'ostéotomie de l'humérus.

A l'adolescence on voit surtout des paralysies complètes, définitives, l'épaule ballante. Le début à la naissance permet de différencier les cas des polyomyélites, des monoplégies par mal de Pott sous-occipital. Dans ces cas les greffes musculaires n'ont rien donné, l'arthrodèse de l'épaule est l'intervention de choix.

Frœlich pense que la soi-disant luxation congénitale de l'épaule n'est qu'une paralysie obstétricale.

Il admet qu'il ne s'agit pas toujours d'un étirement du plexus brachial (4e et 5e paire), mais qu'il y a des cas où il y a eu fracture du col chirurgical, décollement épiphysaire, déchirure de la capsule et subluxation de la tête. Il en aurait été ainsi chez sept des malades de l'auteur.

Méthodes opératoires et résultats définitifs des impotences de l'épaule et du membre supérieur. (A. Steindler. *The J. of orthopaedic surgery*, déc. 1921, vol. III, n° 12, p. 652. Discussion : Osgood, J. Warren-Sever, Emil Geist, Robert Jones, W.-J. Stern, Fred.-H. Albee.) — L'auteur étudie successivement : 1° les opérations employées pour les contractures de l'épaule : redressements et mobilisation forcée dans des affections variées, ténotomie des abducteurs et rotateurs internes du bras dans la paralysie obstétricale ; 2° l'arthrodèse de l'épaule ; 3° la transplantation au bras des muscles fléchisseurs de l'avant-bras dans le coude ballant ; 4° les myotomies ou plasties des muscles de l'avant-bras ; 5° l'arthrodèse du poignet.

Pour chaque intervention l'auteur expose brièvement les indications, la technique, et les résultats obtenus.

De cet exposé et de la discussion qui suit, il ressort trois points intéressants :

1° La radiographie montre parfois la présence de dépôts calcaires dans la bourse sous-deltoïdienne, dans des cas de raideurs de l'épaule. On avait tendance à tenter l'ablation de ces corps étrangers. D'après Steindler, J.-W. Sever, E. Geist, ces opérations sont inutiles, ces calcifications disparaissent et les mouvements reviennent après des manipulations de l'épaule, ou même spontanément ;

2° Dans l'arthrodèse de l'épaule sous quel angle faut-il fixer l'humérus? Classiquement on fait l'arthrodèse, l'humérus en abduction au-dessous de l'angle droit, projection en avant, et très légère rotation interne. Si on fixe l'humérus à angle droit on doit craindre que l'omoplate ne bascule pas assez pour que le bras vienne se coller au tronc, ou cette position peut entraîner la formation d'une scoliose. D'après les remarques de Steindler, J.-W. Sever, Robert Jones, F.-H. Albee, il en est bien ainsi chez l'adulte, le bras reste éloigné du tronc, ce qui constitue une véritable difformité. Mais chez l'enfant on peut fixer l'humérus en abduction à 90 degrés et même plus, l'omoplate est si mobile que le bras vient coller au tronc et le mouvement d'abduction sera accru d'autant ;

3° Dans les paralysies de l'avant-bras avec poignet tombant, Steindler préfère l'arthrodèse du poignet qui lui a donné d'excellents résultats aux transplantations de tendon : les muscles employés étant en général trop faible pour assurer à la fois la stabilité et le mouvement du poignet en même temps que les mouvements des doigts.

L'arthrodèse du poignet peut être complétée par une transplantation tendineuse sur les extenseurs des doigts.

Quelques notions sur le traitement moderne des scolioses. (H. Judet. *Le Monde méd.*, 1-15 juil. 1921, n° 585, p. 205.)

Traitement de la scoliose. (G. Devimeux. Paris, A. Maloine et fils.

On ne peut analyser ces deux articles qui exposent la pratique personnelle des auteurs dans le traitement des scolioses graves. Mais si on les rapproche de la discussion qui a eu lieu sur le même sujet au congrès de la Société d'orthopédie de 1920, on est frappé de voir que les orthopédistes sont à peu près tous d'accord sur le traitement des scolioses.

A part des divergeances personnelles d'application, les méthodes suivies sont les mêmes dans leurs grandes lignes, que Judet résume ainsi :

1° Port permanent d'un appareil (corset) ayant pour objectif de rétablir la statique générale du rachis ;

2° Usage du décubitus horizontal, seul moyen efficace de décharger le rachis ;

3° Gymnastique indispensable pour empêcher l'atrophie des muscles ;

4° Le traitement médicamenteux visant spécialement la récalcification de l'organisme.

Les résultats des opérations pour ankyloser le rachis. Rapport de la commission nommée pour cette étude. (E.-G. Brackett, W.-S. Baer, J.-E. Rugh. *The Journ. of orthop. surgery* (vol. III, n° 10, oct. 1921, p. 507.) — Ce très important rapport est basé sur l'examen de 96 malades opérés pour mal de Pott par différents chirurgiens et selon différentes techniques.

Voici les résultats observés :

1° Action sur le développement ultérieur de la gibbosité.

Au-dessous de cinq ans sur 32 cas la gibbosité a augmenté dans 24 cas, de cinq à seize ans sur 48 cas, 32 fois, au-dessus de seize ans sur 16 cas, 5 fois.

Donc les opérations ont d'autant moins d'action pour empêcher la formation d'une déformation que le sujet est jeune.

Chez les enfants le traitement par les appareils de soutien doit être continué aussi longtemps que si on n'avait pas opéré si on veut éviter la production graduelle de la gibbosité.

Le greffon s'est fracturé dans plusieurs cas et cette fracture a été suivie de la reprise de signes aigus.

2° Dans 80 p. 100 des cas l'immobilisation du segment rachidien opéré est obtenue, le pourcentage est d'autant plus élevé que le sujet est plus âgé. Sur les 96 malades, 17 seulement ont montré une fusion des corps vertébraux malades, fusion indispensable pour établir la guérison du foyer.

3° L'opération a une influence favorable non douteuse sur les phénomènes douloureux aigus.

4° Action sur les abcès. Elle paraît nulle, 18 malades avaient des abcès lors de l'opération, 10 persistèrent, 8 disparurent mais 7 nouveaux se formèrent.

5° Il en est de même pour la paraplégie ; 8 paraplégiques furent opérés, 7 s'améliorèrent ou guérirent, 2 nouvelles paraplégies apparurent après l'opération.

6° De l'examen de 137 cas opérés, les auteurs établissent ainsi la mortalité : morts 16 (1,2 p. 100), dont 3 classées comme opératoires (2,2 p. 100), 6 sont dues à la méningite ou à la tuberculose pulmonaire (4,4 p. 100), les autres à une maladie intercurrente. La mortalité porte surtout chez les jeunes enfants. Au total les opérations ankylosantes du rachis dans le mal de Pott ne doivent être considérées que comme un incident dans le traitement.

L'immobilisation par appareil doit être continué jusqu'à la fusion des corps vertébraux, si ce résultat est possible.

Nous constatons que les conclusions sont identiques à celles auxquelles nous étions arrivés dans un travail basé sur l'étude de 159 observations recueillis dans les publications de divers pays. (Les opérations ankylosantes dans le traitement du mal de Pott, *Gaz. des hôpit.*, nos 34 et 36, 14 et 17 avril 1920).

Les opérations ankylosantes dans le mal de Pott semblent

condamnées chez l'enfant, tandis que chez l'adulte, par l'action sur la douleur, par la possibilité de la reprise de la déambulation, elles peuvent constituer un adjuvant, mais un adjuvant seulement au traitement orthopédique habituel.

Le traitement de la spondylite tuberculeuse. (1re question à l'étude du XIIe congrès de la Société italienne d'orthopédie (Naples, 24 oct. 1921). DALLA VEDOVA. Rapporteur. Discussion : PUTTI, DELITALA, CURCIO, MARAGLIANO, COMISSO, PIERI, ALBANESE, GALEAZZI, SCALONE, AMANTE, CALANDRA, CHIASSERINI, D'ESTE, NICOLETTI, ANDREONI, in *Bibliografia ortopedica*, déc. 1921, anno II, n° 6, p. 158.) — Il a été surtout question dans cette discussion des indications et des résultats de l'ostéosynthèse.

Il en ressort tout d'abord que l'opération a été très peu pratiquée en Italie.

La plupart des auteurs n'apportent que 1, 2, 4 cas. Certains ne l'emploient pas. Le rapporteur assez favorable à la méthode parce qu'elle abrège le temps de port des corsets, avoue que c'est plutôt un raccourcissement plus apparent que réel car l'évolution de l'affection n'est pas abrégée et en empêchant le tassement du rachis elle risque de l'allonger. Pour lui sa véritable indication est à la période prégibbeuse. Presque tous les auteurs prenant part à la discussion ont été défavorables à l'emploi de l'ostéosynthèse du rachis chez l'enfant, reproduisant les arguments connus qu'on invoque contre elle : ramollissement du greffon pour suivre la croissance du rachis, d'où inutilité, le greffon ne pouvant empêcher l'inflexion du rachis, ou rigidité du greffon empêchant l'inflexion, mettant obstacle à la coaptation des débris de corps vertébraux nécessaires à la consolidation de la guérison, au tassement des arcs postérieurs qui assure un redressement partiel de la gibbosité, obstacle à la formation des compensations immédiatement au-dessus du foyer.

Maragliano a montré les résultats éloignés (plus de huit ans) obtenus chez des enfants au-dessous de douze ans : le greffon diminue de volume avec le temps et s'allonge, suivant la croissance du rachis. Il y a souvent amélioration clinique des malades mais non anatomo-pathologique; quelquefois il y a aggravation. Sur 61 malades, 23 (37 p. 100) sont morts de tuberculose à foyers variés.

Tous les auteurs qui ont apporté des cas favorables à l'opération (Scalone, Chiasserini, Delitala), ont cité des observations d'adultes. L'opération en supprimant les douleurs a permis la reprise du travail. Chez l'adulte il faut le répéter l'ostéosynthèse dans le mal de Pott peut être indiquée, rendre de grands services, au point de vue social.

Des déviations latérales dans le mal de Pott. (E. SORREL et TALON. *Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, 91e année, n° 89, oct.-nov. 1921, p. 439.) — Elles sont de différentes sortes : déviation par contracture, par présence d'un abcès, enfin lésions osseuses. Ce sont ces dernières qu'étudient les auteurs. Bien connues chez l'adulte où leur présence est considérable (nous l'avons trouvé dans 8/10 de nos soldats pottiques. (Voir : Le mal de Pott de l'adulte. Lance. *Gaz. des hôpit.*, 17 et 19 fév. 1920, p. 263). On croyait leur présence rare chez l'enfant. Or sur 100 maux de Pott pris au hasard à l'hôpital maritime de Berck, les auteurs trouvent 29 déviations latérales, et pour les maux de Pott lombaires et dorsolombaires la proportion s'élève à 44,5 p. 100.

Ils étudient les deux mécanismes de cette déviation latérale : le glissement du segment sus-jacent sur le segment inférieur, qui leur semble rare (4 fois), et la destruction asymétrique des corps vertébraux (24 fois).

Ils montrent la rareté de la rotation. La déviation reste d'ailleurs minimes chez ces malades, traités par le décubitus, mais peut s'aggraver par la suite.

Cette déviation latérale complique le traitement du mal de Pott par la pose d'un greffon interépineux.

Rappelons que nous avons montré qu'à côté de ces déviations latérales minimes du mal de Pott, il existe des scolioses véritables post-pottiques avec gibbosité et rotation énorme nous en avons présenté deux exemples à la Société de pédiatrie (17 juin 1919).

Infections légères des corps vertébraux probablement à staphylocoques. (F.-C. KIDNER. *The Journ. of orthop. surgery*, vol. III, n° 9, sept. 1921, p. 459.) — Chez l'adulte le diagnostic de mal de Pott est beaucoup plus difficile que chez l'enfant parce qu'il existe chez lui de nombreuses spondylites d'origines variées.

Kidner apporte 8 observations évoluant cliniquement comme un mal de Pott lombaire. Dans l'observation I, la radiographie montre des destructions osseuses des corps, des périostoses en bec de corbeau caractéristiques du rhumatisme chronique ankylosant vertébral. Dans l'observation II, un abcès se fistulisa, il sortit des séquestres, la fistule se ferma. La radiographie montre une cicatrisation des lésions avec périostose. L'observation III est comme l'observation I un cas typique de rhumatisme chronique ankylosant.

L'auteur rejette l'origine tuberculeuse de ces affections sans en donner de preuves et suppose, sans plus de preuve l'origine staphylococcique. Il semble bien cependant que l'observation II se rapporte bien à un mal de Pott fistuleux avec périostoses par infection secondaire, et cicatrisation d'une fistule postérieure au bout de trois ans, ce qui est normal.

Ce qui est intéressant dans les observations I et III, c'est que l'auteur fit chez eux en face des douleurs très vives que rien ne calmait, une ostéosynthèse avec greffon tibial. Au bout de quelques semaines dans les 2 cas, il y eut disparition des douleurs qui n'ont jamais reparu depuis.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ARTICLE 64 DE LA LOI DES PENSIONS

Dans sa première séance du 28 mars 1922, la Chambre des députés a adopté un article unique modifiant l'article 64. En voici le texte :

« *Article unique.* — L'article 64 de la loi du 31 mars 1919 est modifié comme suit :

« Les paragraphes 1er, 4, 5, 6, 7 dudit article sont abrogés et remplacés par les dispositions suivantes :

« L'État doit à tous les militaires et marins bénéficiaires de la présente loi, leur vie durant, les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques nécessités par la blessure ou la maladie contractée ou aggravée en service et qui a motivé la pension.

. . . .

« Les bénéficiaires de la présente loi, auront droit au libre choix du médecin, du chirurgien et du pharmacien.

« Les frais des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques seront supportés par l'Etat.

« Si l'hospitalisation est reconnue nécessaire, les malades pourront être admis, à leur choix, dans les salles militaires ou les salles civiles des hôpitaux de leur ressort ou dans les établissements privés. A l'hôpital public, l'Etat payera les frais de séjour au tarif des salles militaires ou des salles civiles de cet hôpital ; à l'établissement privé l'Etat payera les frais de séjour au tarif des salles civiles de l'hôpital public le plus voisin dudit établissement.

« Les frais de voyage nécessités par l'hospitalisation dans un établissement public ou privé et, en cas de décès, les frais de transport du corps au domicile seront à la charge de l'Etat, dans les conditions et limites que fixera le décret prévu ci-après.

« Dans chaque département, une commission composée de représentants de l'État, des associations de mutilés et des syndicats et associations médicaux et pharmaceutiques, assurera le contrôle des soins prévus aux paragraphes précédents.

« Ces décisions seront susceptibles d'appel devant une commission supérieure composée dans les mêmes conditions et qui siégera au ministère des Pensions.

« Par dérogation à l'article 35 de la loi du 31 mars 1919, toutes les contestations auxquelles donnera lieu l'application de l'article 64 seront jugées en premier ressort par la commission de contrôle du domicile de l'intéressé et en appel par la commission supérieure.

« Un décret rendu sur la proposition du ministre de la Guerre et des Pensions et du ministre des Finances déterminera les tarifs des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, les conditions et limites de remboursement des frais de voyage et de transport ainsi que la composition, les attributions et le fonctionnement des commissions de contrôle. »





NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC

DE LA

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE [1]

c. *Les troubles paralytiques.* — Ils peuvent apparaître en pleine période d'état ou pendant la convalescence. En général la guérison est complète ou à peu près. Les paralysies définitives sont exceptionnelles. Il faut citer les paralysies des nerfs craniens, les monoplégies, hémiplégies, paraplégies; tous ces troubles étant liés à des atteintes de polyomyélite antérieure (association possible des deux affections).

d. *Les troubles psychiques.* — Chez les jeunes enfants, on doit signaler l'*hydrocéphalie*, la surdi-mutité. L'amnésie, les troubles du caractère sont en général *transitoires* s'ils sont précoces. Parfois ils sont tardifs et *persistants* : colère, diminution de l'intelligence, troubles du caractère. Souvent c'est à propos de la constatation tardive de ces troubles qu'on pourra avoir à poser un diagnostic rétrospectif de méningite cérébro-spinale.

FORMES CLINIQUES. — I. **Suivant la durée.** — A côté de la forme d'intensité *moyenne*, prise comme type de description, et dont l'évolution dure normalement deux ou trois semaines, il faut citer de nombreuses formes cliniques :

1. La *forme suraiguë*, qui tue, en quelques jours, avec délire, agitation très marquée, température élevée, raideur intense, mort.

2. La *forme foudroyante*, marquée par un frisson violent. Le malade tombe dans le coma et meurt en quelques heures. Parfois, cette mort foudroyante termine l'évolution d'une forme ambulatoire.

3. *Les formes subaiguës.* — Leur évolution se prolonge et est coupée par des rémissions, par des alternatives d'amélioration et d'aggravation, qui peuvent réaliser dans certains cas une forme à rechutes.

Cette *forme prolongée à rechutes* (Letulle) ou forme *intermittente* est essentiellement caractérisée par des poussées successives et de véritables rechutes. Ces rechutes peuvent être très nombreuses avec, dans l'intervalle, des rémissions franches et un retour apparent à la santé pendant quelques jours, quelques semaines ou quelques mois plus exceptionnellement. C'est dans ces formes, que l'on note, avec une grande intensité, l'amaigrissement, la cachexie, les séquelles possibles.

4. *Les formes légères.* — La forme *abortive* est caractérisée par un début habituel comme intensité, mais la guérison survient rapidement.

La forme *ambulatoire* est fréquente au cours de certaines épidémies. Le malade ne présente qu'un peu de céphalée, de l'inappétence; les signes de méningite ne sont que frustes et atténués.

5. *Forme prolongée, cachectisante* (forme chronique de la méningite cérébro-spinale). — Le début est comme celui de la forme aiguë, violent. Puis au bout de quinze jours, un mois, les symptômes s'atténuent et une rémission semble annoncer une guérison prochaine. Seulement, certains symptômes persistent : la raideur de la nuque ou de la colonne vertébrale. L'état psychique reste plus ou moins altéré.

Après quelque temps d'une amélioration relative, les accidents aigus réapparaissent : fièvre, céphalée, délire, raideur.

C'est ainsi qne pendant quelques semaines, quelques mois, on a des alternatives de sédation et d'aggravation, et c'est peu à peu, au cours de ces reprises successives, que se constituent les stigmates de cette infection méningée subaiguë (Netter et Debré) : les troubles *trophiques* sont caractérisés par de l'amyotrophie diffuse, une fonte graisseuse considérable, du délire.

Les troubles *psychiques* sont constants : délire chronique, obnubilation intellectuelle. Des troubles *sphinctériens* et *moteurs* peuvent être notés : l'association d'une impotence plus ou moins complète avec la raideur musculaire et du tremblement.

Parmi les troubles *sensitifs*, noter la céphalée, les douleurs spontanées et provoquées au niveau du dos, des membres.

L'*état général* est très altéré rapidement : adynamie, cachexie qui amènent parfois la mort dans le marasme. L'*amaigrissement* surtout domine, la fonte musculaire et graisseuse. La température reste autour de 37 degrés.

L'*évolution* de cette forme chronique est marquée par des poussées, des crises aigues, avec raideur plus marquée, température montant à 38 degrés et 39 degrés, des vomissements, des douleurs, des troubles vaso-moteurs. Le malade sort de ces crises plus amaigri encore, plus raide, plus cachectique.

La *durée* peut être fort longue : d'un à douze mois parfois.

La terminaison est fatale presque toujours.

1. La mort survient au cours des poussées aiguës.

2. Elle peut faire suite à un marasme et une cachexie croissante.

3. Elle peut survenir au cours de convulsions.

4. La mort subite peut se produire avec irrégularité du pouls.

5. La guérison est rare, mais toutefois elle n'est pas impossible.

II. **Suivant la prédominance de certains symptômes.** — 1. La forme *purpurique*, avec production d'hémorragies et de suffusions sous-cutanées.

2. La forme *typhique*, au cours de laquelle les signes méningés ne sont qu'au deuxième plan.

3. La forme *pneumonique* avec modifications pulmonaires.

Récemment, Teissier a établi une distinction entre la forme *cérébrale*, plus grave, et la forme à prédominance *spinale*. Cette dernière forme est caractérisée par la discordance entre le peu de gravité apparente des signes généraux et l'intensité des phénomènes méningés (hyperesthésie, signe de Kernig, etc.).

III. **Suivant l'âge.** — 1. *Chez le nourrisson.* — On a pu décrire des formes convulsive, tétanique, paralytique, basale, atténuée, cachectique, etc. Les vomissements, l'agitation, les convulsions, l'excitation sont toujours au premier plan. L'examen clinique montre les fontanelles tendues ; parfois la tête est fortement renversée en hyperextension (méningite basale). Parfois, au contraire, la nuque est paralysée, la tête ballante (Netter).

Le diagnostic est souvent difficile.

2. *Chez la femme enceinte.* — Le pronostic est toujours plus grave, car l'avortement est possible et fréquent. Mais surtout le diagnostic est plus difficile à poser, car en présence de convulsions, survenant chez une femme enceinte, on songe plutôt à l'éclampsie qu'à une méningite cérébro-spinale (ponction lombaire, recherche de l'albuminurie, prise de la tension artérielle).

3. *Chez le vieillard.* — On observe surtout des formes frustes et latentes. Elles sont, en somme, très rares. Parfois, on peut constater un début apoplectique avec hémiplégie et coma.

En résumé, la méningite cérébro-spinale revêt un aspect polymorphe ; le diagnostic peut en être difficile. Pour arriver à le poser d'une façon rigoureuse et précoce, il est indispensable de mettre en évidence, dans l'organisme, le méningocoque de Weichselbaum. (*A suivre.*)

(1) Suite.—Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, nos 23, p. 367, et 25, p. 398.

Traitement de la syphilis héréditaire et de la syphilis infantile acquise, par G. Lacapère, ancien chef de clinique de l'hôpital Saint-Louis, médecin de Saint-Lazare, et Pierre Vallery-Radot. ancien interne de l'hôpital des Enfants-Malades et de l'hôpital Saint-Louis. Préface du professeur Hutinel. In-8, 1922. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-62

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Nomination.* — Le jury est définitivement composé de MM. Félix Ramond, Boidin, J. Renault, Paisseau, Foix, Siredey, Menetrier, Carnot, Lejars, Darier et Jousset.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture des copies.* — Séance du 3 avril. — MM. Monod, 25; Bloch (Jacques), 24; Bergeret, 27; Maurer, 24.

Séance du 5 avril. — MM. Madier, 25; Charrier, 26; Lorin, 25; Métivet, 27.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Séance du 3 avril. — Question donnée : « Extirpation du sac lacrymal. »

MM. Bollack, 18; Monbrun, 19; Velter, 18; Prélat, 16; Bourdier, 17.

HOPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Le jeudi 29 juin 1922, un concours aura lieu à l'Hospice-Général, à 16 h. 1/2, pour la nomination d'un médecin adjoint des hôpitaux, sous la présidence de l'un des membres de la Commission administrative des hospices civils de Rouen. S'inscrire avant le 4 juin 1922.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — Ont été nommés, après concours subis devant l'Ecole : Chef de clinique médicale, M. le Dr Picard; chef de clinique chirurgicale, M. le Dr Moutier; préparateur de bactériologie, M. Guillon (Valentin).

GUERRE. — ACTIVE. — Sont promus :

Au grade de médecin principal de 2e classe. — M. le médecin-major de 2e classe Pignet.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Hugel, Sergeant, Chauliac, Deniau, Chatain, Kliszowski, Drouhet, Frizac, Pernin et Colin.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aide-majors de 1re classe Lazerges, Bernard, Ignard, Dupuy, Testas, Lemaire, Haultcœur, Menville, Chaton, Marchand, Picot, Pommé, Bugeau, Bertholon, Bou-Hanna, Pierron, Gardes, Férot, Chevant, Dubois, Duboureau, Villeclère, Paulet, Malinas, Deviller, Knaub, Montels, Pellotier, Combalat.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Le lundi 10 avril 1922, à 9 heures du soir, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris : « Etude et discussion d'un projet de création de maison médicale, centre de réunion, d'informations, de propagande, siège des sociétés médicales (scientifiques et professionnelles). »

Le Dr Ch. Levassort, secrétaire général de l'A. G., exposera l'état de la question.

LA CONFÉRENCE DE VARSOVIE. — Les membres de la conférence, après un voyage dans les provinces de l'Est polonais, viennent de reprendre leurs travaux à Varsovie. Il a été convenu, à l'unanimité, qu'une action se limitant à défendre les provinces polonaises contre les maladies contagieuses, s'infiltrant de la Russie, était insuffisante et qu'il fallait en même temps s'attaquer aux sources de la contagion, en Russie blanche et en Ukraine.

M. Maxa, ministre plénipotentiaire de Tchéco-Slovaquie, a proposé les résolutions suivantes :

1° La conférence anti-épidémique constate que l'état sanitaire de l'Est présente un danger grave pour l'Europe entière et reconnaît que la charge de lutter contre les épidémies ne saurait incomber aux seuls pays directement menacés ;

2° Tous les Etats de l'Europe s'engagent à participer à la lutte contre les épidémies s'infiltrant à l'Est;

3° La répartition des frais entre les pays directement menacés sera effectuée par la Société des nations suivant les principes établis par la deuxième assemblée de cette société ;

4° Les autres Etats seront invités à collaborer suivant les mêmes principes.

Ces résolutions ont été adoptées.

LA PROPAGANDE POUR LES STATIONS THERMALES FRANÇAISES. — Nous recevons un des premiers exemplaires parus de l'Album des stations thermales que vient de publier l'*Office national du tourisme*.

On sait que cet Office a pour principal objet de faire connaître à l'étranger les beautés de la France, et en même temps la valeur des stations thermales de notre pays. L'Album des stations thermales, préfacé par M. le prof. A. Robin et luxueusement édité par Dräeger, montre l'importance de l'effort accompli. Exclusivement destiné à la propagande auprès des médecins étrangers, il a été tiré à 30.000 exemplaires en français, anglais et espagnol.

SOCIÉTÉ DE SECOURS MUTUELS ET DE RETRAITES POUR FEMMES ET ENFANTS DE MÉDECINS. — L'assemblée générale de la Société de secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins vient de se tenir au siège de l'Association générale, 5, rue de Surène. M. Siredey, médecin honoraire des hôpitaux a été nommé, à l'unanimité, président.

La Société a pour but de réunir, dans un même groupement de solidarité les femmes et enfants de médecins. Elle se propose de constituer des retraites de droit de 360 fr. pour lesquelles une cotisation annuelle proportionnelle à l'âge d'entrée dans la Société, est exigée. Il est important, pour les médecins dont les femmes ne font partie d'aucune Association professionnelle et dont les enfants sont jeunes, de s'intéresser à cette œuvre qui, appelée à un grand avenir, et sous le patronage de la Société centrale et de l'Association générale des médecins de France, est destinée à grouper les femmes de médecins devenues veuves, et les orphelins du corps médical. (Les femmes âgées de plus de quarante-cinq ans ne peuvent être admises dans la Société).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr A. Watelet, secrétaire général, 5, rue de Surène.

COURS DE GASTRO-ENTÉROLOGIE DE L'HOPITAL BEAUJON. — Six conférences sur les lithiases digestives seront faites le matin à 10 h. 30, du 10 au 15 avril 1922, à l'hôpital Beaujon, dans le service du professeur Carnot. Ces conférences sont gratuites. S'inscrire à la consultation de gastro-entérologie, le matin entre 9 heures et 12 heures.

HOPITAL MARITIME DE BERCK. — Le Dr SORREL, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck, fera du lundi 10 avril au samedi 15 avril 1922, six leçons sur le « Traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires.

Les cours auront lieu le matin, à 9 heures, à l'Hôpital maritime.

Chaque cours sera suivi des opérations, ponctions, confection d'appareils plâtrés, etc, correspondantes.

Pour tous renseignements écrire au Dr Parin, Hôpital maritime, Berck Plage (Pas-de-Calais).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le Dr Augis (d'Andernos).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE STATUT DES ÉLÈVES DE L'ÉCOLE DE LYON

M. Saget, député, demande à M. le ministre de la Guerre si, à l'occasion de la discussion des lois militaires, il ne déposera pas un projet de loi tendant à octroyer à leur sortie de l'Ecole de santé militaire de Lyon, aux élèves de cette Ecole ayant fait la guerre, un rappel d'ancienneté dans le grade d'aide-major, rappel pouvant être basé sur les années de services accomplies et la date d'obtention du certificat d'études P. C. N. (*Question du 14 mars 1922.*)

Réponse. — Un projet de loi relatif au statut des élèves de l'Ecole du Service de santé militaire, tendant à accorder certaines majorations de grade à ceux d'entre eux qui ont été mobilisés ayant leur admission à l'école en tenant compte de leur scolarité à la mobilisation, est actuellement à l'étude. (*J. O.*, 26 mars 1922.)

LE STATUT DES MÉDECINS DE SANATORIUMS

M. Chaussy, député, demande à M. le ministre de l'Hygiène : 1° pour quelles raisons le droit légal des médecins de sanatoriums reste soumis à des discussions de principe, à l'appréciation de collectivités diverses; 2° pourquoi il n'est pas tenu compte exclusivement des dispositions de la loi du 7 septembre 1919, du décret du 10 août 1920 et des déclarations précises du commissaire du gouvernement au cours de la discussion de la loi à la séance de la Chambre des députés du 5 mars 1919.

Réponse. — Le statut des médecins des sanatoriums publics est fixé par le décret du 10 août 1920, réserve faite pour la question des traitements et des pensions de retraite qui sera réglée par deux décrets ultérieurs, dont l'intervention est incessante. Les collectivités gestionnaires des sanatoriums publics sont tenues d observer les prescriptions du décret du 10 août 1920, et il ne semble pas que jusqu'ici elles en aient fait une application arbitraire et contraire à la volonté du législateur. (*J. O.*, 22 mars 1922.)

LIVRES NOUVEAUX

Abrégé d'ophtalmologie (1), par A. MONBRUN, préface du professeur DE LAPERSONNE.

« On a beaucoup médit des manuels, écrit M. le professeur de Lapersonne dans sa préface ; on les a même un peu calomniés. On leur reproche d'apprendre à l'étudiant les matières de l'examen qu'il oubliera le lendemain. Cela est certainement vrai, surtout en médecine et en chirurgie générale, si l'étudiant ne fréquente pas l'hôpital et s'il ne contrôle pas par la clinique ce qu'il a lu dans le manuel.

Mais pour les spécialités médicales, la nôtre en particulier, il est indispensable qu'il ait un guide précis qui l'empêchera de se perdre lorsqu'il sera mis en présence des malades. »

L'abrégé de M. Monbrun sera ce guide sûr, précis, pratique que le praticien aimera à consulter dans tous les cas embarrassants. L. G.

Hygiène de maman et de bébé. Grossesse. Accouchement. Allaitement (2), par le docteur Léon POULIOT.

Les recueils de conseils aux jeunes mères ne sont point rares, mais la plupart d'entre eux, en même temps, que des conseils d'hygiène, donnent également des formules de thérapeutique : on les croirait destinés à la fois aux médecins et aux femmes du monde. Le docteur Pouliot a voulu faire autre chose : son livre ne contient pas un mot de médecine ; il n'y a rien qui permette de se soigner ou de soigner un bébé; mais il a cherché à y mettre tout ce qui peut aider à se maintenir en bonne santé et à éviter accidents et complications.

Le docteur Pouliot a su mettre dans ces pages, à côté des principes d'hygiène, quelques préceptes de morale individuelle et sociale, qui, dans notre époque troublée d'après-guerre s'impose, même aux esprits les plus frivoles.

La forme, par demandes et par réponses, aide beaucoup à la clarté des questions, souvent entièrement inconnues des lectrices.

Ce petit volume, frappé au coin du bon sens et de l'expérience est appelé à un grand succès. M. DELESTRE.

(1) In-8 relié toile. — Prix : 7 fr — Paris 1922, Louis Arnette.
(2) Un vol, de 330 p., Nouvelle librairie nationale, 3, place du Panthéon.

REVUE GÉNÉRALE

SYNDROMES HYPOPHYSAIRES *

Par M.-F. CARRIEU,

Chargé des Conférences de pathologie interne à la Faculté de Montpellier.

Troubles par hyperfonctionnement. — Nous en avons terminé avec l'étude des syndromes hypophysaires par hypofonctionnement. Voyons maintenant quels sont ceux que provoque une perturbation fonctionnelle dans le sens inverse.

Gigantisme. — Lorsque l'hyperfonctionnement du lobe antérieur de la glande se produit avant l'âge adulte, il donne naissance au *gigantisme*. Le gigantisme est « l'état d'un individu dont la taille est supérieure à celle des êtres de son espèce ou de sa race, et qui présente en même temps un certain nombre d'anomalies morphologiques et fonctionnelles » (Harvier).

D'après Meige, le gigantisme peut atteindre le fœtus, qui naît ayant déjà des proportions exagérées, ou l'enfant à un certain moment de sa croissance; il peut être passager (c'est le cas d'un sujet qui, à quatorze ans, a une taille très au-dessus de la normale et qui, à partir de ce moment, ne grandit plus, de façon que, à vingt ans, tous ses contemporains l'ont rattrapé ou même dépassé). On observe encore des géants qui cessent de grandir à un moment donné (gigantisme définitif) et enfin d'autres dont la croissance paraît indéfinie ou du moins continue bien au-delà de l'âge adulte (gigantisme progressif).

Dans tous les cas, ce sont des individus très grands, mais disproportionnés, difformes, de véritables malades.

Leur taille dépasse ordinairement 2 mètres, mais, nous le répétons, ce n'est pas la taille seule qui fait le géant et on en voit de typiques qui n'atteignent que 1m90 et même 1m80. Ils présentent en effet, tous, des particularités dans les proportions des différents segments de leur corps. On peut les classer, d'après Manouvrier, en deux groupes : les *macroskéliques* dont les membres inférieurs sont très longs et les membres supérieurs à peu près normaux (type échassier) et les *brachyskéliques* dont les membres inférieurs sont relativement courts par rapport aux membres supérieurs qui présentent un développement excessif (type courte cuisse). Malgré leur taille, ces êtres ont presque toujours une force musculaire inférieure à la normale. Quelquefois, il est vrai, ils rappellent, par leurs exploits, leurs ancêtres des contes qui ont amusé notre enfance; mais cette vigueur extrême n'est que de courte durée et, progressivement, l'affaiblissement survient. Ils sont alors obligés de se soutenir soit avec des cannes, soit même avec des béquilles. Certains, du reste, présentent un genu valgum qui rend leur marche difficile. Leurs organes génitaux sont quelquefois bien constitués, mais il est rare de noter chez eux des appétits génésiques exagérés ou même normaux : les géants sont en effet, le plus souvent, impuissants et stériles. Quant à leur intelligence, elle est ordinairement précaire. On a, en outre, noté chez eux des troubles mentaux caractérisés par une psychose maniaque-dépresssive [Parhon et Stocker (40)].

Un très grand nombre d'observateurs ont rencontré, associés à ces troubles, des signes plus ou moins nets d'infantilisme * ou d'acromégalie.

Dans les premiers cas, ce sont surtout les membres inférieurs qui se sont accrus [Launois et Roy (41)] et le genu valgum est à peu près constant; l'appareil génital est à peine développé; la peau est fine et ne possède que très peu de poils; la voix conserve son timbre propre à l'enfance. Il en est de même de l'état mental dans lequel domine la légèreté et la puérilité. Ces sujets frappent par leur nonchalance, la lenteur de leurs gestes et leur lassitude rapide. Enfin, lorsqu'on examine à la radiographie les articulations de leurs membres, on note la longue persistance de leurs cartilages de conjugaison puisque, même à trente ans, leurs épiphyses ne sont pas toujours soudées aux diaphyses.

Dans le deuxième cas, l'allure générale est celle des singes anthropoïdes : le thorax est large et court, la tête est grosse, le menton est proéminent, le nez et la langue sont volumineux, les mains et les pieds extraordinairement développés. La voix est grave; les organes génitaux sont normaux, il y a des poils au pubis, aux aisselles, aux lèvres et au menton. Ces êtres sont lourds, lents et tristes. La radiographie montre que leurs cartilages de conjugaison sont ossifiés et leur fosse pituitaire élargie.

Entre ces deux types, on peut trouver tous les intermédiaires.

Leur évolution est presque toujours identique : ces géants meurent ordinairement jeunes; ils atteignent rarement quarante ans et succombent, le plus souvent, à la tuberculose pulmonaire.

D'une façon générale on rencontre à l'autopsie de ces malades une tumeur de l'hypophyse : on trouve également une augmentation de volume de la selle turcique dans tous les squelettes de géants conservés dans les musées [Langer (42)].

Acromégalie. — L'*acromégalie* est un des plus anciennement connus des syndromes hypophysaires. C'est Pierre Marie qui, en 1886, en décrit les deux premières observations. Depuis cette époque, les cas publiés se sont succédés presque sans interruption. Nous observons en ce moment un acromégale typique dans le service de notre maître M. le professeur Ducamp (43). Cet état pathologique provient de l'hyperfonctionnement du lobe antérieur de la glande lorsqu'il apparaît chez un sujet adulte **. Il est caractérisé par « une hypertrophie singulière, non congénitale des extrémités supérieures, inférieures et céphalique » (P. Marie). Point n'est besoin d'un interrogatoire minutieux ni d'un examen complet pour poser le diagnostic d'acromégalie : il suffit d'un simple coup d'œil, même dans la rue, pour reconnaître de tels malades, tant leur aspect général

* Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 26, p. 405.

* Le fait de voir réunis chez un même sujet deux syndromes décrits comme provenant du fonctionnement inverse (dans les deux sens) d'un seul lobe de l'hypophyse, montre bien tout ce que cette classification schématique en types hyper et hypo a de défectueux et d'incomplet; mais elle est encore, à l'heure actuelle, faute de mieux, indispensable pour l'enseignement, Et la notion de viciation fonctionnelle doit dominer toute cette étude : par viciation fonctionnelle, il faut entendre, avec Lereboullet, que la sécrétion de la glande — exagérée ou déficiente — est modifiée dans ses caractères habituels et a une action différente de son action physiologique.

** Notons cependant que l'acromégalie peut s'observer chez l'enfant [Hutinel (44) et Gaillard (45)].

est caractéristique. Cependant il est bon de passer en revue successivement toutes les parties de leur corps, car presque tout offre un intérêt.

La face est épaisse, comme taillée à coups de serpe, le front est bas, les arcades sourcilières sont fortement saillantes, le nez est énorme aussi bien en longueur qu'en épaisseur (pied de marmite); les pommettes sont exubérantes; les oreilles sont volumineuses; les lèvres s'épaississent, surtout la lèvre inférieure qui se renverse souvent en bas et en dehors. Lorsque le malade sort la langue, on se demande parfois comment elle peut contenir dans la bouche : elle est, en effet, devenue énorme, large, étalée et épaisse; l'angle du maxillaire inférieur est abaissé, amenant du diasthasis dentaire; le menton est volumineux, proéminant, en galoche et donne au sujet une physionomie particulière par suite du prognatisme qui accentue encore la déformation de tous







FIG. 1, 2, 3. — AST... *Acromégale* observé par MM. DUCAMP, CARRIEU, GUEIT et BOULET. (Phot. CELLLERIER.)

ses traits. Au crâne, les crêtes et les protubérances sont fortement augmentées, mais les divers diamètres sont à peu près normaux. La radiographie montre que les sinus frontaux et maxillaire sont très développés (ce qui explique la saillie des arcades sourcilières et des pommettes) et elle dénote également une augmentation de volume souvent considérable de la selle turcique.

Les bras et les avant-bras sont normaux; mais le poignet solide, fait déjà prévoir la monstruosité des mains : ce sont de véritables battoirs; elles sont larges, courtaudes, camardes, les doigts sont gros, trapus, boudinés, carrés au bout, véritablement cylindriques; les ongles, plats et larges, présentent des stries longitudinales; les plis de la main sont de vrais bourrelets, ce qui a fait dire que « la main paraît capitonnée »; la peau est épaisse et dure. Mais l'hypertrophie ne porte pas seulement sur les parties molles; elle intéresse encore le squelette comme le montre la radiographie : tous les os sont épaissis, plus particulièrement les épiphyses : il y a donc « de l'hypertrophie des os des extrémités et des extrémités des os » (P. Marie).

Aux membres inférieurs, la cuisse et la jambe ne présentent rien de particulier; mais les malléoles sont saillantes; les pieds sont larges, épais, la peau

forme des bourrelets à leur niveau; les orteils sont semblables aux doigts, courts, boudinés et carrés au bout. C'est par cette augmentation de volume des pieds que le malade s'aperçoit souvent de son état pathologique : il est en effet obligé de changer plusieurs fois, en quatre ou cinq ans, la pointure de ses chaussures qui deviennent rapidement trop petites*.

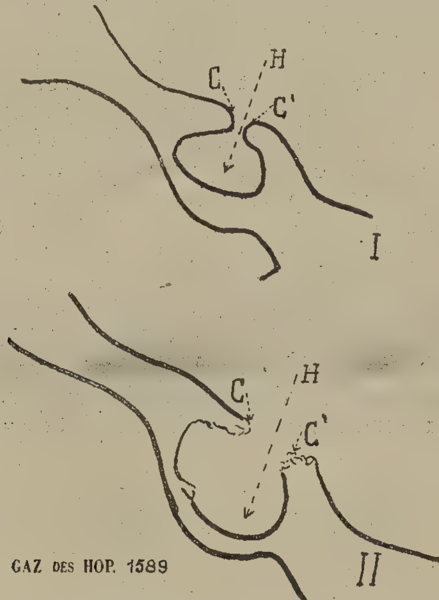


Fig. 4. — H, Loge hypophysaire; C, Apophyse clinoïde antérieure; C', Apophyse clinoïde postérieure. — I. Sujet normal; II. Acromégale (cas de Ducamp, Carrieu, Gueit et Boulet). Remarquer les lésions qui portent surtout sur les apophyses clinoïdes et une partie du fond de la selle turcique (destruction osseuse).

(Calques faits par le docteur Pech, d'après les radiographies du service de radiologie de la Faculté de médecine.)

Le thorax est souvent, mais non toujours, le siège de déformations. Il est tout d'abord diminué de hauteur par suite d'une cyphose cervico-dorsale parfois telle qu'on a pu comparer de tels malades à des polichinelles : à cette bosse postérieure peut s'ajouter en effet une bosse antérieure, conséquence d'une hypertrophie considérable du sternum et des côtes. Le thorax est alors séparé de la paroi antérieure de l'abdomen par un profond sillon. De plus les épaules sont tombantes et les membres supérieurs paraissent prendre une longueur excessive (qu'ils n'ont du reste que comparativement au thorax), ce qui donne au sujet un aspect simiesque, faisant ressembler l'acromégale à un singe anthropoïde. A la cyphose s'ajoute de la lordose lombaire et de la scoliose dorso-lombaire. Les organes splanchniques sont hypertrophiés, surtout le cœur (47), le foie et la rate. Le larynx est ordinairement volumineux et saillant; la voix devient grave. On remarque parfois une augmentation de volume de la verge, mais, le plus souvent, la fonction génitale est très diminuée et les testicules peuvent s'atrophier. Chez la femme, les règles diminuent, disparaissent même. En général, les acromégales sont faibles, vite fatigués. Ils ont de la torpeur intellectuelle et quelquefois versent dans la tristesse; on compte chez eux 25 p. 100 de sujets atteints de psychopathie.

L'évolution de l'affection est progressive. Elle débute entre vingt-cinq et trente-cinq ans, d'une façon très insidieuse, le malade s'apercevant, un jour, que ses souliers deviennent trop petits, d'autres font la même remarque à propos de leurs gants; des femmes, enfin, ne peuvent plus se servir de leur dé. La maladie dure très longtemps, vingt, trente ans, car il y a des arrêts dans sa marche et ces arrêts peuvent atteindre des années. Il est évident qu'à côté de ces cas vraiment chroniques, il existe des acromégales qui meurent rapidement de leur maladie : ce sont ceux dont l'hypophyse est atteinte de tumeur maligne (épithélioma et surtout sarcome); ils meurent alors en un ou deux ans.

C'est, en effet, presque toujours une tumeur qui provoque l'acromégalie (48); mais cette tumeur peut être également bénigne (adénome). La glande pèse, dans tous ces cas, quatre ou cinq fois son poids normal et peut même arriver au chiffre énorme de 30 grammes!

Glycosurie. — Si l'hyperfonctionnement se localise au niveau du lobe postérieur, apparaît chez de tels malades de la *glycosurie*. C'est un fait de constatation expérimentale (nous l'avons vu) et d'observation clinique déjà ancienne, puisque, dès 1884, Lœb (49) l'a notée dans l'évolution des tumeurs de l'hypophyse. Cette glycosurie est ou continue ou intermittente; presque toujours on parvient à la faire disparaître en prescrivant un régime sévère. La quantité de sucre éliminée, en vingt-quatre heures, est très variable; elle peut être considérable : on a observé des cas qui atteignent 1.000 gr. et, dans ces conditions, elle s'accompagne des grands symptômes du diabète (polydipsie, polyurie, polyphagie, autophagie). Tous les auteurs ne sont pas d'accord quand il s'agit d'expliquer son mécanisme. La grande majorité admet que l'hyperfonctionnement du lobe postérieur suffit pour produire la glycosurie : Borchardt (15) a montré, en effet, que l'injection d'extrait de lobe postérieur détermine, chez le lapin, de la glycosurie. Mais, si cette expérience est suffisamment concluante, elle n'explique pas comment agissent ces extraits. Est-ce directement? Est-ce par l'intermédiaire d'un foie insuffisant, comme le pensent Claude et Baudoin (50)? La question n'est pas encore complètement élucidée. Du reste, certains auteurs estiment que l'apparition de la glycosurie est due, non à un trouble du fonctionnement de l'hypophyse, mais à une lésion de l'encéphale, siégeant au niveau du tuber cinereum [Aschner (51)], ou de la substance grise interpédonculaire [Camus et Roussy (52)].

Troubles du métabolisme. — D'ailleurs, cette glycosurie peut manquer quoique le métabolisme des hydrates de carbone ne soit pas normal, car il peut y avoir une diminution très nette de leur tolérance. Si l'on pratique l'épreuve de la glycosurie alimentaire, on voit que le sucre passe dans les urines, dès que le malade en a absorbé une faible quantité, beaucoup moins qu'il n'en faut pour voir passer le sucre dans les urines d'un sujet bien portant. Quant au métabolisme de fond, il est augmenté. C'est donc, nous le voyons, exactement l'inverse de ce qui se passe dans l'hypofonctionnement du lobe postérieur.

Si, maintenant, nous nous trouvons en présence d'un sujet chez lequel les deux lobes sont en hyperfonctionnement, quels seront les symptômes que nous allons observer? En pratique, ce sont les faits

* Babonneix (46) cite le cas d'un garçon de dix-sept ans qui, en deux mois, vit sa pointure passer du n° 40 au n° 45!

les plus fréquemment rencontrés. C'est ainsi que d'après P. Marie, plus de la moitié des acromégales font de la glycosurie (53); et, dans plusieurs publications, Launois et Roy (54) rapportent des observations de géants diabétiques. Nous ne nous y arrêterons pas outre mesure de peur de redites et nous renverrons aux divers états pathologiques que nous venons de décrire dans le cours de cette deuxième partie de notre étude.

Harvier signale, enfin, les syndromes hypophysaires *frustes* sur lesquels nous passerons rapidement. On les observe, le plus souvent, à des époques spéciales de la vie de l'individu : à la puberté (acromégalie transitoire de Brissaud, gigantisme passager de Launois et Roy, ébauche de dystrophie adiposo-génitale chez certaines jeunes filles); pendant la grossesse (acromégalie légère, glycosurie correspondant à l'hypertrophie classique de la glande durant cette période); à la ménopause (adiposité, signes vagues d'acromégalie).

Troubles par hétéroactivité. — Il n'est pas impossible que chaque lobe fonctionne pour son propre compte et dans un sens opposé. On se trouve alors en présence de troubles mixtes par *hétéroactivité* (Englebach) qui correspondent aux états de *dyspituitarisme* des auteurs. Ce sont des combinaisons variées sans grand intérêt clinique, car, toujours c'est un des grands syndromes qui domine le tableau et on y trouve associé un symptôme qui n'en fait ordinairement pas partie. Nous ne saurions y insister. Que l'on sache toutefois que les cas les plus fréquents sont ceux où le lobe postérieur est en hypofonctionnement, comprimé qu'il est par le lobe antérieur hypertrophié. Tels sont les cas de gigantisme ou d'acromégalie associés à de l'obésité (Gaillard, obs. XXIX, loc. cit., Cusching (55), etc.

Enfin, il n'est pas rare d'observer des associations cliniques dans lesquelles on retrouve, en plus d'un syndrome hypophysaire, des signes d'atteinte de plusieurs glandes à sécrétion interne. Ces « syndromes pluriglandulaires », décrits d'abord, en 1907, par Claude et Gougerot (56), ont été magistralement étudiées par Sourdel (57).

Symptômes associés. — Il faut savoir qu'on observe assez souvent, en même temps que les types cliniques ou que les syndromes que nous venons d'étudier, des signes de compression ou d'hypertension intracranienne : on est alors en présence d'une *tumeur de l'hypophyse*. Exceptionnellement, cette tumeur ne s'accompagne d'aucun signe hypophysaire, mais, le plus souvent, il y a association des symptômes propres, dus aux troubles sécrétoires de l'hypophyse et des symptômes d'hypertension intracranienne et de localisation, conséquence de l'augmentation de volume de la glande. Ce sont ceux-ci, seuls, que nous allons maintenant passer en revue, renvoyant, pour ceux-là, à tout ce que nous avons dit dans les deux premières parties de ce travail; car, d'une façon presque constante, c'est à une tumeur hypophysaire que sont dus, nous l'avons vu, les différents tableaux cliniques qui viennent d'être décrits et il faut toujours rechercher ces signes pour compléter le diagnostic.

L'hypertrophie de l'hypophyse donnera lieu, tout d'abord, aux phénomènes diffus, communs à toutes les tumeurs cérébrales. Ils ne fournissent par conséquent aucune indication spéciale et ne font que traduire l'hypertension intracranienne : la céphalalgie est variable, le plus souvent elle est très intense, empêchant toute occupation, diffuse ou localisée au niveau du front; parfois ce n'est qu'une pesanteur générale, une simple lourdeur. Les vomissements en fusée, les vertiges sont signalés; on a noté encore l'hypothermie (la température peut descendre jusqu'à 34 degrés), et enfin, la somnolence (les malades sont indifférents ou peuvent même tomber dans des accès de narcolepsie).

En plus de ces troubles diffus, le corps pituitaire peut, en se développant outre mesure, comprimer les voies optiques qui présentent des rapports très étroits avec lui. Les troubles oculaires (58) sont, en effet, à peu près constants; ils sont variés : rétrécissement du champ visuel, amblyopie, amaurose; mais, le plus fréquemment, on se trouve devant une des trois modifications suivantes : tantôt c'est une hémianopsie bitemporale double, le malade n'y voit pas en dehors d'une ligne verticale passant par l'axe de chaque œil (compression préchiasmatique = *a*); tantôt un œil est complètement aveugle et l'autre présente de l'hémianopsie temporale (compression rétrochiasmatique incomplète = *b*); tantôt enfin les deux yeux sont atteints de cécité (*c*). Exceptionnellement on pourrait noter de l'hémianopsie homonyme (*d*) ou de la cécité d'un seul œil (*e*).

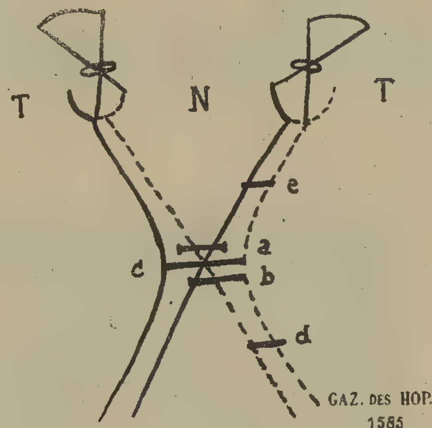


Fig. 5.

L'examen du fond de l'œil est indispensable : il montrera, dans presque tous les cas, des lésions importantes, surtout l'atrophie optique; on constatera moins souvent l'œdème de la papille; quant aux paralysies oculaires, elles sont extrêmement rares.

La radiographie viendra confirmer le diagnostic de tumeur hypophysaire déjà rendu probable par la recherche des signes que nous venons de décrire. Ce n'est pas la glande que l'on voit, mais bien le contour de la selle turcique, usée, détruite et par conséquent agrandie d'une façon parfois très considérable.

Il ne faut pas oublier de relater enfin que des troubles psychiques ont été décrits au cours des divers syndromes hypophysaires [Laignel-Lavastine (59)].

Thérapeutique des syndromes hypophysaires. — Ce chapitre sera malheureusement court et cependant nous aurons à étudier successivement trois méthodes thérapeutiques : l'opothérapie, la radiothérapie, le traitement chirurgical, sans parler

des indications symptomatiques auxquelles on sera trop souvent obligé de recourir.

1° *Opothérapie* (60). — L'ingestion d'extraits est ordinairement peu active; les meilleurs résultats sont obtenus par l'injection sous-cutanée. On emploie soit l'extrait total (lobe antérieur et lobe postérieur), soit l'extrait du lobe postérieur. Le lobe antérieur, en effet, ne paraît posséder aucune action lorsqu'il est introduit, seul, dans l'organisme *. On trouve dans le commerce des produits excellents, bien plus faciles à employer que la glande fraîche, aussi actifs et mieux dosés : tels sont la pituitrine de Parke et Davis, la rétropituine de Carrion, l'extrait de Choay, etc. Les uns ou les autres doivent être prescrits à des doses qui varient de 0g10 à 0g40.

On conçoit, sans peine, que cette méthode thérapeutique ne donne aucun résultat dans les syndromes par hyperfonctionnement de la glande : il serait même illogique de l'essayer dans ces cas-là. Mais elle agit, remarquablement, dans la polyurie d'origine hypophysaire, où elle peut, dans une seule journée, abaisser le taux des urines de seize litres à six litres ou de huit litres à un par exemple (62).

En obstétrique, nous connaissons l'action ocytocique de l'injection du lobe postérieur (63).

Récemment Rist (64) a proposé le même traitement par injection intraveineuse contre les hémoptysies.

Enfin ce produit paraît avoir une indication nette dans les myocardites typhiques (Renon et Delille).

2° La *radiothérapie* de la glande pituitaire paraît, au contraire, devoir être utilement employée dans les cas d'hyperfonctionnement. Tout récemment encore, Béclère (65), la recommande dans le gigantisme et l'acromégalie. D'après lui, les résultats sont : l'amélioration souvent rapide des symptômes d'hypertension intracranienne (céphalée, vertiges, vomissements) et des troubles visuels et menstruels; pas de régression, bien entendu, des lésions acquises du squelette qui, pourtant, cessent de progresser.

3° Quant au *traitement chirurgical* (66), malgré le perfectionnement des appareils et de la technique, il est des plus aléatoires. Suivant le développement de la tumeur vers la selle ou la cavité cranienne, on doit l'aborder par la voie transphénoïdale (intranasale) ou par la voie frontale (Cusching). Les résultats ne sont pas encore en rapport avec le danger que court le malade.

4° Mais il faut reconnaître que c'est au chirurgien que l'on doit recourir pour parer aux accidents de l'hypertension intracranienne. Une opération décompressive donne, dans ces cas, des résultats appréciables, mais de courte durée. On doit, en effet, s'adresser à elle, lorsqu'on a épuisé toutes les ressources de la thérapeutique symptomatique (régime, morphine, ponction lombaire).

5° Enfin, il semblerait que le *traitement étiologique* put rendre de grands services. Il n'en est rien. Seule, la médication antisyphilitique est de mise dans certains cas, et encore n'en obtient-on que de très rares résultats.

* Signalons cependant l'observation de J. Hendry (61), dans laquelle un cas de syndrome de Frœlich a été amélioré par l'injection d'antuitrine (extrait de lobe antérieur d'hypophyse).

BIBLIOGRAPHIE

(1) Pierre MARIE. *Revue de méd.*, 1886, p. 299.
(2) SOUZA LEITE. *Th. de Paris*, 1890.
(3) Stephen CHAUVET. *Th. de Paris*, 1914, n° 385.
(4) HERTWIG. *Précis d'embryologie*, traduction Mercier, Steinheil, 1906. — THAON. *Th. de Paris*, 1907.
(5) JAUGEAS. *Th. de Paris*, 1907.
(6) H. CUSCHING. *Journ. of nerv. and ment. dis.*, nov. 1906, n° 4. — Pour la suite des indications bibliographiques des travaux de Cusching, voir CHAUVET. *Th. de Paris*, p. 251 et 252.
(7) BIEDL. *Wien. Klin.*, 1903; — *Ier Congrès polonais de neurol. et de psych.*, 1909.
(8) ASCOLI et LEGNANI. *Ier Congrès intern. des pathol.*, Paris, 2-5 oct. 1911. — Pour les autres travaux de ces auteurs, voir CHAUVET. *Th. de Paris*, p. 231.
(9) GŒTSCH. *Bull. of the Johns hopkins Hosp.*, 1916, p. 29.
(10) L. N. CLARK. *Journ. of biol. Chem.*, 1915, t. XXII, p. 485.
(11) OLIVER et SCHAFER. *Journ. of phys.*, 1895.
(12) MAGNUS et SCHAFER. *Proc. of the physiol. Soc.*, 20 juillet 1901.
(13) MOTZFELD. *Boston med. and surg. Journ.*, 4 mai 1916.
(14) R. ROMME. *Presse méd.*, 13 sept. 1917.
(15) BORCHARDT. *Ergebnisse der inneren Med. und Kinderheilkunde*, 1908, 3e volume.
(16) W. ENGLEBACH. *Endocrinology*, sept. 1920.
(17) Ettore LEVI. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1908.
(18) SOUQUES et CHAUVET. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1913, p. 69.
(19) MEIGE. *Pratique médico-chirurgicale*, art. INFANTILISME.
(20) VIGOUROUX et DELMAS. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1907, p. 238.
(21) GANDY. *Soc. méd. des hôpit.*, 7 déc. 1906 et 7 juin 1911; — *Bull. méd.*, 23 juin 1911.
(22) DALCHÉ. *Leçons cliniques et thérapeutiques sur les maladies des femmes*, Vigot, 1921.
(23) LEREBOULLET. *Paris méd.*, 1919, p. 353; — *Progrès méd.*, 13 sept. 1919, p. 363. — PAGNIEZ. *Presse méd.*, 6 déc. 1919, p. 746.
(24) SIMMONDS (de Hambourg). *Münch. med. Woch.*, 21 janv. 1913, p. 127.
(25) HAUSHALTER et LUCIEN. *Revue neurol.*, 1908.
(26) MARANON et PINTOS. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1916-1917, p. 185.
(27) BERGÉ et SCHULMANN. *Presse méd.*, 5 déc. 1918.
(28) FARINI. *Gazz. degli ospedali et della clin.*, 11 sept. 1913, p. 1135.
(29) LEREBOULLET et FAURE-BEAULIEU. *Soc. méd. des hôpit.*, 20 mars 1914.
(30) CAMUS et ROUSSY. *Presse méd.*, 8 juillet 1914, p. 517. — Voir également J. LHERMITTE. *Soc. de biol.*, 18 mars 1922.
(31) MADELUNG. *Arch. f. klin. Chir.*, 1904.
(32) M. LABBÉ. *Journ. méd. franç.*, 15 mars 1914.
(33) BARDET. *Th. de Paris*, 1920, n° 470.
(34) FRANCK-HOCHWART. *XVIe Intern. med. Kongrès*, Budapesth 1909.
(34 *bis*) GRAHAM LUSK. *Gaz des hôpit.*, 7 et 9 fév. 1922, n° 11, p. 165.
(35) LAUNOIS et CLÉRET. *Gaz. des hôpit.*, 13 et 18 janv. 1910. — MOURIQUAND. *Congrès des pédiatres de langue française*, 1913.
(36) FRŒLICH. *Review of Neurol. and Psych. Aug.*, 1910.
(37) BABINSKI. *Revue neurol.*, 1900, p. 531; — *Soc. de neurol.*, 7 juin 1900.
(38) GOUDAL. *Th. de Paris*, 1919, n° 250.
(39) RÉNON et Arthur DELILLE. *Soc. de thérap.*, 22 janv. et 23 avril 1907; — *IXe Congrès franç. de méd.*, Paris, 14-15 oct. 1907.
(40) PARHON et STOCKER. *Revue neurol.*, 1919.
(41) LAUNOIS et ROY. *Revue neurol.*, 1902, p. 1054; — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1902, p. 540; — *Etudes biologiques sur les géants*, Masson, 1904.
(42) LANGER. *Denkschrift zu der Kaiserlichen Akademie der Wissenschaften*, Wien 1872, p. 31.

(43) DUCAMP, CARRIEU, GUEIT et BOULET. *Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier*, 31 mars 1922.
(44) HUTINEL. *Clinique*, 25 fév. 1910.
(45) GAILLARD. *Th. de Paris*, 1913, n° 50.
(46) BABONNEIX. *Gaz. des hôpit.*, 22 juin 1911.
(47) GRELLIER. *Th. de Paris*, 1914, n° 441.
(48) COURTELLEMONT. *Congrès d'Amiens*, août 1911, in *Revue neurol.*, 30 août 1911, p. 262.
(49) LŒB. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1884.
(50) CLAUDE et BEAUDOIN. *Soc. de biol.*, 1er juin 1912, p. 855.
(51) ASCHNER. *Wiener med. Woch.*, 1909, p. 2917; — *XXXIXe Congrès all. de chir.*, 1910.
(52) CAMUS et ROUSSY. *Soc. de biol.*, 29 nov. 1913, 24 janv. et 21 fév. 1914.
(53) SCHLESINGER. *Semaine méd.*, 1902, p. 86.
(54) LAUNOIS et ROY. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, mai-juin 1903; — *Revue neurol.*, 15 nov. 1902 et 3 janv. 1903; — *Soc. de biol.*, 21 mars 1903; — *Arch. gén. de méd.*, 1903.
(55) CUSCHING. *Philadelphie*, 1912.
(56) CLAUDE et GOUGEROT. *Soc. de biol.*, 28 déc. 1907; — *Journ. de phys. et de pathol. gén.*, 1908, p. 505; — *Gaz. des hôpit.*, 1912, p. 849 et 897.
(57) SOURDEL. *Th. de Paris*, 1912.
(58) DE LAPERSONNE et CANTONNET. *Arch. ophtalm.*, 1910. — PECHDO. *Th. de Paris*, 1912-1913, n° 375.
(59) LAIGNEL-LAVASTINE. *Revue de méd.*, 10 mars 1909.
(60) Arthur DELILLE. *Th. de Paris*, 1909. — LAGANE. *Presse méd.*, 1912, n° 59.
(61) HENDRY. *Glascow med. Journ.*, sept. 1921.
(62) René PORAK. Etude sur l'action thérapeutique des extraits hypophysaires hypotenseurs, *Gaz. des hôpit.*, Revue générale, 17 sept. 1921, p. 1157.
(63) DELESTRE. De l'emploi de l'hypophyse au cours du travail chez la primipare, *Gaz. des hôpit.*, 17 janv. 1921, p. 69.
(64) RIST. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1913. — Voir également F. BEZANÇON et I. DE JONG. *Rev. de la tubercul.*, 1921, n° 1, et Pr. MERKLEN. *Soc. de thérap.*, 8 fév. 1922.
(65) BÉCLÈRE. *Soc. méd. des hôpit.*, 19 fév. 1909; — *Soc. de rad. méd. de Paris*, 11 janv. 1910; — *Paris méd.*, 5 fév. 1921.
(66) TOUPET. *Th. de Paris*, 1911. — LENORMAND. *Presse méd.*, 1913, p. 298.

— Signalons, enfin, les ouvrages suivants, fréquemment consultés, et pour lesquels le texte ne renvoie pas à la bibliographie :

LANDOUZY et Léon BERNARD. *Eléments d'anatomie et de physiologie médicales*, p. 511.
GLEY. *Les Sécrétions internes*, « Actualités médicales », 1914; — *Quatre leçons sur les sécrétions internes*, J.-B. Baillière, 1920.
HARVIER. *Traité de pathologie médicale* de Sergent, t. IX, p. 143.
SCHAFER. *Les Glandes à sécrétion interne*, traduction G. Laroche et Richard, O. Doin, 1921, p. 107.
GRASSET. *Traité élémentaire de physiopathologie clinique*, t. I, p. 614.
Nouvelle Pratique médico-chirurgicale.
Leçons cliniques inédites du professeur CHAUFFARD, hôpital Saint-Antoine, avril-mai 1920.

SOCIETES SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 27 MARS 1922)

Zinc et cancer. — M. Paul CRISTOL. Les recherches de l'auteur semblent montrer que la teneur élevée en zinc des tissus cancéreux est fonction de la prolifération et de l'activité cellulaire et nucléaire.

Traitement de la contracture par l'excitation électrique des muscles non contracturés dans les lésions du faisceau pyramidal et dans la contracture secondaire à la paralysie faciale périphérique. Evolution de la chronaxie au cours du traitement. — M. Georges BOURGUIGNON.

Action préventive et curative dans la syphilis du dérivé acétylé de l'acide oxyaminophénylarsinique (sel de soude). — MM. C. LEVADITI et NAVARRO-MARTIN, après avoir exposé leurs expériences, terminent par les conclusions suivantes :

Le dérivé acétylé de l'acide oxyaminophénylarsinique (sel de soude) est un médicament qui, administré par la bouche, prévient la syphilis et provoque la cicatrisation rapide des manifestations syphilitiques, tant chez l'animal que chez l'homme; mais, il est encore trop tôt pour savoir si ce mode de traitement amène une guérison définitive de la maladie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 4 AVRIL 1922)

Origine infectieuse de la sclérose en plaques. — M. PETTIT fait une intéressante communication relative à la sclérose en plaques. Cette affection est considérée aujourd'hui comme d'origine infectieuse. M. Pettit rappelle qu'on trouve des spirochètes dans le liquide céphalo-rachidien. Il communique l'observation d'un nouveau malade chez lequel il a trouvé également des spirochètes dans le liquide céphalo-rachidien. Ce liquide a été inoculé à des lapins, à des cobayes qui sont morts avec des phénomènes paralytiques.

Il s'agirait ici d'un spirochète spécial.

Ces nouveaux spirochètes sont maintenant cultivés en laboratoire, et on peut espérer qu'on en tirera quelque jour un sérum thérapeutique.

A propos d'une épidémie de scarlatine chez l'adulte. — M. C. SALOZ (de Genève) donne la relation d'une épidémie survenue chez l'adulte, curieuse par son apparition soudaine, presque explosive et par l'arrêt plus brusque encore de sa propagation. Epidémie bénigne où les complications sont restées rares, où le prurit et l'herpès furent particulièrement fréquents, où il y eut surtout un grand nombre d'angines simples sans érythème, dont l'auteur put prouver la nature scarlatineuse par le phénomène d'extinction et par l'application à la scarlatine de la réaction de Bordet et Gengou.

La disparition au trente-cinquième jour des anticorps, telle qu'elle ressort des expériences faites, est en contradiction avec l'immunité durable de la scarlatine observée en clinique. L'auteur pense qu'une immunité cellulaire locale vient remplacer peu à peu l'immunité humorale qui ne serait qu'éphémère.

Une tentative de vérification de cette immunité tissulaire par l'application à la scarlatine de la méthode de Schick n'a donné, avant comme après le trente-cinquième jour, aucun résultat probant.

Les résultats ont été très probants puisque, négative chez les malades non scarlatineux, la réaction a toujours positive sur des scarlatineux parvenus à des périodes diverses de leur affection.

Un cas de farcin humain. — MM. DELAMARE et MOURY.

Fausses coxalgies. — M. CALOT (de Berck). Combien de cas, étiquetés coxalgies, qui sont des petites malformations congénitales méconnues? (1 sur 3).

Comment les distinguer?

On doit faire le diagnostic de ces hanches non tuberculeuses simplement malformées par :

1° *La radiographie.* — Sont des malformations congénitales les soi-disant coxalgies « au début » caractérisées par :

a. L'hypertrophie (1) ou l'atrophie du noyau épiphysaire; *b.* l'aplatissement du noyau épiphysaire accompagné souvent d'une hypertrophie de la portion diaphysaire de la tête qui peut déborder le cotyle par en bas; *c.* l'agrandissement de l'interligne; *d.* la bilatéralité des lésions; *e.* la déformation, sans ulcération du cotyle.

(1) Contrairement à l'opinion classique, il n'y a pas de coxalgie hypertrophique.

II. *La clinique.* — Sont des petites malformations congénitales les soi-disant « coxalgies frustes » où il y a :

a. Discordance entre le « presque rien » clinique et le « beaucoup » révélé par le cliché; *b.* où après une immobilisation (même de longue durée sous plâtre) il y a intégrité des mouvements, sauf un peu de limitation de l'abduction (cette abduction étant souvent limitée aussi du côté « sain »).

III. *Les commémoratifs.* — En cherchant bien l'on retrouve presque toujours des antécédents (héréditaires ou personnels) qui orientent vers une malformation congénitale.

Conclusion. — A l'aide de cette triple source d'informations on peut faire le diagnostic de lésion non tuberculeuse de la hanche (même chez des sujets présentant d'autres manifestations bacillaires). Diagnostic d'importance capitale quant au traitement et au pronostic.

Otite des nouveau-nés. — M. Renaud fait une communication d'où il résulte qu'il faut porter la plus grande attention à ces otites qui peuvent s'aggraver très rapidement.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 31 mars 1922)

« Lymphogranulomatose », radiothérapie, guérison. — MM. Laignel-Lavastine et Coulaud présentent une malade atteinte de « lymphogranulomatose ». Soumise à un traitement aux rayons X, la malade qui continuait à faire de la fièvre a vu soudain les signes généraux s'aggraver (véritable phase critique) : le lendemain, la fièvre était tombée. Elle ne devait plus réapparaître. Les ganglions ont alors diminué rapidement.

Des résultats de deux biopsies, les auteurs concluent à la guérison et estiment que le traitement n'a eu qu'un pouvoir adjuvant et que, seule, la réaction de l'organisme a pu, en quelques jours, transformer en blocs scléreux les ganglions malades.

Deux cas de croup d'emblée chez l'adulte. — MM. J. Troisier, Wolf et Marquez y relatent deux observations de diphtérie laryngée, primitive de l'adulte. Ils rappellent les caractères cliniques du croup de l'adulte, aussi dyspnéisant que le croup de l'enfant et insistent sur la nécessité dans les cas de laryngite aiguë de l'adulte avec dyspnée inspiratoire et spasmes du larynx, d'injecter, au plus tôt, de fortes doses de sérum antidiphtérique avant même la confirmation bactériologique.

Dysenterie amibienne avec abcès du foie et guérison par l'émétine. — M. Lenoble (de Brest).

A propos de quelques cas d'érythrodermies postarsenicales — M. Gougerot, ayant observé plusieurs cas d'érythrodermie arsenicale, a constaté chez chacun des malades des signes d'insuffisance hépatique.

Insuffisance aiguë du cœur droit avec compression de l'artère pulmonaire par médiastinite, suite de bronchopneumonie chronique d'origine toxique (gaz de guerre). — MM. Laubry et Daniel Routier rapportent l'observation d'un malade âgé de trente ans, gazé de guerre, qui, depuis sa blessure, présenta des signes broncho-pulmonaires qui ne firent que s'accentuer. Entré à Cochin au début de janvier 1922, il mourait, avant la fin du mois, d'insuffisance du cœur droit, insuffisance, dont on a pu suivre l'évolution, dès le début d'apparition des premiers signes. Ceux-ci se sont succédé de la façon suivante : tachycardie, installation d'un bruit de galop droit, dilatation progressive et rapide du ventricule droit. Le malade présentait, en outre, une cyanose très accentuée qui ne pouvait être mise sur le compte de ses lésions pulmonaires et une polyglobulie à 7 millions. A la radioscopie, la constatation d'une forte dilatation de l'artère pulmonaire pouvait expliquer ces derniers signes et faire porter le diagnostic d'athérome pulmonaire en se fondant sur les observations antérieures de Rogers, L. Giroux et Ribierre et E. Giroux. L'autopsie infirma cette interprétation et montra qu'il s'agissait d'une dilatation fonctionnelle de l'artère pulmonaire, due à une compression par une adénomédiastinite intense. Cette compression constitue une des principales causes de l'évolution aiguë de l'insuffisance cardiaque. Les auteurs concluent en disant qu'il faut se montrer prudent sur l'interprétation du signe radiologique de dilatation de l'arc moyen. lorsque cliniquement, il n'existe pas de souffle orificiel pulmonaire : ce signe ne saurait entraîner exclusivement le diagnostic d'athérome pulmonaire.

Atrophie musculaire progressive subaiguë à évolution fatale. Transmission de l'homme à l'animal. — MM. Souques et Alajouanine ont injecté dans le cerveau des cobayes et des lapins des émulsions de moelle cervicale et de bulbe, d'un sujet ayant succombé à une atrophie musculaire progressive (type Aran-Duchenne) et dont l'examen histologique montra des lésions discrètes de polymyélite antérieure.

Les auteurs montrent un des lapins atteint actuellement, six mois après l'inoculation, d'une atrophie musculaire, d'abord localisée au train postérieur avec état parétique et atteignant maintenant le train antérieur.

Encéphalite léthargique avec polyurie extrême. Polyurie hypophysaire et polyurie nerveuse. — M. René Besnard rapporte l'observation d'un militaire atteint d'encéphalite qui a présenté un syndrome constitué par de la sialorrhée, de l'hyperondation et une polyurie intense (vingt litres par jour).

Le virus encéphalitique avait atteint le centre de la régulation aqueuse-hypophyse ou région optopédonculaire. Puis, au fur et à mesure que s'atténuait la polyurie organique, une polyurie fonctionnelle s'installait; trouble pithiatique greffé sur une épine irritative lésionnelle.

Un cas de maladie de Hodgkin à forme médiastinale. — MM. Génévrier et Lorrain rapportent l'observation d'une malade de dix-neuf ans, atteinte de maladie de Hodgkin, à forme médiastinale, vérifiée à l'autopsie.

Des amas microbiens, formés de longs bâtonnets, prenant mal le Gram, furent trouvés dans les ganglions biopsiés, mais ils ne purent être cultivés ni isolés. Il est impossible de préjuger du rôle de ces microbes dans l'étiologie de la maladie, mais la nature infectieuse de celle-ci, paraît démontrée par son allure clinique, la fièvre constante et aussi par la dégénérescence amyloïde du foie et de la rate.

Sérothérapie des pneumopathies aiguës. — MM. d'Œlsnitz, Duplay et Carcopins considèrent que la sérothérapie raccourcit l'évolution, améliore le pronostic et simplifie le traitement.

Fièvre du type ondulant au cours d'une hépatite amibienne. Guérison par le chlorhydrate d'émétine. — MM. Laporte et Roques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 29 mars 1922)

Projectiles intracraniens. — M. Auvray fait un rapport sur cinq observations adressées par M. Sauvé. Il s'agit de quatre blessés de guerre et d'un blessé civil ayant eu, soit des éclats d'obus, soit des balles de revolver, reconnus à la radioscopie, ayant entraîné des troubles divers qui ont nécessité une intervention chirurgicale quelques jours après la blessure. Dans les cinq cas, la trépanation a été pratiquée, les corps étrangers ont été enlevés et les cinq blessés ont guéri.

M. Auvray a pu rassembler cinquante-quatre cas analogues sur lesquels on compte cinquante et une guérisons et trois morts. Sa conclusion est que lorsque les projectiles provoquent des troubles cérébraux, il est formellement indiqué d'intervenir et de les extraire. Quand ils sont bien tolérés, on peut attendre, dans la plupart des observations, les résultats immédiats ont été généralement satisfaisants. On est moins bien fixé sur les résultats éloignés.

Appareil pour les fractures des membres supérieurs. — M. Launay fait un rapport sur un appareil imaginé et perfectionné par M. Pascalis. L'appareil de M. Pascalis perfectionné, assure une bonne réduction et une bonne extension, ainsi que le prouvent les radiographies.

Phlegmon périorbitaire au cours d'une sinusite chronique. — M. Sieur fait un rapport sur une intéressante observation de MM. Worms et Reverchon. Il s'agit d'un soldat qui, au cours d'une sinusite frontale chronique, fut atteint d'un phlegmon périorbitaire très grave. Il y avait un écoulement purulent par la narine du même côté. Sous l'anesthésie locale, on trépana le sinus. Il n'y eut pas d'amélioration du côté de l'œil. On intervint de nouveau, quelques jours après, on fit une incision plus longue et on cureta la région jusqu'au sinus sphénoïdal, on arriva sur la région périorbitaire, on évacua une poche de pus à streptocoques. Après un mois, le malade était guéri. Trois mois après, il fut atteint d'un érysipèle de la face.

M. Sieur rapproche de ce fait, trois cas de phlegmons périorbitaires survenus au cours d'une sinusite chronique.

Staphylorraphie. — M. Jalaguier, à propos de la communication faite, récemment, par M. Veau, sur ce sujet, tient à féliciter son collègue et ancien élève, du procédé fort ingénieux qu'il a fait connaître. M. Jalaguier a vu M. Veau pratiquer la staphylorraphie d'après son procédé et il n'a jamais constaté de cicatrisation aussi parfaite. Avec les perfectionnements est-il permis d'escompter. chez les petits opérés, une phonation plus nette ? M. Jalaguier ne le pense pas. En terminant, M. Jalaguier rappelle que M. Veau a été pour lui un précieux collaborateur et si l'élève a eu à se louer de son maître, celui-ci n'a pas moins eu à se louer de son élève.

Les greffes. — M. Dehelly (du Havre), qui a eu l'occasion de collaborer avec les chirurgiens américains, appelle l'attention sur la méthode de M. Davis qui lui a donné, à lui-même, d'excellents résultats.

Cette méthode consiste à tailler de petits lambeaux dermo-épidermiques de 3 à 5 millimètres de diamètre, de les appliquer sur la surface granuleuse préalablement préférée et à la recouvrir d'un tulle paraffiné et d'un pansement compressif traité ensuite par la méthode de Dakin.

M. Dehelly fait suivre sa communication d'un certain nombre d'observations à l'appui.

Suit une discussion à laquelle prennent part M. Thiéry, Savariaud, Broca, Jalaguier, Cunéo, Anselme Schwartz, Duval, Tuffier, Mauclaire, Mouchet, Sebileau. Tous à peu près d'accord pour déclarer qu'il n'y a rien de bien nouveau dans le procédé de M. Davis, que ce n'est qu'une légère modification du procédé d'Ollier et qu'on obtient, d'ailleurs, les mêmes résultats avec les procédés de Reverdin et de Thiersch.

Il s'agit uniquement, dans le procédé de M. Davis, d'une greffe cutanée totale se rapprochant beaucoup du procédé d'Ollier.

Fibrome et grossesse. — M. Tuffier présente une malade qu'il a opérée d'un gros fibrome, au quatrième mois d'une grossesse, myomectomie, suture de l'utérus, accouchement à terme, cette femme est de nouveau enceinte de trois mois.

MM. Savariaud, Duval, J.-L. Faure apportent des cas semblables.

La radiothérapie et les fibromes. — La radiothérapie des fibromes a passé un mauvais quart d'heure, M. Baumgartner présente un fibrome utérin qu'il a opéré et qui avait été traité par des séances de röntgenthérapie. Il n'avait pas diminué, la malade perdait un peu moins de sang, mais souffrait tout autant. Elle réclama l'opération.

L'utérus et les annexes étaient parfaitement sains. Mais, l'opération fut rendue très pénible par des adhérences très solides et très étendues, M. Baumgartner pense que la radiothérapie n'a pas été étrangère à la formation de ces adhérences qui étaient très vasculaires et ont beaucoup saigné.

M. Anselme Schwartz a opéré, d'un gros fibrome, une malade qui avait subi douze séances de radiothérapie et que le radiothérapeute avait déclaré avoir complètement disparu. Or, le fibrome remontait jusqu'à l'ombilic et était très douloureux.

M. Hallopeau rapporte un fait analogue, à cela près qu'il s'agissait d'un kyste de l'ovaire qui était extrêmement adhérent.

M. Louis Bazy rapporte un fait où il s'agissait d'un fibrome traité par la radiothérapie, opéré facilement; le lendemain, la température monta à 40 degrés et la malade succomba.

M. J.-L. Faure nous paraît résumer, très heureusement, la discussion en disant qu'il y a la radiothérapie et les radiothérapeutes.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 25 MARS 1922)

Allocution du président. — M. Ch. Richet prononce l'éloge funèbre du professeur Ranvier, l'un des histologistes qui ont le plus honoré la France, et invite M. Grigaut, nommé à la dernière séance, à prendre place parmi les membres de la Société.

L'augmentation de l'acide urique combiné-organique du sang humain. — MM. Mathieu-Pierre Weil et Ch.-O. Guillaumin montrent que la teneur des globules sanguins en acide urique organique (acide urique combiné) ne dépasse pas normalement 180 milligrammes pour 1.000 grammes. Ce taux est élevé lorsqu'il y a exagération du métabolisme azoté (fièvre, goitre exophtalmique, certains cancers, etc.), trouble de l'hématose, néphrite chronique avancée, lithiase; mais cette élévation appartient essentiellement à la diathèse urique où elle s'observe au cours de manifestations articulaires (aiguës, subaiguës ou chroniques) ou extra-articulaires. Cependant, au cours du rhumatisme articulaire aigu et du rhumatisme blennorragique, l'acide urique organique peut être également en excès dans le sang. Pareil trouble semble manquer dans le rhumatisme chronique.

Troubles cardio-vasculaires déterminés par les rayons X, au cours du traitement des néoplasmes. — MM. H. Coutard et J. Lavedan. Outre les symptômes digestifs et les modifications sanguines souvent décrites, les rayons X provoquent, dans certaines conditions de technique, un syndrome cardio-vasculaire particulier : abaissement de la tension, réduction de l'écart de tension, tachycardie et arythmie. Dans les cas graves, l'asystolie doit apparaître.

Action comparée du calcium et du potassium sur l'évolution des greffes cancéreuses expérimentales. — MM. Troisier et Wolf. L'addition in vitro de chlorure de calcium à des greffes cancéreuses avant leur inoculation retarde l'apparition des tumeurs expérimentales (adéno-cancer typique du sein de la souris blanche). L'addition de chlorure de potassium raccourcit, au contraire, la phase d'incubation latente et peut augmenter la proportion des greffes positives. Ces deux substances possèdent donc une influence opposée sur l'apparition des tumeurs cancéreuses, ni l'une ni l'autre ne paraissent, néanmoins, agir sur l'évolution des greffes, une fois la prolifération néoplasique déclanchée.

Modifications dynamiques de l'onde pulsatile artérielle par insufflation d'un brassard à la pression minima. — MM Ch. Laubry, A. Mougeot et René Giroux. En cas d'insufflation égale à la pression artérielle minima, on constate qu'en aval du brassard ainsi insufflé, la pulsation subit des modifications d'ailleurs faibles et inconstantes dans le sens de l'augmentation d'amplitude, de vitesse de propagation centrifuge et de force vive.

Sur la bronchite sanglante à fuso-spirochètes de Vincent. — MM. J. Baur et Codvelle ont observé un cas de bronchite avec hémoptysies récidivantes et abondantes, sans altération de l'état général Les crachats sanglants ont, au bout de quelques heures, un aspect de gelée rousse qui caractérise la bronchite de Castellani. Pas de bacilles tuberculeux. Mais les crachats colorés au bleu polychrome montrent une abondance extrême de bacilles fusiformes et de spirochètes caractéristiques de la symbiose de Vincent. Divers savants (J. B. Rothwell, Chamberlain, Léopold Robert, Delamarre, etc.) ont également, dans la même maladie, montré que spirochœta Castellani doit être identifié avec spirochœta Vincenti.

La broncho-spirochétose de Castellani nous paraît donc devoir être rangée dans le cadre des infections dues à l'asso-

ciation, bactériologiquement et cliniquement décrite par M. Vincent.

Pouvoir antigène in vivo et in vitro des bacilles de Koch et de leurs extraits. — MM. L. Nègre et A. Boynet étudient le pouvoir antigène in vivo chez le lapin neuf et in vitro des bacilles de Koch totaux, des bacilles ayant été traités par l'acétone seule ou par l'acétone et l'alcool méthylique, et des extraits de bacilles tuberculeux obtenus avec ces solvants.

In vivo, les bacilles tuberculeux totaux ont le pouvoir antigène le plus élevé, les bacilles de Koch traités par l'acétone (solvant des graisses) ou par l'alcool méthylique (solvant des phosphatides) perdent la plus grande partie de leur pouvoir antigène.

In vitro, l'antigène le plus sensible est l'extrait méthylique de bacilles tuberculeux traités préalablement par l'acétone.

Syndrome purpurique provoqué par les rayons X chez le lapin nouveau-né. — MM. Lacassagne, Lavedan et de Léobardy. L'irradiation abdominale d'une lapine pleine, deux jours avant la mise-bas, provoque, chez les lapins nouveau-nés, l'apparition d'un syndrome caractérisé par de petits foyers hémorragiques disséminés, une coagulation très lente, un temps de saignement prolongé, l'absence de plaquettes. La mort survient au dixième jour.

Sur la nature de l'humeur aqueuse de seconde formation chez l'homme. — MM. W. Mestrezat et A. Magitot. L'humeur aqueuse qui se reforme après ponction de la chambre antérieure a été considérée comme normale par de nombreux auteurs chez l'homme, contrairement à ce que l'on observe chez l'animal. A l'aide d'une microméthode de dosage de l'albumine, MM. Mestrezat et Magitot montrent que l'humeur aqueuse seconde de l'homme est hyperalbumineuse comme chez l'animal, il n'y a entre elles qu'une différence de degré. Le phénomène, de plus, est éphémère. Il n'y a donc pas de distinction fondamentale à établir entre les deux humeurs. L'œil humain est seulement mieux adapté au maintien et à la récupération rapide de la composition physiologique des milieux liquides neuro-protecteurs qu'il renferme.

Toxicité du benzylglucoside β. — M. Richaud a pensé à substituer au benzoate de benzyle, dont l'emploi n'est pas exempt d'inconvénients, le benzylglucoside β, dont la synthèse biochimique a été réalisée par Bourquelot et Bridel, et qui présente, sur le benzoate de benzyle, l'avantage d'une solubilité parfaite dans l'eau, et, aussi, celui d'être dépourvu de propriétés irritantes pour les tissus.

Ce corps, expérimenté sur l'animal, est d'une toxicité extrêmement faible, très supérieure à celle du benzoate de benzyle, elle-même déjà peu élevée.

Application, au diagnostic de la tuberculose pulmonaire de l'enrichissement apparent en bacilles tuberculeux des crachats mis à l'étuve. — MM. F. Bezançon, Gauthier et A. Philibert ont appliqué le procédé précédent à 227 cas d'expectorations suspectes, dans lesquelles l'examen direct, et l'examen après homogénéisation, se montraient négatifs au point de vue du bacille de Koch.

Sur ces 227 cas, le procédé de la mise à l'étuve a permis de trouver des bacilles dans 21 cas ; soit environ 8,8 p. 100 des crachats négatifs après homogénéisation.

Les autres cas, au nombre de 206, sont restés négatifs.

Dans 9 cas, on a, en même temps que nous mettions les crachats à l'étuve, pratiqué simultanément l'inoculation au cobaye, à titre de contrôle. De ces 9 cas, 6, qui n'ont pas donné d'augmentation à l'étuve, n'ont pu tuberculiser le cobaye; ils sont donc restés négatifs ; les trois autres, qui ont donné un résultat positif à l'étuve ont tuberculisé le cobaye. Ces constatations donnent donc une grande valeur diagnostique aux autres cas, positifs ou négatifs à l'étuve, qui n'ont pas été contrôlé par l'épreuve de l'inoculation préalable.

Voici le détail de ces 227 cas :

6 cas : négatifs à l'examen direct, négatifs à l'homogénéisation, négatifs à l'étuve, inoculation au cobaye négative.

200 cas : négatifs à l'examen direct, négatifs à l'homogénéisation, négatifs à l'étuve.

3 cas : négatifs à l'examen direct, négatifs à l'homogénéisation, positifs à l'étuve ; inoculation de cobaye positive.

18 cas : négatifs à l'examen direct, négatifs à l'homogénéisation ; positifs à l'étuve.

Le procédé de la mise à l'étuve nous paraît donc être susceptible de permettre de faire le diagnostic de tuberculose pulmonaire ou de tuberculose ouverte, dans certains cas où l'homogénéisation elle-même s'est montrée négative. On conçoit aisément que ce procédé soit encore plus sensible, puisqu'il permet de collecter les bacilles épais dans 10 à 20 centimètres cubes de crachats, tandis que le culot d'un tube d'homogénéisation ne représente guère que 2 centimètres cubes d'expectoration. La recherche peut encore être facilitée, en appliquant au sédiment d'un tube de crachat mis à l'étuve, le procédé d'homogénéisation.

L'action de l'histamine sur les sucs digestifs, chez l'homme. — MM. P. Carnot, W. Koskowski et E. Libert, dans une note précédente, ont établi que l'injection sous-cutanée d'histamine produit constamment, chez l'homme, une augmentation de la quantité de suc gastrique sécrétée en un temps donné, en même temps qu'une augmentation de l'acidité et du pouvoir protéolytique. Ils ont tenté de vérifier si cette substance agit également sur la sécrétion duodéno-bilio-pancréatique. Ils ont observé, soit sur des malades porteurs d'un simple tube duodénal, soit sur des sujets chez lesquels on avait introduit deux tubes d'Einhorn, l'un dans l'estomac, l'autre dans le duodénum. Dans ces conditions : 1° Il est difficile d'affirmer une action hypersécrétoire directe; 2° on observe constamment une augmentation du pouvoir lipasique et tryptique du suc sécrété ; 3° Cette activation s'est montrée, tantôt consécutive au passage de suc acide dans le duodénum, tantôt indépendante d'une hypersécrétion gastrique, tantôt contemporaine de cette hypersécrétion ; il est donc difficile d'affirmer si l'histamine possède une action directe sur les sécrétions duodéno-pancréatique et biliaire, où si cette action est consécutive au passage, dans le duodénum, de suc gastrique acide.

Les effets secondaires de l'injection d'histamine sont toujours minimes et dépourvus de gravité.

L'utilisation de cette substance au point de vue du diagnostic ou de la thérapeutique est encore à l'étude.

NOTES DE PRATIQUE

CHLOROSE DYSPEPTIQUE

Selon le conseil de Huchard, il importe de « soigner les voies digestives d'abord, la chlorose ensuite ».

1° Pendant deux à quatre semaines, traitement antidyspeptique : alimentation surtout lacto-végétarienne, alcalins à faible dose, une demi-heure avant les repas, lavages d'estomac. Combattre la constipation (une cuillère à dessert ou à soupe de sel de Seignette dans un demi-verre d'eau).

2° S'abstenir du fer, qui exagère la dyspepsie, et instituer le traitement arsenical : Vanadarsine (v à x gouttes dans un verre d'eau, avant les deux principaux repas) ou Vanadarsine injectable (une injection de 1 ou 2 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de microscopie. Technique. Expérimentation. Diagnostic, par le Dr M. Langeron, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris. 3e édition entièrement refondue. 1 vol. in-8 de la « Collection de Précis médicaux », de 916 pages, avec 293 figures dans le texte. — Prix : broché, 30 fr. net; cartonné toile souple, 33 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

La Table des thèses soutenues à la Faculté de médecine de Paris pendant le quatrième trimestre 1920 et pendant l'année 1921 (table des noms d'auteur et table des matières). 1 vol. in-8. — Paris, Louis Arnette.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 29. — MARDI 11 & JEUDI 13 AVRIL 1922. 95e ANNÉE. MARDI 11 & JEUDI 13 AVRIL 1922. — N° 29.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Nomination.* — Le jury est définitivement composé de MM. Félix Ramond, Boidin, J. Renault, Paisseau, Foix, Siredey, Menetrier, Carnot, Lejars, Harvier et Jousset.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Séance du 6 avril. — *Consultation écrite.* — M. Velter, 30; MM. Bourdier et Bollack, 30.

Le concours s'est terminé par la nomination de M. Velter.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — L'assemblée des professeurs de la Faculté de médecine vient de réélir comme doyen, à la presqu'unanimité, M. le professeur Sigalas.

VAL-DE-GRACE. — L'arrêté du 8 mars 1920, fixant le nombre et la répartition des professeurs, professeurs agrégés et chefs de service chargés de l'enseignement à l'école d'application du service de santé militaire, est complété comme suit :

A. *Chirurgie.* — Expertises chirurgicales, appareillage et orthopédie, ajouter : un professeur agrégé.

B. *Médecine.* — 4° Expertises médicales et législation militaire, ajouter : un professeur agrégé.

C. *Radiologie, électrologie, physiothérapie et radiumthérapie* (une chaire). — Ajouter : un professeur agrégé.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE DE FRANCE. — M. le Dr Lenglet, membre du Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France, est nommé membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

CONGRÈS D'HYGIÈNE MENTALE DE PARIS (1er-4 juin 1922) organisé par la Ligue française d'hygiène mentale sous le haut patronage de M. le Président de la République française. — La Ligue d'hygiène mentale a décidé, pour renforcer le mouvement d'opinion qu'elle a provoqué en France depuis sa fondation en décembre 1920, d'organiser un Congrès qui se tiendra à Paris, du 1er au 4 juin 1922, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Cette assemblée extraordinaire servira, en France, de préface au Ier Congrès international d'hygiène mentale qui sera organisé ultérieurement aux Etats-Unis par les soins du Comité d'organisation du Comité international d'hygiène mentale (New-York).

Des thèmes de discussion, d'un caractère très général, ont été élaborés. Ils s'adressent aux médecins et aux biologistes, aux éducateurs, aux sociologues, aux industriels, ainsi qu'à tous ceux (magistrats, militaires, etc.) qu'intéressent les problèmes théoriques et pratiques de l'hygiène mentale.

Thèmes de discussion. — I. « Les principes généraux qui doivent régir l'assistance des psychopathes. » Exposé du Dr Antheaume (de Paris).

II. « La sélection des travailleurs dans ses rapports avec l'hygiène mentale. » Exposé de M. Lahy (de Paris).

III. « Les méthodes d'éducation et la psychologie appliquée. » Exposé du prof. Claparède (de Genève).

IV. « Entente internationale pour les recherches scientifiques en rapport avec l'hygiène mentale. » Exposé du prof. Rabaud (de Paris).

V. « L'hygiène mentale dans la famille. » Exposé du Dr Toulouse (de Paris).

Toutes les communications doivent être adressées au Dr Genil-Perrin, secrétaire général, 99, avenue de la Bourdonnais, à Paris.

Le prix de la souscription est fixé à 25 francs pour les membres titulaires qui prennent part aux discussions et communications, et à 10 francs pour les membres adhérents.

Les chèques sur Paris ou mandats devront être adressés au Dr Dupain, trésorier, 1, rue Cabanis, Paris.

LE SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS a tenu son assemblée générale annuelle, le 26 mars dernier au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Après une éloquente allocution du Dr Birabeau, président, le Dr Roulland, secrétaire général, a rappelé les travaux de

l'année faisant ressortir l'importance des résultats obtenus dans la loi des pensions et la gravité de la loi invalidité-maladie qui est appelée à transformer l'exercice de la médecine en France.

Saisie d'une demande d'adhésion à la Confédération des travailleurs intellectuels, l'assemblée a voté à la presque unanimité, cette demande d'affiliation.

Le Dr Frigaux a résumé les travaux de la Fédération des médecins de la région parisienne, et le Dr d'Ayrenx a mis au point l'état actuel de la question de l'assurance invalidité-maladie.

Le Syndicat a émis le vœu que l'Union des syndicats mène une campagne énergique près des pouvoirs publics et du public lui-même pour exiger de la loi, le libre choix et la rémunération à la visite. Il propose à l'Union pour la région parisienne, le referendum suivant :

Les médecins soussignés s'engagent à n'assurer le fonctionnement de la loi sur l'assurance-maladie que si cette loi admet exclusivement la rétribution directe du médecin par le malade et le paiement à la visite.

L'engagement pris de la sorte par les médecins soussignés est conditionnel et ne deviendra définitif que s'il est obtenu par un maximum de 80 p. 100 d'adhésion.

ASSOCIATION AMICALE DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES DES HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS. — L'assemblée générale de l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu le samedi 6 mai 1922, à 16 heures, à l'amphithéâtre Trousseau, de l'Hôtel-Dieu. Elle sera suivie d'une assemblée générale extraordinaire.

Conformément à l'article 16 des statuts cette assemblée générale extraordinaire ne peut être constituée valablement que par la présence, du quart au moins, des membres de l'Association.

Ordre du jour : 1. Allocution du président. — 2. Rapport du secrétaire général sur l'exercice 1921-1922. — 3. Compte rendu financier par le trésorier. — 4. Rapport de la commission de vérification des comptes. — 5. Remise de la médaille Zambaco-Pacha. — 6. Remise de la Fondation Lépine. — 7. Election de quatre membres du Comité. — 8. Discussion du rapport lu par M. R. Durand-Fardel à l'assemblée de 1921, au sujet de la création, dans l'Association, d'un service de retraites de droit.

Assemblée générale extraordinaire. — Ordre du jour : Modification à l'article 4 des statuts relative à l'augmentation du taux des cotisations.

BANQUET ANNUEL DE L'INTERNAT EN MÉDECINE. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris, aura lieu le samedi 6 mai à 7 h. 1/2, très précises, à l'hôtel Claridge, 74, avenue des Champs-Elysées, sous la présidence de M. le Dr Témoin (de Bourges).

Le prix de la souscription est fixé à 35 fr. pour les anciens internes et à 25 fr. pour les internes en exercice.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HOPITAUX DE PARIS. — La grande assemblée générale annuelle de l'Association a eu lieu mercredi soir, 29 mars, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique à la Faculté de médecine. Le président Risacher a remercié, au nom de tous, M. le Doyen qui a mis l'amphithéâtre à la disposition des externes. L'assistance est très nombreuse. Le président rend hommage au secrétaire général Lepennetier, qu'un deuil cruel vient de frapper. Le trésorier expose la situation financière qui est particulièrement brillante. Le vice-président donne lecture des nouveaux statuts qui permettent de faire entrer, dans l'Association, les anciens externes et les internes. Ces statuts sont votés à l'unanimité. L'Assemblée émet divers vœux relativement au concours de l'internat, au choix des places, et proteste énergiquement contre les prétentions émises par ceux qui ont obtenu le point limite à l'internat, et les demandes de certains internes provisoires.

Elle confirme les résultats du référendum organisé à ce sujet. A l'unanimité et par acclamations, le bureau comprenant anciens externes et externes est nommé : Président d'honneur : M. le Dr Belot; président : L. Justin-Besançon; vice-présidents : M. le Dr Fumouze, M. Alibert; secrétaires-généraux : M. le Dr P. Behague, MM. Thiroloix et Lepennetier; secrétaires : M. le Dr Champeau, Mlle Waynbaum; trésoriers : M. le Dr Gastaud, M. Marchand.

L'Association applaudit les noms des maîtres qui ont accepté de faire partie du Comité de patronage : MM. les prof. Roger et Pierre Marie, MM. les prof. agrégés Garnier, Marion, Okinczyc et Thiroloix.

Le président leur adresse l'expression de la gratitude générale et retrace en quelques mots l'essort de cette Association qui comprend actuellement la presque totalité des externes en exercice et fait maintenant appel à tous les anciens externes qu'elle sera heureuse d'accueillir et de grouper.

P. S. — Envoyer la correspondance relative à l'Association, au président L. Justin-Besançon, 62, rue du Cardinal-Lemoine, Paris, 5e.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — ECOLE D'INSTRUCTION ANNEXE DU SERVICE DE SANTÉ. — La prochaine réunion de notre Société qui sera une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 24 avril 1922, au Cercle militaire, à 21 heures.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Le traitement des fractures de cuisse par projectiles de guerre », par M. Maurice Patel, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, chirurgien des hôpitaux.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

LES PROPRIÉTÉS THÉRAPEUTIQUES DE L'ACIDE ÉLAÏÉRINIQUE

par M. R. GRAVELAINE.

Dans un intéressant mémoire M. R. Gravelaine (1), après avoir montré que l'acide qu'il avait obtenu il y a douze ans, par oxydation des lanolines et qu'il avait alors appelé *acide lipoïque*, n'est autre chose que l'acide *élaïérinique* découvert par Chevreul dans le suint de mouton, fait l'étude très complète des propriétés biologiques et thérapeutiques de cet acide. De ces recherches il découle que ce corps joue un rôle de protection très curieux et très marqué contre les infections de la peau, qu'il s'oppose notamment au développement du staphylocoque, du streptocoque et même du bacille de la tuberculose déposés sur des surfaces cutanées cruentées. Mais il possède aussi une autre propriété beaucoup plus générale (et qui peut-être explique la première) d'être un remarquable décongestionnant des régions enflammées.

Cet auteur a fait de ces propriétés de l'acide élaïérinique d'intéressantes applications thérapeutiques dans diverses maladies de la peau et a constaté qu'il agit fort bien dans toutes les maladies de la peau, où il y a de l'inflammation, comme dans l'eczéma, l'inpétigo, le lupus, etc., où il semble que ces deux propriétés générales interviennent pour produire soit une amélioration marquée, soit même la guérison.

Les propriétés décongestionnantes se manifestent surtout dans les maladies à caractère inflammatoire pur telles que les engelures et les hémorroïdes aiguës. Au cours de ses recherches sur cette dernière affection l'auteur a remarqué que l'élément fissuraire qui l'accompagne si souvent guérit avec une grande rapidité. Il a tiré de cette constatation un traitement très simple de la fissure sphinctéralgique classique.

(1) Edité par le « Laboratoire des Flandres », 115, rue Saint-Lazare, Paris-8e.

NÉPHRITE CHRONIQUE AZOTÉMIQUE

SÉQUELLE D'UNE INTOXICATION PAR LES CHAMPIGNONS PHALLOIDIENS

Par A. SÉZARY et J. ALIBERT.

Les intoxications par les champignons, comme l'a montré Gillot, se classent en plusieurs groupes selon les espèces qui les déterminent. Avec Roch et Langeron, on doit distinguer trois formes cliniques principales : le syndrome phalloïdien, le plus souvent mortel; le syndrome muscarien, rarement mortel; le syndrome lividien (ou entolomien) qui ne présente aucune gravité. Chacun d'eux se manifeste par des symptômes particuliers qui ne sauraient prêter à confusion.

L'intoxication phalloïdienne provoque des lésions parenchymateuses multiples portant sur le foie, les reins, la myocarde, l'intestin, les centres nerveux. Il serait étonnant qu'en cas de survie, ces altérations guérissent complètement, sans laisser de séquelle. Mais, à ce point de vue, les traités classiques sont muets. C'est que, généralement, les malades qui ne meurent pas — et ils sont la minorité — ne sont pas suivis par leur médecin, après leur rétablissement. Et, si, un jour, ils sont traités pour des troubles viscéraux, ils omettent de mentionner, dans leurs antécédents, cet empoisonnement qu'ils ont subi.

Nous avons récemment observé un homme de trente-neuf ans, atteint depuis quatre ans d'une néphrite chronique azotémique, dont l'origine remonte nettement à une intoxication phalloïdienne. Nous croyons intéressant de rapporter l'histoire clinique de ce cas.

Le nommé T..., âgé de trente-neuf ans, journalier, entre dans notre service de l'hôpital de la Charité, le 6 novembre 1921. Il souffre de l'articulation sacro-iliaque droite. Cette douleur ne paraît d'ailleurs avoir aucun rapport précis avec la néphrite dont nous avons constaté l'existence au cours de notre examen.

Cet homme n'avait eu aucune maladie et avait joui d'une excellente santé jusqu'en août 1917. A cette époque, étant mobilisé, il absorba à un repas du soir, à sept heures exactement, un plat de champignons récoltés avec trois camarades, comme lui soldats au 169e d'infanterie. Ce plat fut divisé en quatre portions égales, dont chacun des convives se régala.

Les accidents qui survinrent n'apparurent que tardivement, comme cela est la règle dans l'intoxication phalloïdienne. Notre malade éprouva, dans la seconde moitié de la nuit, une sensation de soif intense, et ce fut seulement vers sept heures du matin, immédiatement après l'absorption d'une grande quantité de vin blanc, qu'il se mit à vomir. Le fait qu'aucun vomissement plus précoce ne survint, permet d'éliminer la possibilité d'une double intoxication à la fois muscarienne et phalloïdienne.

Au début de la matinée, il put encore se rendre au champ de manœuvre où se faisait l'exercice : là, un camarade remarqua l'aspect bleuté des téguments. Il continua à vomir et fut alors envoyé à l'infirmerie. Là, on lui donna du lait, qui fut rejeté aussitôt, puis survint une accalmie.

Mais dans la soirée, vingt-deux heures après le repas funeste, les vomissements reprirent, abondants, et constitués presque par du sang pur. Le malade, transporté à l'hôpital de Montargis, reçut une injection de sérum physiologique, et absorba du champagne glacé, autant que ses souvenirs lui permettent de préciser ce point. Quelques heures plus tard, en effet, il perdait connaissance.

Le lendemain matin, son état s'était notablement amélioré et on lui permit une alimentation substantielle (côtelette, purée), ce qui indique une rémission assez importante. Les vomissements avaient complètement cessé, il n'existait qu'une constipation marquée. Pourtant, cette rémission ne devait être que temporaire, comme cela est la règle dans le syndrome phalloïdien. Le diagnostic exact avait été d'ailleurs porté, non seulement en raison des symptômes observés, mais aussi parce que les trois autres convives de ce fatal repas étaient morts, de vingt-quatre à trente-sept heures après.

Huit jours après l'admission à l'hôpital, les vomissements de sang reprenaient, accompagnés d'une éruption d'urticaire et de symptômes nerveux assez particuliers. D'abord ce fut un tremblement généralisé, puis éclatèrent des troubles psychiques : délire, agitation, alternant avec des périodes de perte de connaissance. Cet état dura une quinzaine de jours, ce qui nous reporte à plus de trois semaines du début des accidents. Le malade put alors être transporté à Auxerre, dans un hôpital de la Croix-Rouge. Mais, si les troubles psychiques disparurent, les troubles digestifs persistèrent plusieurs semaines encore. L'alimentation lactée elle-même ne pouvait être supportée, et l'état général était très atteint, puisque le poids du sujet était tombé à 37 kilogrammes (il est actuellement de 58 kilogrammes). La peau desquama et même les ongles tombèrent.

L'amélioration survint cependant, mais très lentement. A la fin de février 1918, c'est-à-dire six mois après l'empoisonnement, le malade quittait l'hôpital. Cette convalescence interminable est encore un fait habituel dans les rares cas d'intoxication phalloïdienne qui ne se sont pas terminés par la mort.

Le malade fut réformé n° 2, le 20 mars 1920, pour « troubles dyspeptiques, albuminurie importante, néphrite azotémique ». La dyspepsie ayant cessé peu après, il ne suivit plus aucun régime. Il n'éprouve d'ailleurs plus aucun malaise. La néphrite est donc demeurée latente. C'est d'ailleurs, comme nous l'avons dit, une circonstance fortuite qui l'a conduit, dans notre service, quatre ans après ces accidents qu'il nous rapporte avec une grande précision.

L'examen clinique ne révèle aujourd'hui aucune atteinte des différents appareils, sauf une lésion importante des reins. Le cœur, en particulier, est normal et la tension artérielle est de 15/10 à l'appareil de Vaquez. Aucun trouble objectif. Mais l'examen des urines révèle une notable quantité d'albumine, qui, au tube d'Esbach, et pendant une période de trois semaines d'observation, se maintient constamment au taux de 1 gramme.

Le dosage de l'urée dans le sang montre, à deux reprises différentes, une quantité de 0g66 par litre, chiffre supérieur à la normale. La néphrite azotémique, signalée dans le dossier de ce soldat quatre ans auparavant, a donc persisté, et ne semble pas devoir régresser.

Nous avons également étudié l'élimination du chlorure de sodium. Après avoir, par un régime hypochloruré (1g50 par jour) rendu constante l'élimination urinaire à ce même taux, la dose de 10 grammes de sel fut quotidiennement ajoutée aux aliments du régime, selon la technique indiquée par Pasteur Vallery-Radot. Pendant les jours qui suivirent, les quantités de chlorures éliminées par vingt-quatre heures furent successivement de 2g3, 5g4, 6g3, 15 grammes, pendant que le poids augmentait de 2 kilogrammes. Cette élimination en échelons progressifs en quatre jours, indique, une perméabilité normale aux chlorures.

En résumé, chez un sujet empoisonné par des champignons phalloïdiens, l'examen de la fonction rénale plusieurs années après, permet de constater l'existence d'une néphrite azotémique, sans rétention chlorurée, sans hypertension artérielle, sans aucun trouble fonctionnel (pas de céphalée, aucun petit signe de brightisme), néphrite dont l'apparition a été constatée au moment même de l'intoxication.

De cette observation, quelques points méritent d'être retenus.

Nous ne disserterons pas ici sur les raisons qui ont permis à notre malade de survivre à une intoxication phalloïdienne ayant, à dose que l'on peut

supposer égale, entraîné la mort de ses trois camarades, également bien portants et mobilisés comme lui. Nous voulons insister surtout sur l'existence d'une néphrite chronique azotémique consécutive à cet empoisonnement.

Dans notre cas, l'intoxication phalloïdienne ne fait aucun doute. L'apparition tardive des accidents, leur évolution fatale chez trois intoxiqués sur quatre, ne permettent aucune hésitation.

Signalons l'apparition, au huitième jour, de troubles délirants qui ont persisté deux semaines, mais dont malheureusement nous ne connaissons pas les caractères. De tels troubles ont été rarement notés, sans doute en raison de l'évolution rapidement mortelle de l'intoxication. Ils ont été constatés surtout dans l'intoxication muscarienne. Notre observation montre qu'en cas de survie, ils peuvent survenir également dans l'intoxication phalloïdienne : ils furent d'apparition très tardive dans notre cas, tandis que le délire muscarien débute très rapidement. Ils ne sauraient donc être attribués à une intoxication muscarienne associée, d'autant que les vomissements précoces, constants dans celle-ci, ont fait défaut. On pourrait les attribuer à la fixation de l'amanite-toxine sur les centres nerveux (Oré, Roch, Ferry), où elle détermine des lésions cellulaires bien étudiées par Schürer. On pourrait peut-être les rattacher aussi à l'urémie. Nous n'avons actuellement aucun argument à faire valoir en faveur de l'une ou l'autre de ces hypothèses.

La possibilité d'une néphrite chronique azotémique, séquelle de l'intoxication phalloïdienne, est le fait nouveau que nous voulons mettre en lumière.

Les recherches anatomo-pathologiques faites, soit au cours des autopsies humaines (Kobert, Moers, Maire et Argaud), soit après intoxication expérimentale chez l'animal (Ménier et Mounier, Ford, Fagault, etc.), montrent les caractères de la néphrite à laquelle succombent l'homme aussi bien que les animaux, soumis à l'intoxication aiguë.

« Les lésions sont surtout accusées au niveau de la substance corticale. Tous les éléments, tubes, glomérules, sont atteints par places. Les lésions sont surtout localisées au niveau des tubes sécréteurs. La lumière des canaux est obstruée, les glomérules ont leur capsule épaissie. Au total : néphrite diffuse aiguë, et plus exactement glomérulonéphrite toxique » (Fagault).

Il faut ajouter aux lésions rénales celles que l'on a observées dans le foie, et qui consistent en une hépatite diffuse avec dislocation des travées. Ces altérations, contemporaines de celles des reins, ne peuvent qu'aggraver ces dernières et s'opposer à leur guérison.

Les toxines phalloïdiennes, quelles qu'elles soient, agissent donc comme n'importe lequel des toxiques connus. Elles sont susceptibles de laisser dans les organes, particulièrement dans les reins, des lésions qui, tout en étant compatibles avec la vie, passent à la chronicité. L'albuminurie d'ailleurs, presque constante, selon Maire, lors du rétrécissement de la sécrétion urinaire, est considérée comme disparaissant le plus souvent d'une façon définitive; mais notre observation montre qu'elle peut persister et traduire une néphrite chronique indélébile.

Il faut donc ajouter l'intoxication phalloïdienne aux facteurs étiologiques de la néphrite chronique, et en particulier de la néphrite chronique azotémique.

ACTUALITÉS

L'ARMEMENT ANTITUBERCULEUX FRANÇAIS

Sous ce titre, le Comité national de défense contre la tuberculose vient de publier la liste méthodique, par département, des divers organismes antituberculeux créés sur le principe de la prophylaxie. Fort nombreux actuellement, ces organismes, qui, avant la guerre, agissaient sans uniformité et d'une manière dispersée, ont pu, depuis, coordonner leurs efforts, sous la double influence d'une part de la loi Léon Bourgeois sur les dispensaires et de la loi Honorat sur les sanatoriums, de l'autre, de l'action concertée de la Commission Rockefeller, et du Comité national de défense. Celui-ci, que préside M. Léon Bourgeois, provient de la transformation du Comité d'assistance aux anciens militaires tuberculeux, qui, à la fin de 1919 et en vertu d'un vote de son assemblée générale, chercha à étendre son programme de lutte antituberculeuse à l'ensemble de la population civile. Il se mit, dans ce but, en relations, par leurs représentants dans son Conseil de direction, avec le ministère de l'Hygiène, les Services de santé de la Guerre et de la Marine, la Faculté de médecine de Paris, les syndicats médicaux de France, l'Office des mutilés, les Sociétés de Croix-Rouge, l'Œuvre de Grancher, le Comité Rockefeller et enfin les organisations départementales, prenant ses directives dans les travaux de la Société d'études scientifiques de la tuberculose et des conférences de l'Union internationale, de telle sorte que, à l'heure présente, il existe deux grandes œuvres antituberculeuses; l'Œuvre de la tuberculose, dont la section d'études scientifiques représente la Commission technique du Comité national, et le Comité national, assumant la tâche de coordonner et de centraliser les efforts des Comités départementaux et, proprement, d'unifier la lutte, afin de la rendre efficace. Par suite, son but n'est point de créer ni d'administrer les divers organismes antituberculeux, mais seulement de favoriser leur création et leur fonctionnement et, au besoin, de les subventionner.

Les organisations départementales sont très variées, parce qu'elles répondent à des besoins différents. Nous nous contenterons de les passer rapidement en revue. 1° Les *dispensaires* antituberculeux, pour le dépistage et le traitement ambulatoire, et l'aiguillage ultérieur des malades sur les services appropriés, on n'en comptait que 46 en 1913; on en compte aujourd'hui 439; 2° Les *écoles d'infirmières visiteuses*, au nombre de 8. Ces infirmières ont, dans leurs attributions, la surveillance du traitement, le réconfort moral, l'apport de renseignements utiles au médecin. Parmi les 600 infirmières diplômées qui existent, chiffre très insuffisant, 300 environ sont attachées à des dispensaires; 3° les *œuvres de préservation de l'enfance*, qui diffèrent suivant que l'enfant placé dans un milieu tuberculisé est encore indemne ou bien a subi une contamination bénigne et demeure non contagieux. Dans le premier cas, c'est le *placement familial*, réalisé, soit par l'Œuvre de Grancher pour la seconde enfance, qui envoie à la campagne, dans un milieu sain, les enfants de tuberculeux, soit par les centres de Mainville et de Salbris, pour les nourrissons; dans le second cas, c'est le *préventorium*, où les petits tuberculeux adénopathes et tous

ceux que l'on désignait autrefois sous le nom fautif de « prétuberculeux » sont soumis à un régime diététo-hygiénique convenable. Il y a maintenant 61 préventoriums avec 4.000 lits ; 4° les *sanatoriums de cure et stations sanitaires.* Aujourd'hui, on compte 13 sanatoriums privés avec 531 lits et 52 sanatoriums populaires avec 4.428 lits. Quant aux stations sanitaires, réservées d'abord aux soldats tuberculeux et maintenant étendues à la population civile, elles sont au nombre de 10 comprenant 1.148 lits; 5° les *écoles sanitaires de rééducation professionnelle* : destinées à recevoir les malades à leur sortie du sanatorium, à les entraîner progressivement pour augmenter leur aptitude au travail, surtout agricole, elles sont au nombre de 8 (dont une seule pour femmes) avec 605 lits; 6° les *hôpitaux-sanatoriums* : organisés en vue du traitement des tuberculeux urbains de toutes les catégories, ils sont installés de préférence à proximité des villes importantes dans des espaces libres et plantés. On en compte 14 avec 2.995 lits; 7° les *services hospitaliers d'isolement.* Ce sont les pavillons réservés spécialement, dans les hôpitaux, aux malades suspects et mis en observation, aux tuberculeux en poussées qui ne peuvent être soignés chez eux, et enfin aux phtisiques arrivés à la dernière période. Cette organisation est encore tout à fait rudimentaire et insuffisante et trop rares sont les hôpitaux où elle a pu être créée ; 8° les *sanatoriums marins* : consacrés particulièrement aux enfants atteints de tuberculose ganglionnaire, osseuse, articulaire, cutanée, etc., ils s'élèvent au nombre de 44, comprenant 9.093 lits; 9° enfin les *organismes antituberculeux des Services de santé de la Guerre et de la Marine.* Le Service de santé militaire a organisé 6 hôpitaux avec 680 lits pour les tuberculeux pulmonaires, et 8 avec 731 lits pour les tuberculoses chirurgicales; le Service de santé de la marine, 3 hôpitaux avec 230 lits pour les marins tuberculeux en instance de réforme.

En résumé, l'armement antituberculeux français comprend, à l'heure actuelle, 439 dispensaires et 214 établissements divers pouvant recevoir 28.464 malades, sans compter les disponibilités du placement familial.

* * *

Après avoir sommairement énuméré les ressources de cet armement, il conviendrait d'indiquer les résultats qu'il a fournis, mais nous les ignorons. Quelques réflexions, à ce propos, ne seront pas cependant tout à fait inutiles.

Il est certain que la création du Comité national, avec le rôle coordinateur qu'il joue, constitue un très grand progrès, car, en toutes choses, l'unité de commandement et de méthode s'impose, sans quoi, les forces se dispersent et se gaspillent. On doit reconnaître pourtant que l'application de ce vaste programme est encore incomplète et pleine de lacunes; 15 départements restent sans organisation départementale, et dans 5 (Basses-Alpes, Ardèche, Cantal, Dordogne, Lozère), qui ne sont point toujours les moins atteints, il n'y a absolument rien de fait; en outre, plusieurs des services mentionnés n'existent guère que sur le papier, ou à l'état de vagues projets. Or, on l'a vu, la base de tout cet armement est la méthode de prophylaxie classique. Même quand on envoie le tuberculeux pulmonaire au sanatorium ou à l'hôpital, c'est, au fond, moins sa guérison que l'on recherche que la protection, contre son pouvoir contagionnant, de la collectivité. Pour s'attester vraiment efficace, une telle prophylaxie doit être continue dans le temps et dans l'espace, et surtout quand il s'agit de tuberculose dont l'agent causal est innombrable et, pour ainsi dire, ubiquiste. Quelques brèches — et il n'en manque pas — dans la barrière protectrice qu'elle dresse, et le succès des efforts va se trouver compromis. C'est là, sans doute, l'une des raisons pour lesquelles le résultat du progrès de l'armement antituberculeux apparaît encore bien peu perceptible, car la légère diminution observée dans le nombre des décès tuberculeux semble dépendre d'un diagnostic plus exact, plutôt que d'une atténuation de la contamination.

Enfin, il ne faut pas oublier que l'armement, tel qu'il a été décrit, ne représente, abstraction faite de la thérapeutique curative, qui constituerait la meilleure prophylaxie si nous étions sûrs de la posséder, qu'un des moyens de lutter contre la tuberculose. D'autres demandent également à être appliqués avec toute l'énergie possible : suppression des taudis, assainissement des villes, diminution de l'encombrement, création d'espaces libres, évasion vers les campagnes. La tuberculose, en effet, est la maladie des agglomérations trop denses, mal aérées et ensoleillées, dont la population, par conséquent, prend aisément le contage parce qu'elle est en état de moindre résistance; l'alcoolisme n'intervient alors que par la misère et la déchéance qu'il entraîne. Ces mesures, encore qu'elles soient contrariées par les nécessités financières et économiques, sont même les plus urgentes à réaliser au point de vue social, attendu que, l'expérience le prouve, aussitôt qu'on les met en œuvre à une échelle suffisante, le fléau, atteint dans sa source, s'atténue. A ce moment, l'armement antituberculeux profite davantage à ceux qui sont atteints par le fait même qu'ils sont devenus moins nombreux, et c'est pourquoi dans certains pays, la Suède, la Norvège, le Danemark, etc., où ces mesures ont été appliquées, un armement identique a fourni des résultats supérieurs à ceux qu'il donne en France. Si donc nous devons nous féliciter du perfectionnement et de la multiplication des dispensaires, sanatoriums et autres organisations, croyons fermement aussi que nous ne pourrons jamais arriver à soigner tous les tuberculeux, si nous ne commençons pas à les raréfier par une lutte obstinée, incessante et étendue contre l'encombrement et l'obscurité.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 1er AVRIL 1922)

Action de l'aminophénolarsinate de soude sur les trypanosomiases expérimentales du cobaye. — MM. A. NAVARRO-MARTIN et G. J. STEFANOPOULO, après les expériences qu'ils ont faites, concluent que l'aminophénolarsinate de soude est un puissant agent trypanocide, dont le coefficient thérapeutique est plus favorable que celui des autres dérivés arsenicaux employés jusqu'ici.

L'action efficace et définitive sur le cobaye est d'autant plus remarquable que l'on connaît la grande difficulté éprouvée jusqu'ici pour guérir les trypanosomiases expérimentales de ces animaux par les agents chimiques. Les injections sous-

cutanées des solutions de ce produit sont parfaitement bien tolérées.

Variations de la glycémie après l'injection intraveineuse de novarsenobenzol. — MM. Ch. Achard, Léon Binet et A. Cournand ont étudié les modifications de la glycémie après l'injection intraveineuse d'arsenobenzol.

Chez un chien de 10 kilogrammes, après une dose de 0g65 de novarsenobenzol, le sucre sanguin s'éleva de 1g30 à 1g81 p. 1000 en trente minutes.

Chez l'homme normal, après une dose de 0g40 seulement, l'hyperglycémie fut moins importante, mais nette, l'augmentation restant voisine de 0g15 p. 1000.

Chez les malades hyperglycémiques et atteints d'insuffisance glycolytique, les résultats furent tout différents et c'est une diminution du sucre sanguin qui survint, persistant après une heure. La chute fut variable : une fois seulement, elle fut de 0g10 ; mais ordinairement plus importante, atteignant même 1 gramme chez un diabétique. Il en fut ainsi chez sept diabétiques et aussi chez un tabétique, un paralytique général et un cancéreux, qui avaient une insuffisance glycolytique vérifiée par les épreuves de l'exhalation carbonique et de l'hyperglycémie provoquée. En outre, chez un érysipélateux, pendant la période fébrile, l'arsenobenzol diminua aussi la glycémie, tandis que pendant la convalescence, il l'augmenta comme chez le sujet normal ; or, on sait que l'insuffisance glycolytique existe pendant la période fébrile des maladies aiguës et disparaît à la convalescence.

Sur les propriétés antigènes des extraits alcoolométhyliques de bacilles de Koch et des lécithines. — MM. A. Boquet et L. Nègre. Les injections d'émulsions d'ovolécithine provoquent comme celles des extraits méthyliques bacillaires, la formation d'anticorps décelables par la réaction de Bordet-Gengou.

In vitro, le pouvoir fixateur de la lécithine s'exerce avec la presque totalité des sérums de lapins préparés, soit avec des extraits bacillaires, soit avec des bacilles totaux, mais non avec les microbes privés de leurs lipoïdes. Cependant le pouvoir antigène des extraits méthyliques est plus spécifique.

Il semble qu'il existe, dans les extraits méthyliques de bacilles de Koch : 1° une substance de nature lipoïdique commune à plusieurs espèces microbiennes capables de provoquer, in vivo, la formation d'anticorps, analogues à ceux que développe la lécithine de l'œuf; 2° des substances plus étroitement spécifiques qui, associées au précédent lipoïde, se comporteraient, in vitro, comme un antigène très sensible,

Diabète insipide par lésion de l'infundibulum. — MM. J. Camus, G. Roussy et A. Le Grand présentent une observation anatomo-clinique qui vient plaider en faveur de la théorie nerveuse, infundibulaire du diabète insipide.

Il s'agit d'un malade qui présenta, au cours d'une arthrite tuberculeuse du genou, des phénomènes d'encéphalite (crises épileptiformes et paralysie transitoire), puis une polyurie de 7 à 8 litres sans glycosurie.

La quantité des urines diminua sous l'effet d'injections d'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse (de 8 à 5 litres), mais d'une façon passagère et irrégulière. L'antipyrine et la novocaïne produisirent un abaissement aussi marqué et même plus régulier que la quantité d'urine. Mêmes résultats après ponction lombaire.

L'autopsie révéla la présence d'un abcès de l'hypophyse et l'intégrité apparente de la région optopédonculaire; mais l'examen histologique pratiqué sur coupes sériées montra l'existence d'importantes lésions cellulaires et interstitielles des noyaux de l'infundibulum et du tuber; lésions que rien ne permettait de soupçonner à l'œil nu.

Cette observation doit être rapprochée de celle présentée par M. Lhermitte, dans une précédente séance, dans laquelle les lésions infundibulo-tubériennes étaient analogues, mais par contre, l'hypophyse intacte.

Elle vient appuyer les résultats expérimentrux obtenus chez l'animal par MM. Camus et Roussy et confirmés depuis, par MM. Houssay, Carula et Romana, Leschke et Percival Bailey.

Ces faits conduisent à admettre que, chez l'homme comme chez l'animal, le syndrome polyurique est dû, non pas à une lésion du lobe postérieur de l'hypophyse ou de la tige hypophysaire, mais bien à une lésion des noyaux de l'infundibulum et du tuber cinereum.

Sur l'action physiologique de la pelletiérine; analogie avec la nicotine. — MM. Tiffeneau et Boyer. La pelletiérine est, comme la nicotine, un poison des ganglions parasympathiques et sympathiques.

Tout d'abord elle excite, puis paralyse l'appareil inhibiteur cardiaque, le plus souvent avec fibrillation qu'arrête la quinine, après quoi elle excite et finalement paralyse les accélérateurs. Son action excitante sur l'appareil inhibiteur est périphérique; car, après quinine ou quinidine dont l'action sur le vague est centrale (Clerc et Pezzi), le ralentissement persiste. Après atropine, pas de ralentissement, mais accélération et augmentation d'amplitude.

La pelletiérine exerce, en outre, comme la nicotine, une action vasoconstrictive intense qui détermine une élévation brusque de la pression artérielle.

Numération des éléments du sang dans le syndrome purpurique röntgenien du lapin nouveau-né. — MM. Lacassagne et Lavedan. Chez le lapin nouveau-né, irradié in utéro, deux jours avant la mise-bas, les signes cliniques de syndrome purpurique s'accompagnent de modifications du sang : augmentation progressive des globules rouges (comme chez les témoins), jusqu'au cinquième jour, à partir duquel commence une réduction rapide du nombre de ces éléments; diminution immédiate des mononucléaires, qui sera compensée par une régénération temporaire ; diminution plus tardive, mais non suivie de régénération, des polynucléaires qui ont disparu du sang au dixième jour, date de la mort.

Les variations de la pepsinémie dans les maladies de l'estomac. — MM. Loeper, Baumann et Debray montrent combien le rapport est inconstant à l'état pathologique entre l'activité peptique du suc gastrique et celle du milieu sanguin.

De faibles sécrétions gastriques s'accompagnent de fortes pepsinémies et inversement.

Il existe, parfois, de véritables dérivations secrétoires, grâce auxquelles le sang charrie de la pepsine en plus grande abondance.

Ces fortes pepsinémies semblent occasionner certains troubles généraux et fonctionnels tels que la diarrhée, les nausées, les réactions vasculaires et réalisent une sorte de syndrome sanguin des états dyspeptiques.

La dissociation de la sécrétion acidopeptique dans certaines affections gastriques. — MM. Loeper et Baumann (de Chatelguyon) étudient les variations comparatives de la chlorhydrie et de la pepsine gastrique.

Le parallélisme qui existe, à l'état normal, entre ces deux sécrétions, fait souvent défaut à l'état pathologique et les plus fortes chlorhydries ne sont pas les plus fortes hyperpepsies. Les auteurs se demandent si certains symptômes comme la nausée et les douleurs ne sont pas la conséquence plus encore de la richesse peptique que de la richesse chlorhydrique du milieu gastrique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1922)

Raccourcissement nasal sans cicatrice extérieure. — M. Bourguet.

Supports cylindriques en pâtes alimentaires résorbables pour anastomose intestinale. — M. Péraire.

Malade ayant subi plusieurs interventions. — M. Pauchet a fait à cette malade une cholécystectomie pour calcul, une gastrectomie pour ulcus, une colectomie totale pour maladie de Lane; elle avait déjà subi antérieurement l'ablation de l'appendice, une gastroentérostomie et une résection partielle du côlon : elle est actuellement bien portante. M. Pauchet insiste sur la relation qui existe entre la calculose biliaire, l'ulcus gastrique et la stase intestinale chronique.

Traitement physiothérapique des synovites palmaires. — M. Alquier montre que pour guérir les raideurs et rétrac-

tions des doigts par synovite, suite de suppuration ou de rhumatisme; il faut modérer l'inflammation, puis résoudre l'engorgement lymphatique de l'avant-bras, alors seulement on peut, sans crainte d'irritation traiter la synoviale et assouplir les doigts.

Les anorexies dites hystériques. Syndrome complexe. — M. Chartier insiste sur l'importance de la distinction quelque peu délaissée entre l'anorexie mentale et l'anorexie hystérique. Dans celle-ci, le syndrome est toujours complexe et associé à des symptômes d'inhibition dans toutes les fonctions de l'organisme. Dans cette anorexie hystérique, les troubles psychiques sont loin d'être toujours primitifs. La thérapeutique doit s'inspirer de ces considérations et en s'inspirant des principes généraux de la rééducation nerveuse, varie selon les causes et les manifestations particulières à chaque sujet.

Traitement du chancre mou. — M. Goubeau procède de la manière suivante : toilette minutieuse du chancre surtout sous les bords décollés avec des petits tampons imbibés de tétrachlorure de carbone pur; badigeonnage avec une solution alcoolique au 1 p. 50 d'arseniate de soude, faire évaporer et rebadigeonner. Gaze aseptique. Même traitement pour les bubons ouverts.

Pour les bubons non suppurés, injection de 1 à 2 centimètres cubes de solution aqueuse d'arséniate de soude au 1 p. 100. Pour les bubons suppurés et non ouverts, ponction et injection d'un mélange de 1 à 2 centimètres cubes de solution aqueuse d'arséniate de soude et de un tiers de centimètre cube d'éther émulsionnée dans la seringue même par agitation.

M. Lévy-Frankel emploie une pâte au sulfate de cuivre qui amène une cicatrisation rapide et ne nécessite pas la venue quotidienne du médecin.

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1922)

A propos des anorexies nerveuses et mentales. — M. Léopold Lévi rapporte trois cas d'anorexie mentale (chez une débile, chez une instable thyroïdienne, chez une jeune fille de dix-huit ans, arrivée à l'état de squelette) dans lesquels l'opothérapie a ramené la faim et rétabli l'état général. L'auteur rappelant sa théorie de la faim montre l'action du corps thyroïde sur l'activité diastasique de toutes les cellules y compris celles de l'estomac et du goût et son action sur le centre bulbaire de la faim et son centre cérébral.

L'entraînement spiroscopique dans la prophylaxie et le traitement des déviations thoraciques chez les enfants. — M. Pescher montre que cette méthode a apporté une contribution importante dans la prophylaxie et le traitement des déformations thoraciques chez les enfants : par des exercices intensifiés la méthode spiroscopique permet d'insuffler le poumon du côté affaissé par l'air du poumon sain. Le poumon ainsi regonflé repousse la paroi et la redresse. Même mode d'action dans la pleurésie purulente pour éviter la rétraction du thorax.

Sur la prophylaxie de la surdité. — M. de Parrel estime que la surdité est plus fréquente qu'elle ne devrait être et qu'elle est souvent évitable; il indique les mesures à prendre contre la surdité héréditaire, la surdité acquise, la surdité professionnelle. Il expose ses aperçus sur la prophylaxie de la surdité à l'école, ce qui permettrait de dépister les troubles auditifs dès leur apparition et de les traiter précocement; il en résulterait une diminution du nombre des sourds adultes, un accroissement du rendement travail de la collectivité et un allègement des charges de l'Etat.

Nouveaux cas de sténoses inflammatoires de l'œsophage. — M. Guisez.

A propos des résultats éloignés de la luxation congénitale de la hanche. — M. Rœderer rappelle que le traitement de la luxation congénitale de la hanche n'aboutit pas fatalement à une reconstitution absolue de la forme, mais en général, à une restitution excellente de la marche. Le traitement ne suit pas des règles invariables, mais doit s'adapter à chaque cas en particulier. Quand on le peut, il faut opérer le plus tôt possible, avant deux ans, à cet âge, la réduction est facile, moins traumatisante et l'antéposition de la tête se corrige spontanément.

(SÉANCE DU 10 MARS 1922)

La phimosiectomie ou circoncision avec suture circulaire invaginée. — MM. Dartigues et Roucayrol décrivent, avec des projections à l'appui leur phimosiectomie. Nouveau nom qu'ils proposent pour la circoncision qui ne doit désigner que l'exérèse rituelle du prépuce. Le prépuce normal étant utile, les auteurs arrivent, par leur procédé, au moyen d'une section suffisante de la muqueuse à faire une suture circulaire invaginée qui dispense de tout pansement extérieur après l'intervention, il semble que le malade n'ait pas été opéré.

Le radiognostic des calculs du cholédoque. — MM. Guy-Laroche et Ronneux présentent des radiographies positives de calculs du cholédoque et insistent sur les difficultés du diagnostic radiologique de la lithiase biliaire. Ils font remarquer que les déformations du foie, de la vésicule et des canaux biliaires et la formation d'adhérences entraînent des modifications dans la forme et la position respective des organes. On ne peut donc se baser sur les critères anatomiques normaux pour établir le siège d'un calcul décelé par la radiographie.

Microphigmie chez les épileptiques. — M. Hartenberg, chez les 16 p. 100 des épileptiques, a constaté une petitesse anormale du pouls ou microphigmie, qu'il considère d'après ses recherches, comme due à un développement insuffisant des artères. On rencontre également cette hypoplasie artérielle dans maintes affections nerveuses ou autres et même chez des sujets bien portants.

A propos des fibromes utérins. — M. Gagey estime que le radium a une action élective sur les fibromes sans léser les tissus sains. La curiethérapie est basée sur cette différence de radiosensibilité entre les tissus sains et les tissus néoformés. Les petits fibromes, avec hémorragie, guérissent par une application unique de radium, sans le moindre risque de mort.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 8 MARS 1922)

Hépatisme et régime alimentaire. — M. Roger Glénard montre qu'en favorisant le bon fonctionnement du foie, on a tous les éléments pour établir un régime approprié à l'ensemble des maladies du tube digestif et de la nutrition. Sur le fond commun des prescriptions d'ensemble, il faut faire intervenir certaines restrictions rendues nécessaires par la déviation plus importante d'une quelconque des fonctions du foie, par rapport aux autres.

A propos de syphilis gastrique. — M. Gaston Durand précise les conditions déterminant l'emploi du traitement antisyphilitique avant l'acte opératoire ou inversement l'intervention chirurgicale précédant le traitement. A la suite de M. Leven, il montre que la médication iodo mercurielle n'a pas sur le cancer l'influence fâcheuse que tant de médecins redoutent, refusant aux malades les bénéfices d'un traitement d'épreuve.

Ce qu'est la thérapeutique iodée intensive. — M. Boudreau (de Bordeaux), utilise cette médication qu'il considère comme toute puissante dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Les résultats intéressants ne s'obtiennent qu'en osant augmenter graduellement le nombre de gouttes données, en les fractionnant en multiples prises. Ce faisant on peut atteindre MM gouttes par jour. Il faut commencer par une goutte par prise, en augmentant chaque jour. En moyenne DC à DCCC gouttes quotidiennes sont bien et longtemps tolérées.

Les malades gazés durant la guerre bénéficient de ce traitement.

Stomatites éruciques et baies de myrtille. — M. Artault (de Vevey), décrit une stomatite due aux sécrétions de chenilles ayant séjourné sur des fruits et conseille pour la traiter la décoction concentrée de baies de myrtille.

Guérison de la stomatite infectieuse fébrile par la lymphothérapie. — M. Artault (de Vevey) traite par la lymphothérapie les stomatites ulcéromembraneuses et les stomatites infectieuses, consécutives à l'absorption des poussières.

Empoisonnement mortel par application d'une pommade au naphtol β. — M. H. Busquet signale un cas mortel, observé chez un enfant de cinq semaines, mort en soixante heures. La pommade était à un dixième. Le naphtol est souvent toxique comme tous les produits phénoliques et leurs dérivés, dès que les téguments ne sont pas normaux.

Erythrodermie mortelle consécutive à l'emploi de phénylethylmalomylurée. — M. S. Dubois (de Saujon) a observé un cas mortel, en douze jours. Les doses prescrites étaient de 50 centigrammes. L'éruption parut à la huitième dose qui fut la dernière absorbée.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 3 MARS 1922)

Technique de la Gassérectomie. Technique de la neurotomie rétrogassérienne. Comparaison des deux méthodes Leurs résultats. — M. J. Bourguet après avoir exposé ces diverses techniques, fait ressortir que si on ne voit pas distinctement le ganglion de Gasser, ni sa racine sensitive, après avoir retroussé la dure-mère qui les recouvre, c'est qu'on n'a pas pénétré dans la loge de Meckel. La dure-mère est constituée par deux feuillets fusionnés et qui ne sont qu'accolés au niveau de la tente de Meckel. En repoussant en haut l'enveloppe durale qui forme un toit au ganglion, on glisse dans ce plan de clivage dédoublant ainsi la tente dont un feuillet est soulevé par l'écarteur, tandis que l'autre reste adhérent au ganglion de Gasser et c'est en incisant seulement ce dernier feuillet sur son côté externe que l'on pénètre dans la loge et que l'on aperçoit bien son contenu.

L'opération de Prazier doit être l'opération de choix. Quoiqu'on en ait dit, la neurotomie rétro-gassérienne ne met pas à l'abri de la kératite neuro-paralytique, on l'observe dans 10 p. 100 des cas avec 5 p. 100 de perte totale de l'œil (Cushing).

Au point de vue de la mortalité opératoire, la Gassérectomie a donné à Krauss 10 morts sur 98 cas.

Sur 240 neurotomies rétro-gassériennes, Prazier à 5 p. 100 de mortalité, Cushing sur 380 cas, 9 p. 100 et de Beule sur 19 cas, 10 p. 100, de Martel 0 p. 100.

Cancer sigmoïde opéré depuis sept mois par voie abdomino-périnéale avec anus iliaque définitif (*présentation du malade*). — M. R. Dupont présente un homme de quarante-huit ans, opéré en deux temps. Le cancer s'étendait sur 11 centimètres de haut et commençait à 8 centimètres de l'anus. Son étendue fut précisée avant l'opération à l'aide de la rectoscopie. Histologiquement il s'agissait d'un épithélioma cylindrique peu infiltrant. Les ganglions examinés n'étaient pas envahis par le néoplasme.

La maladie avait commencé à se manifester en décembre 1920. L'opération fut pratiquée en juillet 1921. Les suites opératoires furent remarquablement simples et la plaie périnéale était cicatrisée au bout de deux mois et demi.

Dès novembre le malade avait engraissé de 19 kilogrammes. Il est actuellement en excellent état. Il supporte parfaitement son anus iliaque.

De la désinfection des diverticules vésicaux par la cystoscopie à vision directe. — M. G. Luys estime que le cystoscope à vision directe est l'instrument de choix pour bien examiner un diverticule vésical, pour connaître s'il n'y a pas de corps étrangers dans son intérieur et au besoin pour extirper ces corps étrangers.

Il cite deux observations qui viennent à l'appui de son opinion.

Enorme lymphadénome ganglionnaire du cou. — M. Dartigues.

Volumineux calcul extrait du rectum sous anesthésie générale au protoxyde d'azote. — MM. Villandre et Lesure. Il s'agit d'un calcul du poids de 55g15, d'une circonférence de 20 centimètres, de 64 millimètres de longueur maxima, de 50 millimètres de largeur et de 20 millimètres d'épaisseur, formé de carbonates, phosphates, magnésie et chaux, avec une proportion de 57 à 70 p. 100 de phosphates suivant la partie analysée.

M. Dartigues fait un rapport sur un travail de M. Petit de la Villéon sur le **Traitement chirurgical des kystes hydatiques du poumon en deux temps.**

M. Mayet publie l'observation et montre les radiographies d'un cas de **coxa vara traumatique avec décollement progressif de la tête fémorale**, ascension du grand trochanter et de tout le col séparé de la tête.

Le diagnostic ayant été fait cliniquement, puis radiographiquement, M. Mayet a appliqué le traitement classique de la réduction sous chloroforme en abduction avec grand appareil plâtré. Il y a ajouté l'extension continue sous le plâtre. Le résultat a été particulièrement favorable. La réduction s'est faite complètement, comme le montrent de nouvelles radiographies, et au quarantième jour le jeune blessé se levait et marchait aisément.

Présentation d'un cas de volumineux abcès rétro-œsophagien. — M. Guisez rapporte un cas d'un volumineux abcès rétro-œsophagien chez un enfant de dix-huit mois qui dut être trachéotomisé d'urgence.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 10 MARS 1922)

Un cas de pigmentation anormale de la peau chez un Martiniquais. — MM. Boulet et Couzin.

Ostéites syphilitiques. — MM. Vinon et Mourgue-Molines.

A propos du dosage de l'azote total non protéique du sérum. — M. Christol-Paul.

Melitococcie mortelle (germe identifié par l'hémoculture). Nécropsie. Présence d'ulcérations laryngées et de foyers broncho-pneumoniques. — MM. Vedel et G. Giraud. Cette forme grave de melitococcie a été observée chez un Espagnol de vingt-cinq ans : la phase aiguë, qu'avaient précédé, semble-t-il, deux mois (?) de malaises mal définis, a duré environ quarante jours, et a été suivie à l'hôpital, à partir du sixième : infection générale très marquée, torpeur, constipation, raucité de la voix d'emblée, température élevée, rémittente, la courbe présente quatre dômes consécutifs. Le pouls suit la température. Jamais de taches rosées.

L'hémoculture isole à deux reprises à l'état de pureté un coccobacille très petit qui est un mélitocoque. Pas de germes de la famille typhoïde. Pas de tuberculose. Wassermann négatif.

Décès, après apparition de signes de broncho-pneumonie droite.

L'autopsie a montré des hyperémies viscérales, sans lésion spécifique ; un petit épanchement pleural, des lésions de broncho-pneumonie à droite, et surtout une profonde ulcération sur la corde vocale gauche, sans processus histologique spécifique, et qui est peut-être le point d'inoculation en raison de la précocité des accidents laryngés et de la prédominance des signes respiratoires.

JURISPRUDENCE ET LEGISLATION

LOI DU 1er AVRIL 1922 PORTANT FIXATION DÉFINITIVE DE LA LÉGISLATION SUR LES LOYERS

Le *Journal officiel* du 1er avril 1922 a promulgué la loi « portant fixation définitive de la législation sur les loyers. Peut-être les mots *fixation définitive* sont-ils une illusion; car nous avons été habitués à voir naître de nombreuses lois après celle du 9 mars 1918, et il est vraisemblable que, avant le 1er janvier 1925, le législateur interviendra de nouveau, tant il est vrai que la pensée et les prévisions du législateur ne peuvent rien contre la réalité des faits économiques.

HISTORIQUE. — I. La loi du 9 mars 1918, qui est la première loi de guerre en matière de loyers, avait eu pour principal objectif d'éviter que, durant les hostilités, des mesures d'exécution ne fussent prises contre des locataires qui ont vu leur situation profondément modifiée par suite de la guerre, dont la durée a dépassé ce que l'on pouvait imaginer lorsqu'elle éclata. Son article 1er porte, en effet, que « toutes les contestations entre propriétaires et locataires, *nées par suite de la guerre*, et relatives à l'exécution et à la résiliation des baux à loyer seront régies par les *dispositions exceptionnelles et temporaires* ci-après. » Les mots soulignés indiquent nettement que, dans son esprit, le législateur ne voulait envisager que les seules difficultés nées de la guerre. C'est ainsi qu'elle envisagea, au profit du locataire, un droit de résiliation du bail et un droit de réduction ou d'exonération des loyers. Elle lui accorda, en outre, un droit à la prorogation qui devait s'exercer après la cessation des hostilités.

En ce qui concerne le droit de réduction ou d'exonération, la question s'est trouvée réglementée par les articles 14 à 21; l'article 15 établissait, au profit de certains locataires, une présomption d'insolvabilité opposable au propriétaire qui pouvait faire la preuve, contraire sans doute, mais qui en pratique, il faut le reconnaître, s'est trouvé dans l'impossibilité de l'administrer et a été désarmé dans la presque totalité des cas.

D'autre part, dès l'instant que les baux et locations verbales étaient en cours au 1er août 1914, les articles 56, 57 et 58 accordaient aux locataires un droit à une prorogation de bail de deux années s'il s'agissait d'un immeuble, appartement ou logement, affecté à l'habitation, et de cinq années, ou plus exactement de la durée des hostilités, s'il s'agissait de locaux loués pour le commerce et l'industrie ou pour l'exercice d'une profession.

Ces articles 56, 57 et 58 sont devenus ceux qui ont intéressé le plus les locataires, quoique le législateur eût surtout considéré comme importants le droit à la résiliation et le droit à la réduction ou à l'exonération. Nombreuses et variées ont été les décisions rendues sur ces textes par les commissions arbitrales et par la Cour de cassation. Nous avons eu l'occasion d'en signaler à plusieurs reprises dans la *Gazette des hôpitaux* : droit à la prorogation, durée de cette prorogation, son point de départ.

« En effet, dit M. Morand, sénateur, dans son rapport au Sénat (1) lorsque, par suite de l'armistice en novembre 1918, la démobilisation commença à s'effectuer, chacun songea à s'assurer un foyer où il pourrait reprendre la vie familiale d'avant-guerre. Presque aussitôt s'imposa la constatation matérielle de la pénurie des logements, pénurie que jusqu'alors on avait attribuée à l'état de guerre, mais dont les causes apparurent, à ce moment-là, remonter surtout à l'état économique du pays, et dont les principales, pour ne citer que celles-là, résidaient surtout dans la destruction des départements envahis, l'absence quasi-absolue dans toute la France, depuis plus de quatre années, de constructions nouvelles, l'accroissement anormal du nombre des meublés et des locaux commerciaux, industriels et professionnels (banques, garages, théâtres et cinémas), le goût du confort particulièrement développé chez les « nouveaux promus à la richesse; la persistance dans des logements supérieurs à leurs besoins d'occupants d'avant-guerre, retenus par le bénéfice provenant du maintien des prix anciens : toutes causes dont la réunion rendait le nombre des logements inférieur à celui des familles en quête de foyer, bien qu'en France le nombre des résidants ait diminué de plus de 2 millions, puisque de 39.604.992 qu'était en 1911 la population, elle est descendue à 37.692.990 en 1921. »

(1) Rapport annexé au procès-verbal de la séance du 2 février 1922.

Le droit à la prorogation a été regardé par tous les locataires comme une juste compensation des pertes subies pendant la guerre, de l'arrêt de leurs affaires, des sacrifices faits pour repousser l'envahisseur. Mais c'était sacrifier le propriétaire; c'était rompre l'équilibre de la convention au profit de l'une des parties contractantes, le locataire, et au détriment de l'autre, le propriétaire.

II. Après le vote de cette loi du 9 mars 1918, les controverses se sont développées sur la question de savoir qui avait droit à la prorogation; la loi ne mentionnait que les « locataires »; la jurisprudence écarta les sous-locataires et les cessionnaires. En outre, des difficultés naquirent au sujet de l'application de l'article 56 qui ne visait que *les baux en cours au 1er août 1914*; les baux renouvelés devaient-ils leur être assimilés?

C'est alors qu'est intervenue la loi du 23 octobre 1919 décidant en premier lieu, que les baux et locations renouvelés entre les mêmes parties contractantes ou leurs ayant-droit et pour les mêmes locaux, à condition que le prix ne fut pas inférieur à celui du bail primitif, étaient assimilés aux baux en cours au 1er août 1914, et en second lieu, que les cessionnaires et sous-locataires avaient droit à la prorogation dans les mêmes conditions que le locataire, pourvu que la cession ou la sous-location fut antérieure au 24 octobre 1919, s'il s'agissait de locaux à usage d'habitation.

III. La loi du 23 octobre 1919 — portant ainsi la même date que la loi précédente dont nous avons indiqué deux dispositions — a fixé la date officielle de la cession des hostilités. Elle coïncida avec l'aggravation d'une crise économique qui se fit sentir dans tous les domaines, mais peut-être plus spécialement dans la matière des loyers. Le législateur, pour éviter que de nombreux locataires fussent mis hors de leur habitation, vota successivement plusieurs lois, que nous avons fait connaître dans des articles précédents.

C'est la loi du 4 mai 1920 qui accorde, pour les locaux d'habitation passés avant la guerre, une prorogation de deux années, à dater du 24 octobre 1919, aux mutilés ou réformés de guerre, veuves de guerre, ascendants de militaires ou marins morts pour la France ayant recueilli la veuve ou les enfants de ceux-ci, bénéficiaires des lois du 31 mars 1919 et 24 juin 1919, sinistrés dont l'habitation a été détruite ou rendu inhabitable par fait ou accident de guerre.

Puis, comme l'année 1921 se produisit l'expiration des prorogations de deux années et que le législateur voulant toujours éviter la mise à la rue de nombre de locataires, des lois furent votées *tendant au maintien provisoire en jouissance des locataires de bonne foi des locaux d'habitation*. Ce sont les lois du 1er mars 1921, du 16 juillet 1921 et du 6 janvier 1922.

IV. A différentes reprises, au cours des discussions qui ont eu lieu tant au Sénat qu'à la Chambre des députés, on estima qu'il était nécessaire de mettre un terme à une législation exceptionnelle, exorbitante du droit commun, née des circonstances spéciales de la guerre. Mais la pénurie des logements se fit et se fait encore sentir d'une manière aussi rigoureuse, d'une part, le commerce et l'industrie absorbant des locaux d'habitation, et d'autre part aucune nouvelle construction n'étant entreprise depuis plusieurs années. Deux intérêts sont en présence, celui du propriétaire et celui du locataire; il faut chercher à les concilier, puisque le retour au droit commun paraît impossible dans les circonstances actuelles, suite d'une époque qui a été bouleversée d'une façon si grave.

La loi nouvelle du 1er avril 1922 a été faite dans un esprit de transaction. C'est une étape vers le droit commun; et, pour marquer cet état d'esprit, elle a décidé dans l'article 18 que les Commissions arbitrales étaient supprimées.

La loi se compose de trois titres :

1° Dans le titre I, elle détermine les conditions dans lesquelles les locataires bénéficiant des prorogations accordées par la loi du 9 mars 1918 et les lois subséquentes, peuvent profiter de ces prorogations.

2° Dans le titre II, elle édicte, en faveur de certains locataires qui ne bénéficient pas des prorogations précédentes ou qui vont cesser d'en bénéficier, des prorogations exceptionnelles pouvant aller jusqu'au 1er janvier 1925; et elle trace à cet égard la procédure à suivre et les conditions auxquelles ces prorogations sont accordées.

3° Enfin, dans le titre III, elle prend diverses mesures notamment pour encourager la construction des immeubles, diminuer le nombre des logements insalubres.

Ce sont ces trois titres qui vont faire l'objet du présent examen.

(*A suivre.*)

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

REVUE DES THÈSES

Critères de l'aptitude au vol en avion (1), par P. Perrin de Brichambaut.

Rapprochons de la thèse de M. Joffroy, médecin et aviateur, que nous analysions dans un récent numéro, celle de M. Perrin de Brichambaut.

L'auteur commence par étudier le mal des aviateurs, montrant que l'organisme humain ne s'élève pas impunément à de hautes altitudes atteintes trop vite et quittées trop rapidement. Différenciant le mal des aviateurs du mal des montagnes, il cherche à remonter sa pathogénie exacte encore si imprécise, constituée surtout par les impressions aériennes, par les modifications de la pression artérielle pendant et après le vol, par les réactions psychomotrices qui, pendant la guerre surtout, ont été le témoin des chocs profonds subis par le système nerveux. M. Perrin de Brichambaut passe ensuite en revue les essais de théorie pathogéniques émis jusqu'à ce jour, l'anoxhémie de Jourdanet et P. Bert, l'acapnie de Mosso et l'influence sur les facteurs d'oxygénation, de la fatigue, du vide pleural, de la dilatation des gaz intestinaux.

Mais la partie la plus importante de ce travail consiste dans l'étude des méthodes d'examen utilisées en France. Après un bref historique de ces méthodes, Perrin de Brichambaut décrit minutieusement l'examen actuel du personnel navigant de l'aéronautique. L'accord a été fait sur ce point en France par la Commission consultative médicale créée au sous-secrétariat de l'aéronautique en 1919, sous la présidence du docteur Guillain.

Un centre d'examen médical doit comprendre actuellement un certain nombre de groupes :

1° Examen de médecine générale;
2° Examen radiologique;
3° Examen de neurologie;
4° Examen physiologique;
5° Examen oto-rhino-laryngologique;
6° Examen ophtalmologique.

L'examen de médecine générale est particulièrement important, en dehors des antécédents du malade, par l'examen de l'appareil circulatoire et de l'appareil pulmonaire. Les conclusions à tirer du premier sont surtout faites après effort, et dans le second on insiste particulièrement sur la durée de l'apnée volontaire. Un examen radiologique accompagne l'examen général.

L'examen neurologique, en dehors du fait si important de l'habitus extérieur du candidat, comprend la recherche de la force segmentaire, de la stéréognosie, de la baresthésie aussi bien que la recherche de la sensibilité générale.

Les réactions psychomotrices, qui ont été pendant la guerre mises en pratique par MM. Camus et Nepper, ont été perfectionnées depuis par Maublanc, Ratier, Beynes et Béhague. Elles présentent une importance qui ne peut échapper dans un sport où la sécurité du pilote tient surtout à la rapidité de ses réflexes. Dans l'examen oto-rhino-laryngologique c'est surtout l'appareil d'équilibration qui est étudié. Perrin de Brichambaut donne une étude très détaillée de toutes les épreuves employées pour l'examen des voies vestibulo-cérébelleuses.

L'examen ophtalmologique est à la fois objectif et subjectif. Ce dernier tient la place la plus importante (acuité visuelle à éclairage normal, vitesse de l'acuité, acuité hypernormale, visions d'éblouissement, acuité nocturne, visions des couleurs, champ visuel, vision binoculaire).

En terminant les méthodes actuelles employées, M. Perrin de Brichambaut insiste sur les moyens qui seraient encore nécessaires à mettre en œuvre pour faire un examen complet, particulièrement la recherche des fonctions cardio-rino-vasculaires, des fonctions motrices, dont l'étude se poursuivrait d'une façon si efficace en faisant passer tous les candidats dans une cloche à raréfaction dans le genre de celle qui existe à l'Institut aérotechnique de Saint-Cyr.

Un chapitre est consacré à la publication des fiches et livrets spéciaux sur lesquels sont consignés les résultats des examens.

Après avoir donné un bref aperçu de l'organisation des centres médicaux en France, Perrin de Brichambaut étudie les méthodes d'examen utilisées dans les différentes nations, Grande-Bretagne, Etats-Unis, Italie, Allemagne.

Beaucoup de ces méthodes sont d'ailleurs identiques aux nôtres, et M. Brabant, médecin de l'Aéronautique belge, a demandé dernièrement au Ier Congrès international de l'aéronautique l'unification de toutes les méthodes, permettant ainsi aux compagnies aériennes soucieuses de la vie de leurs passagers et de leurs intérêts, de n'admettre comme pilotes internationaux que des sujets offrant des garanties maxima.

Des suggestions nouvelles terminent cette étude; elles sont un des gros intérêts du livre.

Perrin de Brichambaut, avec la haute autorité que lui confère son expérience de l'aviation, estime qu'il serait nécessaire d'ajouter aux examens actuellement employés l'application de la vision en profondeur, la vérification parfaite de la perméabilité tubaire, la recherche de l'orientation fine, la dissociation des sensibilités, une étude approfondie de l'émotivité.

Une question très importante, enfin, est celle du repos des pilotes. Cet important travail, auquel met fin une bibliographie complète, constitue un véritable document sur les méthodes employées actuellement pour l'examen des pilotes, et par ses suggestions intéressantes ouvre la voie à de nouvelles recherches grosses d'intérêt pratique pour la navigation aérienne.

L. G.

(1) *Th. de Nancy*, 1921.

Contribution à l'étude des mycoses pulmonaires. Etude d'une nouvelle espèce d'Oospora. Oospora catarrhalis n. sp. (1), par M. Amour Bailly.

Sous le nom d'Oospora, l'auteur désigne un groupe de champignons dans lequel il englobe un grand nombre d'hyphomycètes arthrosporées, c'est-à-dire d'hyphomycètes chez lesquels les conidies ne sont pas toujours nettement différenciées et où le processus de multiplication est dévolu à des articles (arthrospores, spores mycéliennes, etc.) résultant de la segmentation du mycélium.

Avec Sauvageau, Radais, Gueguen, Roger, Sartory, Bory, Ridet, Thiriet, M. Bailly estime que les termes : discomyces, actinomyces, streptothrix, cladothrix, nocardia, mycobacterium, doivent faire place au genre « oospora » Wallroth 1833.

Il passe rapidement en revue les différents travaux sur les oosporoses pulmonaires, buccales, etc., et il donne deux observations originales d'oosporoses pulmonaires.

L'auteur décrit, pour une d'entre elles, un oospora nouveau qu'il propose d'appeler : oospora catarrhalis.

Cette espèce est étudiée au point de vue botanique, biologique et expérimental.

Il détermine d'une façon précise son pouvoir pathogène pour les animaux de laboratoire (cobayes et lapins).

L'épreuve de la déviation du complément apporte ici une preuve du pouvoir pathogène pour les humains et permet, comme l'ont démontré Roger et Bory, de diagnostiquer les oosporoses.

L. G.

(1) *Th. de la Faculté de pharmacie de Strasbourg*, 1921.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC

DE LA

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE [1]

DIAGNOSTIC. — I. **Positif.** — Il repose sur la constatation des signes de méningite : en plus de l'existence du signe de Kernig, de l'herpès, des arthralgies, il faut noter le début brusque par frisson, fièvre élevée, courbature et raideur. Mais la preuve étiologique de la méningite ne sera faite que par la découverte de l'agent pathogène causal, le méningocoque.

Le *méningocoque* peut être recherché dans les fosses nasales, le cavum, qui lui servent souvent de porte d'entrée. C'est là qu'on doit le rechercher. Il peut s'y trouver d'ailleurs comme saprophyte seulement; c'est le cas chez les porteurs de germes. On peut également le découvrir dans le pus d'une otite, d'un abcès. En réalité, le diagnostic étiologique et bactériologique repose, en pratique courante, sur l'étude du liquide céphalo-rachidien.

La ponction lombaire. — Dans les cas typiques, habituels, le liquide céphalo-rachidien s'écoule aisément par l'aiguille, souvent en jet. Il y a de l'hypertension, que l'on peut vérifier par le manomètre de Claude.

Le liquide peut être louche, purulent ou rester clair.

1. *Le liquide est purulent.* — C'est le cas habituel; il est trouble ou opalescent et on peut d'emblée, en pareil cas, faire la première injection de sérum en attendant la réponse du laboratoire.

L'examen chimique du liquide montre la présence d'une grande quantité d'albumine et une diminution notable du glucose et du chlorure de sodium. Il y a hypoglycorrachie.

Au point de vue cytologique, après centrifugation du liquide et étalement du culot sur des lames, on trouve une forte prédominance des polynucléaires plus ou moins altérés, formant des amas de pus.

2. *Le liquide est clair.* — Mais dans certains cas, au lieu d'un liquide trouble à polynucléaires, on constate que le liquide reste limpide, clair, et la centrifugation montre des lymphocytes. Ce fait n'est pas rare au début, dans les vingt-quatre premières heures, et les caractères habituels du liquide s'établissent ensuite rapidement. Mais il n'en est pas moins des cas où la lymphocytose reste durant toute la maladie. Le stade de lymphocytose subsisterait même pendant un certain temps pour certains auteurs (Labbé, Castaigne).

Enfin dans des cas exceptionnels, on ne constate aucun élément cellulaire.

Au point de vue *bactériologique*, l'examen direct de l'étalement du culot de centrifugation sur lame montre souvent le méningocoque avec les colorations ordinaires. Ce sont des diplocoques, fréquemment ordonnés en tétrades, en grains de café et ne prenant pas le Gram. La plupart sont intracellulaires. Ce qui fait que la préparation ressemble beaucoup à un étalement de pus de blennorragie.

En pratique, cette simple constatation suffit pour poser le diagnostic ; le méningocoque de Weichselbaum doit cependant être différencié des *paraméningocoques* (importance pour le traitement sérothérapique) et des *pseudoméningocoques* (surtout le diplococus crassus de Jäger). Ce dernier garde le Gram. D'ailleurs, ces diverses espèces microbiennes peuvent être associées dans certains cas. Aussi doit-on avoir recours à l'examen des cultures pour déterminer, d'une façon précise, la nature des microbes en cause.

Les *associations microbiennes* ne sont pas exceptionnelles : on a cité des cas de méningites à méningocoques associés au pneumocoque (Teissier), au bacille de Koch (Babonneix), à des pseudoméningocoques.

Le sang et le liquide céphalo-rachidien sont ensemencés sur de la gélose-ascite. Le méningocoque pousse, sur ce milieu, en vingt-quatre heures.

Cultures. — 1. Pour différencier le méningocoque vrai des *pseudoméningocoques*, on étudiera les *propriétés fermentatives de ce microbe sur les sucres.* Le méningo-coque fait fermenter le glucose et le maltose. Il est sans action sur la dextrose. Le catarrhalis ne fait fermenter aucun sucre, et il n'est pas agglutiné par le sérum antiméningo-coccique. Le diplococcus crassus prend le Gram et fait fermenter tous les sucres. Le gonocoque est difficile à différencier, parce qu'il a, avec le méningocoque, une co-précipitation et une co-agglutination.

2. On cherchera les *agglutinations* par le sérum antiméningococcique agglutinant.

3. L'*inoculation* sous-cutanée du germe à la souris est inoffensive ; faite intrapleurale, elle est pathogène. Mais ces recherches sont délicates.

4. Etude de la perméabilité des méninges à l'iodure de potassium.

5. *Sérodiagnostic.* — La séroagglutination peut être recherchée avec du sérum du malade sur des cultures de méningocoques (procédé analogue au sérodiagnostic de la fièvre typhoïde).

6. Enfin, Vincent et Bellot ont décrit un *précipitodiagnostic.* On utilise alors le liquide qui surnage, après centrifugation, d'une culture et l'on étudie l'action précipitante ou agglutinante d'un sérum antiméningococcique, agglutinant dont on ajoute quelques gouttes. Les tubes ainsi préparés à des dilutions variables sont mis à l'étuve à 50 degrés pendant quinze heures, au bout desquelles on lit le résultat.

En résumé, tous ces éléments de diagnostic seront recherchés par le laboratoire compétent, pour préciser l'étiologie exacte de l'affection. Mais *en pratique*, on n'attendra pas le résultat de ces méthodes pour appliquer le traitement; la *sérothérapie* sera mise en pratique dès que l'on constatera uneméningite avec liquide céphalo-rachidien purulent ou louche.

Menetrier, Dopter ont appelé l'attention sur les méningites dues aux *paraméningocoques.* Le tableau clinique reste le même, mais les cas rapportés se sont tous terminés par la mort. Le sérum antiméningococcique ne les agglutine pas; le précipito-diagnostic est moins net, les réactions de fixation sont les mêmes (cofixation).

Le point pratique important à retenir, ces malades restant rebelles à l'emploi du sérum antiméningococcique habituel, c'est qu'il faut faire identifier les germes dans les cas douteux. Un *sérum antiparaméningococcique* devrait alors être utilisé.

II. **Diagnostic différentiel.** — Le diagnostic de la méningite cérébro-spinale ne présente aucune difficulté pour le médecin praticien quand il se trouve en présence d'un malade fébrile et qui présente des symptômes nets de méningite. La notion épidémique, la ponction lombaire qui montrera le plus souvent un liquide purulent, l'examen au laboratoire imposeront le diagnostic dans un grand nombre de cas. Cependant il ne faut pas oublier d'une part qu'il peut exister des méningites aiguës dues à d'autres microbes que le méningocoque, et d'autre part que de nombreuses affections peuvent s'accompagner de réactions méningées qui peuvent réaliser ou simuler une méningite vraie.

On se trouvera donc bien souvent en présence de difficultés variables suivant l'âge des individus et suivant aussi la prédominance des signes généraux ou des signes méningés.

A. CHEZ LE NOUVEAU-NÉ. — La méningite cérébro-spinale, quoique exceptionnelle, peut cependant exister et en imposer pour une *hémorragie* méningée : seule la ponction lombaire fera le diagnostic.

B. CHEZ LE NOURRISSON. — On pensera à :

1. *La sclérose cérébrale infantile.* — Maladie qui présente une évolution chronique avec accès espacés d'irritation cortico-méningée.

(A suivre.)

(1) Suite.—Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, nos 23, p. 367 ; no 25, p. 398, et no 27, p. 431

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

La Démence chez les épileptiques, par BRISSOT et BOURILHET. 1 vol. 112 p. — Paris, A. Maloine.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
René
Vincent
DRAEGER

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

Les Bureaux et Ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

CRÉATION A PARIS D'UNE "MAISON MÉDICALE". — La réunion que nous avons annoncée a eu lieu lundi, sous la présidence de M. le prof. H. Roger, doyen de la Faculté.

Le Dr Ch. Levassort, secrétaire général de l'Association générale des médecins de France, a exposé la question : l'Association voudrait voir créer à Paris une Maison médicale, centre de réunion, de réception, de renseignements de tous ordres, siège social de la majeure partie des sociétés médicales. Ce serait un excellent moyen de propagande et de diffusion de la pensée française.

Le choix du quartier ne saurait être indifférent et le voisinage de la Faculté de médecine s'impose. Or, la Ville de Paris possède un terrain situé à l'angle de la rue de Montfaucon et de la rue du Four, à proximité du boulevard Saint-Germain, qui doit être mis en adjudication prochainement par le domaine de la Ville. Ce terrain est grevé d'une servitude au profit de la Compagnie du Chemin de fer métropolitain.

L'Association générale des médecins de France, d'accord avec les représentants de la presque unanimité des sociétés scientifiques et professionnelles médicales, considérant les services constants rendus à l'administration et à la population par le Corps médical, se croit autorisée à faire appel au Conseil municipal pour l'aider à réaliser cette création.

L'Association générale des médecins de France s'est, d'ailleurs, assurée du concours de l'Association pour le développement des relations médicales entre la France et les pays alliés ou amis (A. D. R. M.) présidée par M. le prof. Hartmann, subventionnée par le service de propagande du ministère des Affaires étrangères et dont l'un des buts est de recevoir, avec le décor et l'éclat qui conviennent, les délégations de médecins étrangers de passage à Paris.

INSPECTEURS D'HYGIÈNE. — Le ministre de l'hygiène vient d'adresser aux préfets (*J. O.*, 9 avril 1922) une circulaire au sujet du recrutement des inspecteurs départementaux d'hygiène prévus à titre facultatif par l'article 19 de la loi du 15 février 1902.

Le ministre prescrit aux préfets d'insister auprès des conseils généraux pour qu'ils usent de la faculté que leur donne la loi.

La circulaire indique le mode de recrutement et le rôle des inspecteurs qui doivent établir un lien entre les médecins praticiens et l'administration en mettant à leur disposition les ressources du laboratoire départemental.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE. — Prix Feron-Vrau. — La Société anatomo-clinique de Lille ouvre cette année un concours entre tous les étudiants de la Faculté libre de médecine de Lille pour l'attribution du prix fondé par M. Feron-Vrau (bisannuel). Ce prix dont la valeur est, cette année, de 300 fr., sera décerné à l'auteur du meilleur travail original sur l'une des questions indiquées par la Société anatomo-clinique, ou sur tout autre sujet au choix des candidats.

La Commission est composée de M. le Prof. Camelot, président et de MM. de Vaugiraud et Delattre.

Les sujets proposés sont les suivants : 1° La vaccination dans la fièvre typhoïde ; 2° les résultats éloignés de l'ostéosynthèse.

Les mémoires doivent être remis avant le 1er octobre 1922, entre les mains de M. Camelot, président de la Commission, 74, rue Royale, à Lille. Le prix sera décerné en novembre, à la rentrée des Facultés.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec une vive peine la mort du Dr A. Bonnard (de Tournon-sur-Rhône). Notre regretté confrère s'était spécialisé dans la pédiatrie et se consacrait presque entièrement à des œuvres de bienfaisance et de préservation antituberculeuse de l'enfance. Il sera unanimement regretté par tous ceux qui ont pu apprécier la droiture et l'élévation de son caractère.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — Enseignement de la radiologie médicale, par M. le Dr A. Béclère, médecin honoraire des hôpitaux, avec la collaboration de M. le Dr Solomon, chef du laboratoire de radiologie de l'hôpital Saint-Antoine, et de MM. les Drs Paul Aimé, Pierquin, Bisson, Paul Gilbert, ses assistants.

Cours quotidien du dimanche 23 avril au dimanche 7 mai.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants

et docteurs en médecine ; il commencera le dimanche 23 avril, et par exception à 10 heures du matin, dans la salle de conférences de la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 150 fr. et sera acquitté entre les mains de M. le Dr Solomon, chef du laboratoire de radiologie de l'hôpital Saint-Antoine. Ces exercices auront lieu à partir du lundi 24 avril. (En raison du nombre forcément restreint des personnes qui pourront y participer simultanément, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. Pierre SEBILEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (gynécologie), en dix leçons, par M. le Dr Daniel Petit-Dutaillis, commencera le lundi 24 avril 1922, à 2 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure. Droit d'inscription : 150 francs. — Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin.

MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE, sous la direction de MM. Cunéo, professeur, et Grégoire, agrégé. (Cours de M. le Dr G. Métivet, prosecteur.) — OPÉRATIONS D'URGENCE ET DE PRATIQUE COURANTE. — Ouverture du cours le lundi 24 avril 1922, à 13 h. 1/2.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 150 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à à 3 heures, les jeudis et samedis.

COURS DE PHYSIOLOGIE APPLIQUÉE A L'ÉDUCATION PHYSIQUE. — M. J.-P. Langlois, chargé de cours, commencera ce cours dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, le mardi 25 avril 1922, à 17 heures.

COURS LIBRE DE PATHOLOGIE. — Le Dr André Bergé, médecin de l'hôpital Broussais, chargé de cours de clinique annexe à la Faculté, commencera, à partir du mercredi 26 avril 1922, à 16 heures, au petit amphithéâtre, un cours sur les « Cardiopathies artérielles et leur traitement » et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.

ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE LIBRE (Hôtel-Dieu). — GYNÉCOLOGIE MÉDICALE. — M. Paul Dalché commencera ses leçons cliniques sur les maladies des femmes le jeudi 27 avril, à 10 heures, et les continuera les jeudis suivants, salle Sainte-Marie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 AVRIL 1922)

Sur un mécanisme intervenant dans la fixation des graisses par la glande cortico-surrénale. — MM. A. POLICARD et Juliana TRITCHKOVITCH.

Sur l'équilibre superficiel du sérum et de quelques solutions colloïdales. — M. P. LECOMTE DU NOÜY.

Sur les fibres perforantes de l'os des mammifères. — M. E. GRYNFELT.

Azotémie et hyperprotéidoglycémie expérimentale. — MM. H. BIERRY, F. RATHERY et F. BORDET. A la suite de la suppression brusque chez le chien, de l'excrétion urinaire ne permettant une survie que de deux ou trois jours, l'élévation du taux du sucre protéidique dans le plasma sanguin est, parallèlement à celle du taux de l'urée, moins rapide et moins intense. Jamais on n'a pu observer chez les animaux en expérience des chiffres de sucre protéidique comparables à ceux signalés chez les brightiques, chiffres pouvant dépasser trois fois le chiffre du sucre protéidique rencontré chez l'homme normal.

Ceci vient à l'appui de cette idée que si l'azotémie est le témoin d'une élimination rénale défectueuse, comme l'a montré Widal, l'hyperprotéidoglycémie est bien le stigmate plasmatique qui révèle un trouble progressivement amené et profond du métabolisme.

Sur un type d'arthrite fréquemment observé chez les cobayes infectés par le « micrococcus melitensis ». — M. Et. BURNET.

— M. le professeur Widal est désigné pour représenter l'Académie à la Commission supérieure des maladies professionnelles.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 11 AVRIL 1922)

La pratique du maltage des aliments amylacés. — M. DOLÉRIS, en son nom et au nom M. Lecoq, fait une communication sur ce sujet. Il ne suffit pas de s'assurer de la valeur digestive des aliments, il faut aussi envisager leur valeur nutritive. Le maltage a pour but de corriger l'insuffisance des ferments digestifs amylacés. Malter un aliment ; c'est lui ajouter du ferment sécrété par l'orge (diastase). M. Terrien conseille de malter à 80 degrés. Les auteurs de ce travail estiment que la température optimum d'action de la diastase de l'orge est de 75 degrés. La transformation des amidons en maltose et en dextrine marque le premier stade de la digestion.

Pour malter, dans la pratique habituelle, les bouillies potages ou purées, il suffira d'attendre deux à trois minutes après cuisson et d'ajouter une cuillerée à café de farine de malt délayée d'un peu d'eau, par cuillerée à soupe de farine employée. Abandonner un quart d'heure environ à proximité du foyer et porter rapidement à l'ébullition avant de servir.

La stérilité en Perse. — M. SIREDEY fait un rapport sur un intéressant travail de Mlle Deromps. L'auteur a observé, à sa consultation de l'hôpital gouvernemental, 648 femmes inféconds : 362 avaient une métrite blennorragique chronique ; 228 la syphilis et 56 un état d'infantilisme persistant de l'appareil génital que l'auteur impute aux mariages prématurés, entre neuf et douze ans, et trois ou quatre ans avant la ménopause.

— Les conclusions des rapports de M. Calmette, sur l'emploi du lait de vaches tuberculeuses et du rapport de M. Léon Bernard, sur les récompenses à accorder aux médecins et aux personnes qui propageront la vaccination antityphoïdique, sont adoptées.

Détermination du coefficient de fixation dans les poumons de poussières sèches ou des gouttelettes poussiéreuses en suspension dans l'air. — M. KUSS apporte les conclusions de recherches expérimentales qui démontrent que, si l'on respire dans une atmosphère tenant en suspension des poussières fines (à l'état de poussières sèches ou de gouttelettes poussiéreuses), la quantité de poussières qui se fixe dans les poumons est très sensiblement proportionnelle au titre de l'atmosphère en poussières.

On peut déterminer avec précision ce « coefficient de fixation » et la proportion des poussières dégluties au cours des inhalations : celle-ci est d'environ 80 à 85 p. 100 chez le cobaye.

L'appareil de défense des voies aériennes est incapable d'empêcher la pénétration dans le poumon des poussières inhalées.

Cette notion est d'un grand intérêt tant au point de vue de l'utilisation thérapeutique des atmosphères médicamenteuses qu'au point de vue de l'appréciation du danger de contagion par les voies respiratoires de certaines maladies infectieuses (grippe, tuberculose).

REVUE GÉNÉRALE

LES MYCOSES

Par Pierre SÉE,
Docteur en médecine, Docteur ès sciences.

Les mycoses sont des maladies causées, chez l'homme et les animaux, par des champignons parasites. Ces derniers, toujours de dimensions microscopiques, se développent dans les tissus vivants.

Les mycoses humaines attireront spécialement notre attention. Nous ne négligerons pourtant pas de citer les mycoses animales, ces intéressantes études de pathologie comparée pouvant éclairer l'origine des mycoses humaines.

Les mycoses sont, en effet, fréquentes chez les animaux (chien, chat, rat, souris, animaux de basse-cour), et certaines d'entre elles sont, à coup sûr, transmissibles à l'homme. Le fait est connu depuis longtemps pour des affections parasitaires d'origine animale, telles que le tænia échinocoque, etc.

Les mycoses passaient autrefois pour des curiosités de laboratoire ; il n'en est plus de même aujourd'hui et, quoiqu'elles soient moins fréquentes que les affections bactériennes, elles sont loin d'être négligeables en clinique. Il est même probable que si on les recherchait systématiquement, on trouverait fréquemment des champignons parasites comme cause de maladie.

Si les champignons pathogènes ne sont pas encore bien connus, c'est qu'ils sont parfois difficiles à cultiver et, pour la plupart, malaisés à étudier. Leurs organes reproducteurs sont souvent fragiles et caduques ; aussi la mycologie ne peut-elle s'accommoder des techniques de la bactériologie et nécessite-t-elle des procédés assez particuliers.

Mais quelle différence peut-on faire entre les bactéries et les parasites [nous envisageons ici les parasites végétaux (1)] ?

On a prétendu que le microbe agit par ses sécrétions, tandis que le parasite exercerait une influence purement mécanique. Cette distinction ne saurait être admise. Bien des bacilles, en effet, tel que ceux de la lèpre, de la tuberculose, ont une action mécanique des plus nettes sur les tissus de l'hôte. D'autre part, les parasites végétaux peuvent sécréter des toxines. C'est ainsi que M. Lucet a signalé une substance hypertermisante dans les cultures d'*Aspergillus fumigatus*, que Charrin et Ostrowsky, le professeur Roger, puis M. Concetti ont étudié ainsi que les toxines de l'*Endomyces albicans* ou champignon du muguet.

On a dit aussi que les bactéries provoquent des maladies plus graves que les parasites. Cette distinction n'est pas non plus exacte, des mycoses pouvant être mortelles, et inversement, des affections bactériennes étant parfois bénignes.

On a assuré enfin que, à l'exclusion des parasites, les bactéries seules pouvaient être cultivées sur des milieux inertes. Ce caractère ne saurait s'appliquer aux parasites végétaux, presque tous les champignons microscopiques étant susceptibles de pousser, dans certaines conditions, sur des milieux inertes (milieu Sabouraud, etc.).

Il n'y a donc pas de différence essentielle, au point de vue biologique, entre les bactéries et les champignons. Ces deux groupes d'organismes ne peuvent se différencier qu'au point de vue botanique et ce sont les champignons du genre *Nocardia* (*Actinomyces*) qui constituent le trait d'union entre les champignons parasites et les bactéries.

(1) Ces détails sont empruntés au volume de Goedelst, sur les champignons pathogènes.

Conditions de pathogénéité. — Le développement des champignons parasites ne semble pas se faire indifféremment sur tous les hôtes. C'est ainsi que les pneumomycoses mucoréennes et aspergilliennes, relativement rares chez les mammifères, sont fréquentes chez les oiseaux.

Les teignes des enfants ne sont pas toujours les mêmes que celles des adultes. Enfin, les teignes des animaux ne sont pas forcément transmissibles à l'homme. C'est le cas, notamment, de l'*Epidermophyton Gallinæ*, étudié par le professeur Matruchot.

Mais cette distinction n'est point absolue et les faits d'infection expérimentale démontrent bien qu'un même champignon peut se développer sur de multiples espèces animales. C'est ainsi que certains *Trichophytons* sont pathogènes, à la fois, pour l'homme et les animaux.

Dans un grand nombre de cas, les mycoses seraient transmises par le contact de végétaux supérieurs sur lesquels le champignon vit en saprophyte (*Aspergillus* sur des graines, *Actinomyces* sur des pailles, etc.).

Certaines contrées paraissent plus favorables que d'autres au développement d'une mycose donnée. C'est ainsi que le *Cryptococcus farciminosus* qui cause des ravages chez les chevaux, en Russie, Italie, Algérie, Egypte, etc., est actuellement rare en France.

Certaines mycoses semblent propres aux pays chauds.

Enfin, le mauvais état général du sujet, facilite l'invasion par le champignon. C'est un fait bien connu en clinique que les teignes frappent les enfants débiles (Sabouraud), que le muguet apparaît chez les nourrissons athrepsiques, chez les sujets cachectisés, etc.

La transmission, d'un malade à l'autre, peut être directe. Elle est, bien souvent aussi, indirecte. C'est le fait des teignes propagées par les coiffures, les brosses, etc.

On a prétendu que les insectes pouvaient transmettre quelques mycoses. C'est ainsi que, selon Montoya y Florez, les moustiques et les punaises favorisent la production des Caratés. Ce mode de propagation rappelle celui de la malaria, du typhus exanthématique, etc.

Les parasites végétaux, nous l'avons dit, secrètent dans certains cas, des toxines (*Aspergillus fumigatus*, etc.), et quelques-unes (*Endomyces albicans*, etc.) sont susceptibles de former des substances vaccinantes (Charrin et Ostrowski, Roger, Concetti).

Malvoz, pour quelques espèces de Blastomycètes, a signalé l'existence d'agglutinine et d'une véritable sensibilisatrice. Il y a donc ici un point de rapprochement de plus entre champignons et bactéries.

Etude critique. — Le nombre de champignons signalés comme pathogènes est relativement considérable. Toutefois, il faut le reconnaître, bien des champignons n'ont été vus qu'une fois par hasard ; d'autres ont pu pousser, accidentellement, dans la culture et être pris ainsi pour l'agent de la maladie.

De plus, des inoculations de contrôle sur les animaux n'ont pas toujours été faites par les auteurs, et quand elles ont été effectuées, elles ne l'ont pas constamment été dans de bonnes conditions.

Il est donc probable que parmi les champignons signalés comme agents pathogènes, quelques-uns sont de simples saprophytes.

Fréquence. — Certaines mycoses sont bien connues des médecins, telles celles qui sont produites par les *Trichophyton*, les *Sporotrichum*, les *Actinomyces*. D'autres sont moins fréquentes, comme les mycoses dues aux *Aspergillus*, *Oospora*, *Oïdium*, *Monilia*.

Les levures ont été trouvées dans des lésions avec une fréquence relative, mais il est probable, ainsi que nous l'indiquons plus loin, que parfois il s'agit, non point de levures proprement dites, mais de parasites d'un autre groupe qui ont pris la forme bourgeonnante des levures.

D'autres mycoses, enfin, sont de véritables raretés cliniques, en particulier, celles qui ont pour agents pathogènes les *Botrytis*, *Verticillium*, *Fusarium*, *Cladosporium*.

Division clinique. — Les affections engendrées par les champignons sont locales ou générales.

1° **Locales** (mycoses externes). — Elles sont causées par des ectoparasites ou dermatophytes, type *Trichophyton*, *Microsporum*, etc. On peut également citer les parasites du conduit auditif : *Mucor*, *Rhizopus*, etc.

2° **Générales** (mycoses internes). — Elles sont provoquées par des endoparasites ou endophytes.

Citons les parasites de l'appareil respiratoire : *Mucor*, *Mortierella*, *Saccharomyces*, *Aspergillus*, etc., et les infections par les *Actinomyces*.

La réalité de l'infection interne de l'organisme par les champignons a été mise en évidence par MM. Bodin et Savouré (1). Ces auteurs ont injecté des spores de champignons divers dans le péritoine de cobayes et ils ont reconnu que les phagocytes transportent les spores et les généralisent ainsi dans l'organisme ; on les retrouve notamment dans les capillaires viscéraux (foie, reins, rate, ganglions).

La distinction entre mycoses externes et internes ne saurait être valable au point de vue botanique, car certains champignons, tels que les *Mucor*, les *Aspergillus* peuvent causer une mycose de l'un ou de l'autre de ces deux groupes.

Ce sera donc le point de vue botanique qui va nous guider dans la classification des mycoses.

Nous devons distinguer quatre groupes parmi les champignons pathogènes (2).

A. Les Phycomycètes qui comprennent les *Mucorinées*.

B. Les Ascomycètes et, surtout les *Gymnoascées*. C'est à ce dernier groupe, comme l'a démontré le regretté professeur Matruchot, que l'on peut rattacher les *Trichophyton*.

C. Les Fungi imperfecti, comprenant les champignons dont on ne connaît pas le mode de reproduction supérieur.

D. Les Actinomycètes.

Les appareils reproducteurs varient suivant ces groupes. Les Mucorinées, par exemple, possèdent des sporanges ; les Ascomycètes, des spores renfermées dans des asques, tandis que les *Fungi imperfecti* ont des spores externes ou conidies.

Mais, il faut le remarquer, dans la majorité des cas, le parasite ne présente pas, dans les tissus, son mode normal de reproduction et il est nécessaire de le cultiver pour le voir revenir à son état naturel. C'est ainsi que les *Trichophyton*, comme l'a vu notamment M. Sabouraud, donnent exclusivement en culture, leurs spores externes de forme triangulaire qui sont si caractéristiques.

Nous n'insisterons pas sur les caractères morphologiques de ces divers groupes de champignons qui sont un peu spéciaux. Les diagnoses sont, en effet, souvent très délicates et demandent à être faites par des spécialistes.

A. Phycomycètes. — Ce groupe de champignons, généralement saprophytes sur des débris végétaux, etc., peut se montrer pathogène. Les mycoses mucoréennes ne sont pas extrêmement fréquentes. On les observe surtout chez les oiseaux (voies aériennes) et, plus rarement, chez l'homme (viscères, oreilles). Le rôle pathogène des Mucorinées, qui a été mis en doute par certains auteurs, paraît démontré par quelques expériences.

Parmi les espèces isolées, il faut citer : *Mucor mucedo*, *M. racemosus*, *Rhizopus nigricans*, *R. Cohnii*, *M. corymbifer*, *M. pusillus*, *M. Regnieri*, *Rhizomucor parasiticus* [Lucet et Costantin (1)].

En particulier, on a trouvé *M. mucedo* dans les poumons de l'homme (Fürbringer), *M. racemosus* chez les oiseaux (Bollinger), *M. corymbifer* chez l'homme, où il avait déterminé des lésions du pharynx, du larynx, des poumons, etc. (Paltauf), ou bien une otite (observations de Siebenmann, Huckel, de Graham).

Le *Rhizomucor parasiticus* serait l'agent de lésions pseudotuberculeuses des poumons.

B. Ascomycètes. — Il faut distinguer, dans cet ordre, deux groupes, les *Saccharomycétinées* et les *Plectascinées*.

1° **Saccharomycétinées**. — Le type en est constitué par les levures. On a décrit ainsi de nombreux *Saccharomyces* pathogènes. Signalons *S. anginæ* Vuillemin (observations de Achalme et Troisier), qui a occasionné des lésions semblables à celles du muguet, *S. tumefaciens*. Busse, trouvé par Curtis dans une tumeur sous-cutanée de la cuisse, *S. granulatus* isolé par Vuillemin et Legrain dans des tumeurs de la région maxillaire, *S. guttulatus*, *S. ellipsoïdeus*, recueilli par Maggiosa et Gradenigo dans des cas d'otites, *S. Lemonnieri* Sartory et Lasseur, chez un sujet atteint de congestion du poumon.

Une levure a été trouvée par MM. Dubreuilh et Joulia (2) dans une dermatite desquamative et prurigineuse.

Selon MM. de Beurmann et Gougerot, les « parasaccharomycoses » doivent être rattachées au groupe des affections causées par les *Saccharomyces*. Il en est de même de celles qui sont provoquées par les organismes du genre *Cryptococcus*. Ce genre, ajoutons-le, ne renferme peut-être pas exclusivement

(1) Bodin et Savouré. *Arch. Parasitol.*, t. VIII, 1904, p. 110 à 136.
(2) Lire : Les champignons pathogènes par classification botanique, par M. Pinoy, *Bull. Inst. Pasteur*, 1903, p. 761 et 809.

(1) Lire : Thèse de Barthelat sur les *Mucor mycoses*, 1903.
(2) Dubreuilh et Joulia. Intertrigo mycosique, *Soc. franç. de dermatol. et syphiligr.*, 17 mai 1921.

des levures. M. Matruchot a, en effet, démontré, que l'agent de la lymphangite épizootique du cheval, ou *C. farciminosus* appartenait, en réalité, au groupe des *Botrytis*, dont nous parlons plus loin.

Parmi les Cryptocoques pathogènes dont on a décrit un certain nombre sous le nom de *Blastomyces*, il faut indiquer un *C.* trouvé par MM. A. Clerc et Sartory dans une angine chronique (1) et le *C. degenerans* (Roncali) Vuillemin, décelé par Roncali dans divers cas de tumeurs malignes (adénocarcinome de l'ovaire, cancer du côlon, épithélioma de la langue, ganglion axillaire dans un cas de cancer du sein). Il va sans dire qu'il n'est nullement démontré que ce Cryptocoque soit l'agent du cancer; il est probable qu'il n'est que le produit d'une infection secondaire.

La même remarque s'applique au *C.* de Corselli et Frisco, isolé d'un sarcome des ganglions mésentériques chez l'homme et du *C. Plimmeri* Costantin, trouvé dans plus de mille cas, inclus dans des leucocytes ou des cellules cancéreuses. Ces organismes, inoculés à des animaux, n'ont, en effet, jamais pu reproduire le cancer. On sait que la théorie « blastomycétienne » du cancer a surtout été défendue par l'Ecole italienne et notamment par San-Felice, Roncali, Binaghi.

Le *C. Gilchristi* a été vu dans un cas de dermatite avec abcès miliaire, dans un autre de pseudo-lupus, le *C. hominis* a été isolé par Busse chez une femme atteinte de périostite chronique.

Les affections les plus diverses ont d'ailleurs été attribuées à ce genre de parasites. Citons une infection indéterminée avec nodule chez le porc (*C. granulomatogenes* San-Felice), une maladie du cobaye (*C. niger*), une rhinopharyngite mutilante appelée gangosa (*C. mutilans*), une laryngite (Blanchard, Schwartz et Binot), etc.

Dans ce groupe, il faut également ajouter les *Endomyces* et les *Parendomyces*. Le type du premier est l'*E. albicans* ou *Oïdium albicans* (2) (Robin) qui est, comme l'on sait, l'agent du muguet.

Il est susceptible, dans certains cas, de produire des lésions profondes (observations de Zenker, Monnier, etc.). On le trouve non seulement chez l'homme, mais chez des animaux pendant l'allaitement (poulain, veau). Chose curieuse, des espèces voisines pourraient, selon MM. Pellier, Hudelo, Sartory, Montlaur, produire des mycoses des ongles. L'*E. crateriforme* déterminerait des lésions axillaires, érythémato-squameuses.

Divers cas de mycoses dues à des *E.* ont été observés dans les pays chauds. Castellani a isolé vingt-deux races d'*Endomyces* à Ceylan (*E. tropicalis*, etc.) qui auraient causé des bronchomycoses, etc.

Les *Zymonematoses* (*Z. braziliense*) appartiennent également à ce groupe. Les *Zymonemas* sont des formes de transition entre les *Saccharomyces* et le champignon du muguet. L'espèce la plus connue est *Z. Gilchristi*.

La blastomycose de la peau et des muqueuses semble due à des parasites voisins des précédents. Elle est assez répandue en Bolivie et au Pérou (Escomel), en Argentine (Sommer, Posadas et Greco), au Brésil (Lutz, Splendore, Carini). Cette « blastomycose américaine » serait caractérisée par trois ordres de lésion : 1° un chancre initial, presque toujours cutané; 2° des lésions secondaires, muqueuses; 3° des lésions tertiaires, cutanées ou cutanéo-muqueuses [Escomel (1)].

(1) Clerc et Sartory. *Soc. de biol.*, janv. 1908.
(2) Ancienne dénomination.

Il existe, de même, des observations de *Blastomycoses* généralisées, dont un cas avec abcès cérébral [Harter (2)].

MM. de Beurmann et Gougerot (3), font à juste titre remarquer que le terme de *Blastomycose* est impropre, les Blastomycètes comprenant des parasites différents et disparates et ils préfèrent désigner sous le nom d'*Exascoses* des mycoses dues aux *Saccharomyces* et aux genres voisins, aux *Endomyces* et aux *Zymonemas*.

2° **Plectascinées.** — Parmi elles, les *Gymnoascées* occupent une place prépondérante.

Le *Trichophyton* Malmsten a été découvert par Gruby, dans la teigne tondante ou herpès circiné de l'homme.

Les travaux de M. Sabouraud (4) ont démontré que la morphologie du champignon est très différente dans la lésion ou en culture. Cet auteur a vu, de plus, que certains *T.* entourent le poil d'une gaine : ils sont *ectothrix*; d'autres, envahissent l'intérieur du poil (*endothrix*). Une troisième catégorie, enfin, est à la fois *endo* et *ectothrix*.

Les *T. endothrix* sont spécialement propres à l'homme. Les *T. ectothrix* sont plutôt le fait des animaux et ne parasitent l'homme que secondairement.

Les *T.* appartiennent, nous l'avons dit, aux Gymnoascées. Matruchot, en effet, a reconnu qu'en culture, certains *T.* présentent des épaississements de leur paroi, des aspects pectinés, etc., qui sont, en quelque sorte, des réductions des ornements que l'on rencontre constamment sur les périthèces (forme parfaite) des Gymnoascées.

Son opinion devait trouver une excellente confirmation lorsque il découvrit que le champignon de la teigne du chien donne, en culture, un superbe périthèce, avec des poils épineux, et qu'il dénomma *Eidamella spinosa*.

Les *T.* décrits sont fort nombreux. Ils ont fait l'objet d'études très soignées de Bodin, Matruchot, Dassonville, etc., et d'un intéressant volume de M. Sabouraud.

Parmi les *T. endothrix*, M. Sabouraud distingue les *T.* à cultures cratériformes, les *T.* à cultures acuminées et les *T.* à cultures violettes; chacun de ces trois groupes possédant des variétés.

C'est ainsi que le *T. pilosum* est voisin du *T. acuminatum*, que le *T. glabrum* est voisin du *T. violaceum*, M. Sabouraud nous signale également des espèces étrangères : *T. sulfureum* (C. Fox), *T. exsiccatum*, *T. polygonum* (Uriburu), *T. circonvolatum*.

Il faut signaler également parmi les *T. endothrix*, le *T. tonsurans* (ou *T. megalosporum endothrix* Sabouraud), le *T.* de Sabouraud et Blanchard, agent de la « teigne tondante peladoïde » de l'enfant, le *T. neo-endothrix*, etc.

Parmi les *T. ectothrix*, on doit noter les *T. gypseum* et *niveum*, *granulosum* (cheval), *radians* et *denticulatum*, qui produisent des kérions des ré-

(1) Escomel. *Ann. de la Fac. de méd. de Montevideo*, t. IV, mai juin 1919, p. 281-335.
(2) Harter. *Th. de Nancy*, 1909.
(3) De Beurmann et Gougerot. Les Exascoses, *Tribune méd.*, 7 et 14 août 1919.
(4) Sabouraud. *Les Teignes*. Masson, 1910.

gions glabres, *T. rosaceum*, *T. equinum* (Matruchot et Dassonville), *T. caninum*, etc.

D'autres *T.* ont été aussi décrits chez l'homme (tel le *T. indicum*, agent du Tokelau ou teigne imbriquée) et chez divers animaux : chats, oiseaux, etc.

M. Bruno Bloch a démontré que les cas graves de teigne s'accompagnent parfois d'une éruption plus ou moins généralisée : la forme la plus commune serait caractérisée par des petites papules lichénoïdes, isolées ou groupées en amas. Ces éruptions s'observeraient surtout dans les cas de Kérion du cuir chevelu. Elles ont été constatées depuis par d'autres auteurs et, en particulier par Mallory Williams (1).

On ne peut passer sous silence le *T. Cruris*, étudié par M. Sabouraud en 1907 sous le nom *Epidermophyton inguinale*, qui cause, comme on sait, des lésions à la face interne des cuisses. Castellani (2) a différencié plusieurs espèces, qu'il appelle *E. perneti*, *E. rubrum*, etc., qui seraient les agents de la *Tinea cruris*. Ces *T.* seraient inoculables, comme le prouve l'expérience faite sur lui-même par Culpepper.

Les *E.* diffèrent biologiquement des *T.* proprement dits en ce sens qu'ils n'attaquent jamais les poils. La lésion cutanée qu'ils causent a été décrite sous le nom d'eczéma marginé. Elle est caractérisée par des taches nummulaires prurigineuses qui, en s'accroissant, forment des plaques circinées, à bords rouges, vésiculeux, bordés de squames blanches lamelleuses, pendant que le centre pâlit. La région d'élection est, nous l'avons dit, la face interne et supérieure des cuisses, mais l'éruption peut se disséminer aux aisselles, aux plis sous-mammaires, aux jambes, aux pieds.

L'affection est assez contagieuse. Elle est fréquente en Amérique et dans les pays chauds, d'après Wende et Collins (de Buffalo). Les cas observés ont été nombreux pendant la guerre, selon M. Thibierge.

La dysidrose de Fox est une dermatite vésiculo-bulleuse, puis squameuse, qui se limite aux mains et aux pieds. Dans les squames, M. Darier a presque toujours trouvé des filaments mycéliens, qui sont probablement à rapporter à une espèce de *T.* ou d'*E.* Cette dysidrose n'aurait d'ailleurs pas, selon M. Darier, d'individualité nosologique, mais devrait être rangée parmi les dermatoses parasitaires.

Les *T. faviforme* déterminent des teignes tondantes et aussi des lésions d'impétigo (observation de Mewborn). Les espèces les plus connues sont les *T. faviforme* du cheval, de l'âne, du veau, du canard. Le *T. luxurians* Brault et Viguier, observé à Alger sur des enfants, est également un *faviforme*.

Les trichophyties des ongles ne sont point rares et on a décrit des onycomycoses qui avaient persisté dans des familles pendant plusieurs générations. Cette curieuse affection signalée par Meissner, Virchow, a fait en 1877, l'objet d'un important mémoire de Selso Pellizzari. Elle a été étudiée par MM. Arnozan, Dubreuilh, Darier.

Les espèces trouvées ont été variables : *T. albiscicans* (Nieuwenhuis), *T. acuminatum* (Cranston), *T. effractum* et *plicatile* (Vignolo Lutati).

(1) Mallory Williams. *Ann. of dermat. and syphil.* (Chicago), t. IV, n° 3, sept. 1921.
(2) Castellani. *Philipp, Journ. of Sc.*, t. V, juillet 1910, p. 203.

Les *T.* paraissent être les agents principaux des onycomycoses (Matruchot et Pierre Sée).

C'est aussi l'avis de Hodges (1), qui a trouvé aux Etats-Unis des *T. ectothrix* dans la plupart des cas.

M. Landrieu assure qu'il existe des trichophyties oculaires.

Les trichophyties ne créent pas d'état d'immunité (expériences de Sabouraud, Aubert, Folly, Costa, Fayet). Skrzynski a également vu, que chez un trichophytique, la réaction du sérum se montrait inactive.

Au voisinage des *T.*, il faut ranger les *Ctenomyces*. (Une espèce, le *C. serratus*, d'après Matruchot et Dassonville, serait pathogène), l'*Eidamella spinosa* (teigne du chien), le genre *Bargellinia* (otite) et les *Microsporum*. Parmi ces derniers, on connaît le *M. Audouini*, avec ses variétés *canis*, *equinum*. On a signalé également comme pathogènes des espèees voisines (Sabouraud, Uriburu, Horta, Gueguen, etc.).

Les *Achorion* sont moins connus que les *T.*

L'*A. Schoenleinii* est l'agent du favus. On connaît, en lésion « les godets », et, en culture les « chandeliers » faviques.

Les *A.* sont inoculables au chien et à la souris.

Une variété « *ceratophagus* Ercolani » produit une onycomycose.

On a décrit d'autres *A* : *A. Quincqueanum A. Arloingi*, *A. repens*.

L'*Oospora canina* Costantin et Sabrazès est également un organisme voisin des *T.*

Behrend a décrit sous le nom de *Trichosporum* un champignon se développant sur les cheveux et la barbe où il détermine des nodosités. La maladie qui a été dénommée « piedra » serait fréquente en Colombie (2). En réalité, selon le grand mycologiste italien Saccardo, le champignon serait voisin des *Achorion*. L'espèce décrite par Behrend est le *T. giganteum*. On a aussi signalé les *T. ovoïdes* et *Beigeli*.

C. Fungi Imperfecti. — Signalons que les *Aspergillus* rangés habituellement encore dans ce groupe, appartiennent vraisemblablement aux Ascomycètes, puisque l'on a pu trouver des asques chez certains *Aspergillus*.

L'appareil conidiophore des *Aspergillus* est formé par une tête renflée, portant de nombreuses spores en chapelets d'où aspect de « goupillon ».

On a décrit parmi les *A.* pathogènes : *A. malignus* (otite, Lindt), *A. nidulans*, si curieux avec des cultures polychromes et qui a été observé par Nicolle et Pinoy en Tunisie, chez un sujet atteint de pied de Madura.

Une autre espèce, *A. Bouffardi*, serait d'après le professeur Brumpt (3), l'agent d'un mycétome noir.

A. niger a été trouvé par Cramer dans l'oreille d'un sourd, par Furbringer, dans des poumons humains, par Wreden, chez un sujet atteint d'otomycose.

L'*A. flavus* est fréquent d'après Siebenmann dans les affections de l'oreille.

Mais le plus important est l'*A. fumigatus*. Très répandu dans l'appareil respiratoire des oiseaux, il est, suivant Dieulafoy, Chantemesse et le professeur Widal, pathogène pour l'homme.

(1) Hodges. *Arch. of dermat. and syphil.* (Chicago), t. IV, n° 1, juillet 1921.
(2) Neveu-Lemaire. *La Géographie*, juillet 1920.
(3) Brumpt. Les mycétomes, *Th. de Paris*, 1906.

Le professeur Rénon (1) a décrit l'Aspergillose pulmonaire des gaveurs de pigeons et il a vu que le champignon peut en outre déterminer des lésions dans divers organes.

Ces lésions ont été vues ensuite par d'autres auteurs. On les a signalées au niveau des reins (Ross et Ernst), de la peau, de la cornée (Morax), du nasopharynx, etc. Rappelons que les pneumonies aspergilliennes ont une symptomatologie qui ressemble beaucoup à celle de la tuberculose.

Les spores du champignon sont très répandues dans la nature. On les rencontre sur des grains de millet, le seigle, l'avoine, le blé, le foin, le maïs, les fourrages, etc.

L'*A. Castellani* serait l'agent d'une bronchomycose tropicale.

Les Aspergilles produisent également des dermatomycoses et, en particulier, le fameux *A. Tokelau*. La lésion a été décrite par Manson, sous le nom de « Teigne imbriquée ». Tribondeau appela le parasite *Lepidophyton*, et Blanchard *Trichophyton concentricum*, mais Tribondeau et le professeur Jeanselme virent que ce parasite a des fructifications semblables à celles des *Aspergillus*.

M. Sartory a décrit l'*A. Gratioti* (n. sp.) dans un cas d'onycomycose chez un chinois.

L'*A. Fontoynonti* a été trouvé dans des abcès sous-dermiques, et le *Sterigmatocystis versicolor*, dans un cas de bronchomycose (Castellani). L'*Eurotium Amstelodani*, qui est à rapporter aux Aspergilles, serait, selon A. Vuillemin, un parasite présumé de l'homme.

Il faut enfin citer les *Caratés* et la *Pinta*. Ce sont des dermatoses propres à l'Amérique centrale et qui sont caractérisées par des altérations de la peau, accompagnées de pigmentations variées qui disparaissent à la longue (2). Elles ont été décrites en 1820 par Alibert sous le nom de *Pannus carateus*.

A chaque variété pigmentée de Caraté, correspond un champignon qui se distinguerait par un caractère botanique des autres variétés.

Les champignons agents de ces dermatoses sont intermédiaires entre les *Aspergillus* et les *Penicillium*, dont nous parlons plus loin. Ils se cultivent aisément et les inoculations ont donné des résultats positifs.

Toutefois les Caratés ne paraissent pas contagieux; l'infection se ferait, à la faveur de certaines conditions prédisposantes de la peau, par des spores de champignons qui sont répandues dans le milieu extérieur, où ils vivent de la vie saprophytique. Les insectes seraient peut-être des agents de propagation, car Montoya y Florez a trouvé des parasites de Caraté, dans les régions où l'infection est fréquente, sur le corps de moustiques, de punaises, etc.

Les *Penicillium* sont extrêmement répandus dans la nature. Certains d'entre eux seraient pathogènes. Ainsi Maggiora et Gradenigo ont trouvé *P. crustaceum*, associé avec des levures et des bactéries, dans un cas d'otite moyenne. Siebenmann, dans un autre cas d'otite, a décelé *P. minimum*. Salisbury a isolé du sang d'un érysipélateux. *P. quadrifidum*, mais il faudrait douter de cette dernière observation.

Penicillium glaucum, avec un genre qui est à rapporter aux Pénicilles, le *Scopulariopsis* (*S. Köningi*), et le *Sterigmatocystis versicolor* (voisin des *Aspergillus*) sont considérés par MM. Raymond et Parisot comme les agents de cette affection qui a été décrite sous le nom de « pied de tranchée ». MM. Quarella et Venturelli mettent d'ailleurs en doute les conclusions des auteurs français.

Les Pénicilles seraient aussi capables de provoquer des onycomycoses, comme l'indiquent les observations de MM. P. Emile Weil et Gaudin, de MM. Brumpt et Langeron, et d'Escomel.

Les *Scopuliariopsis* produiraient des gommes et des abcès. Ainsi *S. Köningi*, déjà cité, aurait été, selon M. Jannin, la cause d'un abcès dans un cas de tumeur demi-fluctuante du poignet. De même, d'après le médecin major Humbert Boucher, les *S.*, en particulier *S. ivorensis* détermineraient des mycoses gommeuses exotiques.

Sporotrichum. — Ce sont les remarquables travaux de M. de Beurmann et de M. Gougerot qui ont démontré l'action pathogène de ces champignons. En 1903. MM. de Beurmann et Ramond ont observé des tumeurs sous-cutanées, apparues en grand nombre et presque simultanément, et disséminées irrégulièrement sur le corps d'un malade; les cultures, faites à partir du pus, donnèrent un champignon que Matruchot et Ramond (1) appelèrent *S. Beurmani*.

Les *Sporotrichoses* sont bien connues aujourd'hui, et la forme humaine la plus commune est la « gommeuse sous-cutanée disséminée », avec lymphangite et adénopathie.

Les observations de M. Danlos et de M. Roy, de MM. Lesné et Monier-Vinard, Brocq, Letulle, Brissaud et Rathery, Trémolières et du Castel ont démontré que les *S.* causent des lésions multiples qui, d'ailleurs, rappellent beaucoup celles de la syphilis et de la tuberculose. Les formes lentes en particulier, ont une analogie clinique avec les infections à bacille de Koch (de Beurmann et Gougerot).

Il existe notamment des chancres sporotrichosiques, des sporotrichoses rénales, pulmonaires (Sartory), osseuses (Thibierge et Gastinel), [dans le cas de H. Aloin et H. G. Vallin (2), la mycose détermina, chez une femme de cinquante et un ans, une ostéite perforante du frontal], oculaires (Morax, Fava, Landrieu). Dans l'observation de M. Moure (3), une sporotrichose digitale simulait un spina ventosa; un examen de laboratoire montra que le mal était d'origine mycosique.

On a aussi décrit des formes aiguës et fébriles, etc. Nous ne pouvons faire mieux que de renvoyer le lecteur aux remarquables travaux de MM. de Beurmann et Gougerot.

Harter et Gruyer ont observé des modalités cliniques qui ne sont point sans ressemblance avec l'actinomycose.

Les lésions des sporotrichoses peuvent être reproduites expérimentalement, chez le chat, par exemple (de Beurmann, Gougerot et Vaucher). Les lésions obtenues sont identiques aux lésions humaines.

Le S. Beurmanni possède des endotoxines, mises en évidence par MM. Blanchetière et Gougerot.

Outre le *S. Beurmanni*, il existe d'autres *S.* pathogènes (4). Ce sont :

(1) Rénon. *Etude sur l'Aspergillose chez les animaux et l'homme*. Masson, 1897.
(2) Caratés et Pinta, Neveu-Lemaire. *La Géographie*, juil. 1920 (d'après la *Presse méd.*).

(1) Matruchot et Ramond. *Soc. de biol.*, 4 nov. 1905.
(2) Aloin et Vallin. *Lyon méd.*, t. CXXIX, n° 20, 25 oct. 1920.
(3) Moure. *Soc. de chir.*, 5 mai 1920.
(4) De Beurmann et Gougerot. Classification botanique des *Sporotrichum* pathogènes, *Arch. Parasitol.*, t. XV, p. 5 à 109.

S. Schenkii. — Il est assez rare. Il a produit chez un malade une lymphangite gommeuse ascendante du bras, ressemblant à une lymphangite tuberculeuse.

M. Matruchot (1) a vu qu'il existe un type intermédiaire entre le *S. Beurmanni* et le *S. Schenkii* et qu'il a dénommé *S. Gougeroti*.

Le *S. asteroïdes* est, selon A. Splendore, l'agent des sporotrichoses américaines. La contamination se ferait par des débris végétaux, etc.

Citons aussi le *S. indicum* Castellani et le *S. Jeanselmii* Brumpt et Langeron, qui détermine des lésions multiples, cutanées, oculaires, testiculaires.

Quant au *S. Dori*, il doit plutôt être rangé parmi les *Actinomyces*.

Mode de contamination. — Il se fait par une écorchure banale, par les débris végétaux, etc. Les Sporotrichoses peuvent se contracter aussi par voie digestive (de Beurmann, Gougerot, Vaucher). M. Gougerot, notamment, a réalisé l'injection expérimentale, en nourrissant un cobaye avec du lait, additionné de spores de *S.*; Lutz et Splendore ont obtenu le même résultat chez le rat, en mêlant des cultures de *Sporotrichum* aux pommes de terre servant à l'alimentation de cet animal.

Botrytis. — Ce champignon est, botaniquement, voisin des *Sporotrichum*. Le *B. Bassiana* et d'autres espèces voisines sont parasites des insectes.

Les Botrytimycoses n'ont pas été décrites fréquemment chez l'homme. Le seul cas connu est celui de MM. Auché et Le Dantec qui virent, chez un malade atteint de lymphangite (analogue à celle du *S. Beurmanni*), le *B. pyogenes* dans le pus d'un abcès. Il est toutefois vraisemblable, ainsi que l'estimait Matruchot, que ce genre de mycoses est relativement fréquent, cet auteur ayant vu notamment, nous l'avons dit, que l'on peut rapporter à un *B.* l'agent (cryptocoque) de la lymphangite épizootique du cheval.

Corethropsis hominis. — Ce champignon est également voisin des *Sporotrichum*. Il a été, en 1913, isolé, par MM. Spillmann et Jeannin, chez un malade présentant des lésions trichophytoïdes de l'avant-bras.

D'autres champignons encore peuvent causer des mycoses. Il nous faut citer l'*Acremonium Potronii* trouvé, en 1911, par MM. Potron et Noisette, puis par MM. Michel et Thiry, chez un homme qui avait une tuméfaction des cartilages costaux.

Mastigocladium Blochii. — Isolé par MM. Bloch et Vischer (de Bâle), chez un malade atteint de lymphangite gommeuse avec adénite suppurée, il a été décrit, en 1911, par Matruchot, qui rapproche ces champignons des *Spicaria*, c'est-à-dire des Verticilles.

Verticillium Graphii. — Ce champignon a causé une mycose de la cornée, observée par M. Morax. Un cas analogue a été constaté par M. Landrieu.

Fusarium equinum. Il a été découvert par Victor Növgaard dans une affection épidémique des chevaux. Six pour cent de ces animaux présentèrent une épilation à peu près totale.

Le champignon serait inoculé par les piqûres du *Sarcoptes Equi*.

Oospora. — Les Oosporoses ont été étudiées par le professeur H. Roger (1). Elles pourraient déterminer chez l'homme, des affections graves. Dans la bouche, notamment, elles provoquent trois ordres de lésions; des plaques blanches analogues à celles du muguet, des suppurations, de la gangrène. De plus, d'après cet auteur, bien des cas rattachés à la tuberculose pulmonaire, ne seraient que des mycoses oosporiques.

M. Sartory a trouvé dans le pus d'une otite moyenne, un *Oospora*, voisin de *O. pulmonalis* et Bailly, l'*O. catharralis* (n. sp.) dans une affection pulmonaire.

Le parasite de la langue noire pileuse appartiendrait aussi à ce groupe, car M. Gueguen l'a décrit sous le nom d'*O. lingualis*. Il en serait de même d'une mycose à grains noirs du pied, observée par MM. Brault et Masselot et qui serait due, suivant MM. Nicolle et Pinoy, à l'*O. Tozeuri*.

MM. Matruchot et Antoine ont aussi trouvé, dans les plaies de guerre, un *O.* qu'ils appellent *O. Perieri*. M. Bory attribue éventuellement à un *O.*, le psoriaris.

Oïdium. — Babès a décrit sous le nom d'*Oïdium subtile cutis* (qui est le même qu'*O. subtile* Blanchard) un champignon trouvé chez une femme atteinte d'ulcérations pustuleuses et d'éruption.

Clozel de Boyer et d'Antin découvrirent aussi un *Oïdium*, mais probablement différent du précédent dans des pustules chez des enfants cachectiques.

MM. de Beurmann, Gougerot et Vaucher découvrirent un autre *Oïdium*, l'*O. cutaneum* chez des sujets atteint de gommes sous-cutanées ulcéreuses.

La dénomination de ces champignons et leur place dans la classification botanique ne semblent pas être définitives.

Monilia. — *M. Kochi* provoquerait, selon von Wettstein, des fermentations anormales chez des dyspeptiques.

Les champignons du genre *M.* causeraient aussi la moniliase bronchique. Les espèces pathogènes seraient : *M. Pinoyi*, Castellani, dont le médecin égyptien Najib-Farah a démontré le rôle pathogène, *M. Tropicalis*, *M. Guillermondi*, *M. bronchialis*, *M. pulmonalis*.

Le mode de contagion se ferait, à Ceylan, par les feuilles de thé, que les dégustateurs et les ouvriers manipulent constamment. Et, de fait, examinant les crachats de ces derniers, Castellani y trouva presque constamment des champignons du genre *M.*

Récemment, MM. Sartory et Moinson découvrirent un champignon du même genre chez un malade dont les symptômes cliniques ressemblaient, à s'y méprendre, à ceux de la tuberculose pulmonaire. Des inoculations faites au lapin démontrèrent l'action pathogène du microorganisme isolé.

Champignons du *Bursattee-Leeches*. On désigne sous le nom de *Bursattee*, aux Indes, et de *Leeches*, aux Etats-Unis, une affection mycotique à nodules fibreux.

Dans l'Indoustan, elle épargne les mulets et les bœufs, tandis qu'aux Etats-Unis, elle atteint ces animaux, ainsi que le cheval.

Stel trouva, dans les lésions nodulaires, un champignon qu'on n'a pu jusqu'à ce jour, ni cultiver, ni inoculer. On ne peut donc savoir à quel groupe il appartient; on le range provisoirement dans les *Fungi imperfecti*.

(1) MATRUCHOT. Sur un nouveau groupe de champignons pathogènes, agent des Sporotrichoses, *Acad. des sc.*, t. CL, 1910, p. 543.

(1) H. ROGER. *Presse méd.*, 16 et 23 juin 1919.

Cladosporium. — Gueguen a isolé un champignon de ce genre dans une affection ulcéreuse nodulaire, observée par Fontoynont.

Hemispora stellata. — MM. Gougerot et Caraven ont obtenu ce champignon par ensemencement de pus, dans un cas d'ostéite du tibia. M. Auvray l'a trouvé aussi chez un malade atteint d'infiltration gommeuse de la face et de la région cervicale.

MM. de Beurmann, Clair et Gougerot citent le cas d'une gomme de la verge, à évolution lente, causée par ce même champignon. Le traitement mercuriel se montra inactif; l'iodure de potassium fut, au contraire, efficace.

Selon Gueguen, l'*H. stellata* doit être identifiée avec la *Torula epizoa* Corda.

D. ACTINOMYCÈTES. — Syn. *Nocardia* Trevisan, *Discomyces* Rivolta Blanchard, *Micromyces, Actinomyces* Harz, *Streptothrix* Cohn. Ce genre doit aussi comprendre certains des champignons qui ont été décrits sous le nom de *Oospora* et dont le mycelium est beaucoup trop fin pour qu'ils puissent être rangés avec ce dernier genre. C'est ainsi que l'organisme décrit sous le nom de *O. Maduræ* est, en réalité, un *Actinomyces*.

Les *Actinomyces* avaient, en effet, d'abord été placés dans les *Oospora*, mais MM. Sauvageau et Radais ont montré qu'il fallait les en séparer et Lachner-Sandowal a démontré que les vrais *Oospora* sont des organismes beaucoup plus gros.

Le mycelium des *Nocardia* est extrêmement fin et, dans les cultures âgées, les filaments se résolvent en tronçons courts, simulant des bacilles ou des microcoques. Cet organisme fait donc la liaison entre les bactéries et les champignons. Il a été étudié, en France, par Poncet, Bérard et L. Dor (de Lyon).

L'espèce la plus connue est *Discomyces bovis*, qui détermine aussi l'*Actinomycose* humaine. Le champignon forme dans les tissus parasités des granulations de dimensions et de colorations diverses. Ces granulations ont une structure radiée vers la périphérie (qui a valu au champignon le nom d'*Actinomyces*). Vues à un grossissement suffisant, elles présentent deux parties :

1° Une zone périphérique, formée d'éléments allongés ayant l'aspect de massues, très réfringentes.

2° Une partie centrale, constituée par des filaments ramifiés en dichotomie et très enchevêtrée.

Les granulations actinomycotiques subissent quelquefois la dégénérescence calcaire.

Le champignon peut être cultivé sur milieu artificiel et notamment sur gélatine, agar, sérum sanguin, pomme de terre.

Maints auteurs, Boström, notamment, ont tenté d'inoculer l'actinomycose, mais, en général, leurs essais ont été infructueux. Ces résultats négatifs démontrent que l'infection naturelle demande, pour être réalisée, des conditions spéciales. Elle paraît due à l'introduction, dans les tissus, de végétaux sur lesquels le champignon vit en saprophyte. Et, en effet, Boström a constaté dans les tumeurs actinomycotiques, tant chez l'homme que chez les bovidés, des débris de végétaux et, notamment, de Graminées. Par contre, la transmission de l'homme à l'animal, ou inversement, ne semble guère exister.

L'*Actinomycose* s'observe chez différents animaux : bœuf, cheval, porc. MM. Besançon et Chantemesse auraient même constaté son existence chez une perruche.

L'affection est assez répandue en Europe, dans les deux Amériques, l'Algérie, l'Egypte, l'Australie (1), etc. Aussi les observations sont-elles assez nombreuses. Citons celles de W. Sagredo (Actinomycose du cerveau) et de Yazbek. Cette dernière a trait à un homme qui portait depuis cinq années une petite tumeur au pied droit. Rompue spontanément, elle laissa s'écouler un liquide avec grains jaunâtres. L'adénopathie inguinale donna également une suppuration avec ces mêmes grains. L'agglutination se fit avec une émulsion de *Discomyces bovis.*

Le cas de Dubreuilh (2) concerne une jeune fille de dix-huit ans atteinte d'un placard ligneux, criblé de fistules de la région angulo-maxillaire gauche du cou. Le pus contenait des grains jaunes.

Discomyces Israëli. — Les cultures ressemblent à des gouttes de rosée et ont la grosseur d'une tête d'épingle. Le champignon a été trouvé par Wolff et Israël chez un sujet atteint de tumeur rétro-maxillaire et chez un autre qui présentait une affection pulmonaire.

Ce parasite a été isolé par MM. Ravaut et Pinoy dans un cas d'actinobacillose à forme méningée.

Le champignon est pathogène pour l'homme et certains animaux (lapin, cobaye). « Les grains » dans l'organisme malade sont plus gros que ceux produits par l'*A. bovis.*

Discomyces farcinicus (de Toni et Trevisan, 1889) a été étudié par Nocard. Il détermine le farcin du bœuf (suppuration et nodules tuberculiformes dans les poumons, le foie, la rate et les ganglions).

Discomyces Madurae. — Il est l'agent du pied de Madura ou mycétome, affection endémique dans certaines régions de l'Inde et qu'on a observée ces dernières années dans le Sénégal et la Gambie, l'Algérie, la Cochinchine, etc.

Les lésions siègent au pied, d'où s'écoule un liquide purulent, fétide, blanc sale ou jaunâtre, tenant en suspension des corpuscules grumeleux qui rappellent beaucoup les grains de l'*Actinomycose.*

Les mycétomes ont été étudiés par le professeur Brumpt, en 1906 (3) et ont fait l'objet de la thèse de Yazbek, en 1920, à Saint-Paul.

Il faut distinguer deux variétés cliniques : la « mélanique » et la « pâle ». Les observations en sont nombreuses (Catsaras, Pelletier et Thiroux).

Le *Discomyces braziliensis* a été, d'après Lindenberg (1909), l'agent d'un mycétome du creux poplité.

Certains mycétomes peuvent être causés par des organismes autres que les *Discomyces*. C'est ainsi que, en 1902, le professeur Brumpt a trouvé dans un mycétome à grains noirs des filaments stériles paraissant se rapporter à une Dématiée (champignon à mycélium foncé et cutinisé).

Discomyces asteroïdes. — Cette espèce a été trouvée par Eppinger chez un malade qui avait succombé à une méningite cérébro-spinale.

Le champignon, très fin, pousse aisément sur divers milieux de culture, mais se développe difficilement en l'absence d'oxygène.

D. Caprae. — A été trouvé dans les poumons d'une chèvre qui présentait des lésions pseudo-tuberculeuses. Il a été étudié par Silberschmidt.

D. Forsteri. — On l'a trouvé dans des canaux

(1) Ces détails sont empruntés au volume de GOEDELST.

(2) DUBREUILH. *Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, août 1921.

(3) On lira aussi l'article très documenté de M. PINOY. Actinomycoses et mycétomes, *Bull. de l'Inst. Pasteur*, 15 nov. 1913, p. 929 et 977.

lacrymaux, où il formait de petites masses blanchâtres. Il est probablement l'agent de l'*Actinomycose* des voies lacrymales.

Discomyces Rosenbachi. — Cause une affection érysipéloïde de la peau, que Rosenbach a pu reproduire sur lui-même par une inoculation d'une culture du champignon.

Streptothrix (ou *Discomyces*) *carnea.* — Découvert par Baldoni chez une femme atteinte de bronchite subaiguë avec cachexie.

M. Sabouraud rattache au groupe des *D.* un champignon décrit sous le nom de *Microsporum minutissimum*, observé par Burchardt et qui se rencontre dans les squames épidermiques de l'érythrasma.

Il a été étudié par Michele, Ducrey et Reale et doit donc être rapporté aux *Nocardia.* Il ne faut pas confondre ce *M.*, malgré l'analogie du nom, avec les *M.* rangés dans le genre *Trichophyton* (1).

D. decussatus. — Isolé par M. Langeron en 1912, dans un cas de dermatose du thorax.

N. buccalis. — Trouvée par Thiriet dans des affections bucco-pharyngées.

Les *Streptothricées* font fréquemment partie de la flore microbienne des crachats tuberculeux, selon L. Karwacki. Cet auteur, en 1911, a isolé un *Streptothrix* qu'il a désigné sous le nom de *S. fusca.*

Les observations sont d'ailleurs extrêmement nombreuses, le champignon pouvant atteindre les organes les plus variés, tels que l'œil [mycose conjonctivale due à *Nocardia Dassonvillei,* d'après M. Landrieu (2)] et même les poils. MM. Chalmers et N. O'Farrell, en effet, attribuent à la *N. tenuis* une maladie des poils, la *Trichonocardia*, décrite par Castellani à Ceylan et au Soudan.

Enfin, M. Pettit (3) a vu récemment une maladie des huitres qui était causée par un organisme du même genre, *N. Matruchoti*, mais ne semblait pas transmissible à l'homme.

On voit donc le rôle que prennent les mycoses en pathologie. Il serait certainement plus important encore si elles étaient systématiquement recherchées. Leur découverte intéresse d'ailleurs au plus haut point le médecin, d'autant que certaines mycoses, les pseudo-tuberculoses du poumon en particulier, cèdent rapidement au traitement ioduré.

JURISPRUDENCE ET LEGISLATION

LOI DU 1er AVRIL 1922 PORTANT FIXATION DÉFINITIVE DE LA LÉGISLATION SUR LES LOYERS (4)

TITRE PREMIER

Baux écrits ou locations verbales au 1er août 1914.

1. Prorogations. — *Point de départ et durée des prorogations.* — L'article 1er de la loi nouvelle fixe le point de départ de la prorogation accordée aux locataires par l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 complété par l'article 1er de la loi du 23 octobre 1919. Ce point de départ est fixé au 24 octobre 1919 pour les baux expirés à cette date et à la date de l'expiration du bail pour ceux venus ou venant à expiration postérieurement à cette date. La loi fait cependant la réserve suivante, qui s'applique à l'article tout entier : « Sauf les droits résultant d'une décision judiciaire ayant acquis l'autorité de la chose jugée ou d'accords intervenus entre les parties » ; ce membre de phrase a été ajouté pour qu'il fût bien établi que, conformément à la jurisprudence, la loi de 1918 n'étant pas une loi d'ordre public, les parties ont pu librement et valablement contracter sur les questions résolues par elles et que, par suite, les conventions doivent être respectées à l'égal des décisions judiciaires ayant acquis l'autorité de la chose jugée.

Pour les locations verbales, la prorogation a commencé à courir, *qu'il y ait eu congé ou non*, le premier jour du terme qui a suivi la notification faite par lettre ou par acte extrajudiciaire de la volonté du locataire de profiter des dispositions de la loi ; si la notification a été faite antérieurement au 24 octobre 1919, la prorogation n'a commencé à courir qu'à partir de cette date. Ainsi donc, la loi, pour les locations verbales, distingue suivant que le congé et la demande de prorogation sont antérieurs ou postérieurs au 24 octobre 1919 : sont-ils antérieurs, il n'y a plus de difficulté, c'est la fin des hostilités, c'est-à-dire cette dernière date, qui marque le point de départ de la prorogation. Sont-ils postérieurs, le congé n'est plus pris en considération, c'est la notification qui fait courir la prorogation ; et cette notification peut être faite par lettre — il vaut mieux que celle-ci soit recommandée, quoi que la loi ne le dise pas — ou par acte d'huissier.

La loi a limité les effets de la prorogation quant à la durée. Elle distingue, suivant qu'il s'agit de locaux d'habitation ou de locaux à usage commercial, industriel ou professionnel.

Lorsqu'il s'agit de locaux à usage d'habitation, la durée de la prorogation est de deux ans ; elle est plus longue et égale à celle de la mobilisation du locataire, si celui-ci a été mobilisé plus de deux ans et se trouve dans les conditions particulières, prévues par la loi du 9 mars 1918, au sujet notamment du montant de son loyer. La prorogation, *pour les locaux d'habitation*, ne peut avoir pour effet de prolonger le bail ou la location *au delà de neuf années.*

Lorsqu'il s'agit de locaux à usage commercial, industriel ou professionnel, la durée de la prorogation est égale à celle des hostilités, c'est-à-dire cinq ans, deux mois et vingt-trois jours. La prorogation, en ce cas, ne peut avoir pour effet de prolonger le bail ou la location *au delà de quinze années.*

Dans les deux cas, le délai de neuf années et celui de quinze années commencent à compter du 24 octobre 1919. Le législateur de 1918 a considéré, qu'en principe, il y avait lieu de créer une compensation à la privation de jouissance causée par la guerre ; mais les effets de cette privation s'atténuent forcément avec le temps, au point de ne plus se faire sentir au delà d'une certaine période.

Dans tous les cas, la durée des prorogations est prolongée d'un délai suffisant pour achever le terme d'usage.

Locaux à usage professionnel. — On sait, et nous avons fait connaître à ce sujet les controverses nombreuses qui se sont produites sur la question de savoir ce qu'il fallait entendre par « locaux à usage professionnel ». L'article 3 de la loi contient, à cet égard, une disposition particulière ainsi conçue :

« Sont réputés locaux à usage professionnel, au sens de l'article 56 de la loi du 9 mars 1918, les locaux dans lesquels les locataires exercent effectivement *leur art ou leur profession.* Ces expressions mettront fin à toute difficulté, espérons-le : d'abord l'emploi du mot « effectivement » montre qu'il n'est pas nécessaire que le titre de location porte que le locataire exerce sa profession, il suffit qu'en fait il l'exerce dans les lieux loués : en second lieu, l'emploi du mot « art » étend, comme l'avait fait la jurisprudence, le bénéfice de la prorogation notamment à l'homme de lettre, au graveur, à l'artiste qui ont une installation particulière pour exercer leur profession dans les lieux loués.

Dans ce même article, la loi assimile aux locaux à usage professionnel, les locaux occupés par des établissements d'utilité publique et des œuvres de bienfaisance.

Comme la loi a un caractère *interprétatif* à cet égard, elle décide que les locataires, exerçant effectivement leur art ou leur profession dans les lieux loués, sont admis à réclamer la prorogation, nonobstant toute décision contraire, *même*

(1) Des organismes très différents ont parfois été désignés sous le même nom, ce qui a rendu la classification difficile à établir.

(2) Landrieu. Voir aussi les observations de M. Brunetière. Sur une Actinomycose primitive de la conjonctive à forme pseudo-membraneuse, *Congrès de la Soc. franç. d'opht.*, mai 1920.

(3) Pettit. Nouvelle maladie des huitres, *Acad. de méd.*, 22 fév. 1921.

(4) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 29, p. 459.

passée en force de chose jugée, à l'exception seulement des décisions qui auraient été exécutées et à la condition de formuler leurs réclamations conformément à l'article 2. Donc, les locataires qui auraient été indûment exclus du bénéfice de la prorogation accordée aux occupants de locaux à usage professionnel, même par une décision judiciaire définitive, à moins qu'elle n'ait été exécutée, peuvent formuler, *dans le délai de trois mois à compter de la promulgation de la loi,* leur demande de prorogation d'une durée égale à celle des hostilités.

Conditions auxquelles sont tenus ceux qui ont le bénéfice de la prorogation. — L'article 1er spécifie que les locataires, appelés à bénéficier des prorogations prévues par les lois des 9 mars 1918 et 23 octobre 1919, doivent, en sus du prix du loyer et à compter du terme qui suivra la promulgation de la loi, contribuer, chacun pour sa part et au prorata du prix de son loyer, à l'augmentation qui s'est produite, depuis le 1er août 1914, dans les impôts et taxes de toute nature grevant l'immeuble loué, à l'exception de l'impôt sur le revenu de la propriété foncière, et à l'augmentation subie depuis le 1er août 1914, des prestations payées pour la commodité des lieux. Ils doivent, en outre, pour contribuer dans les mêmes conditions à l'augmentation subie par les dépenses d'entretien, payer 5 p. 100 du prix du loyer tel qu'il était en 1914.

Donc, le locataire doit exécuter les conditions du bail ou de la location verbale existant au 1er août 1914; son loyer comprendra celui existant à cette date, plus :

1° Une contribution, au prorata de son loyer, *à l'augmentation* qui s'est produite depuis le 1er août 1914, dans les impôts et taxes grevant l'immeuble, à l'exception de l'impôt foncier; ce sont l'impôt des portes et fenêtres, les taxes municipales, par exemple;

2° Une contribution, au prorata de son loyer, à l'*augmentation* qui s'est produite depuis le 1er août 1914, des prestations payées pour la commodité des locaux. Ce sont les prestations afférentes notamment au chauffage, à l'eau, au gaz, à l'électricité, au tapis, à l'ascenseur, à la vidange;

3° Une majoration de 5 p. 100 du montant du loyer, tel qu'il existait en 1914.

Mais la loi dispense de ces augmentations les catégories suivantes de locataires :

a. Les locataires dont le loyer a été augmenté, en vertu d'une convention postérieure au 1er août 1914;

b. Les locataires qui bénéficient de la prorogation au titre de mobilisés et qui l'ont été dans la zône des armées. Il importe ici d'indiquer que Paris a fait partie de la zône des armées à deux reprises : la première fois du 28 août 1914 au 2 juin 1915, et la seconde fois du 25 juin 1918 au 24 novembre 1918;

c. Les réfugiés des régions libérées, lorsqu'ils sont petits locataires, aux termes de l'article 15 de la loi du 9 mars 1918, et qu'à raison de la destruction de leur domicile d'avant-guerre, ils ne peuvent pas se réinstaller dans les régions dévastées par la guerre.

En dehors des cas ci-dessus où il y a lieu à augmentation, la loi prévoit un cas spécial où le locataire devra tenir compte d'une augmentation de loyer au propriétaire; c'est celui prévu dans l'avant-dernier paragraphe de l'article 1er ainsi conçu : « A dater de la promulgation de la présente loi, tout locataire qui, appelé à bénéficier d'une prorogation, *a sous-loué ou sous-louera* avec bénéfices, sans accord préalable avec le propriétaire, devra supporter, pour le temps correspondant à la durée de cette sous-location, une augmentation du prix du loyer originaire proportionnée aux bénéfices réalisés. »

Cas où le bénéfice de la prorogation ne peut être invoqué. — 1° Aux termes de l'article 1er, aucune prorogation n'est opposable par un locataire qui n'a pas été mobilisé à un propriétaire qui, l'ayant été, voudra réintégrer l'immeuble qu'il habitait avant la guerre ou dans lequel il exerçait sa profession;

2° Le locataire bénéficiaire d'un bail écrit ou verbal n'a pas droit à la prorogation quand il s'agit d'une location de plaisance;

3° Lorsque le locataire a réalisé des bénéfices supplémentaires ou exceptionnels de guerre (loi du 1er juillet 1916), il n'a pas droit à la prorogation;

4° Les prorogations prévues à l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 cesseront d'être opposables, à partir du 31 décembre 1922 aux bailleurs mutilés ou réformés de guerre, aux veuves de guerre, aux ascendants ayant recueilli la veuve ou les enfants de militaires ou de marins morts pour la France, aux bénéficiaires des lois du 31 mars 1919 et du 24 juin 1919, aux sinistrés dont l'habitation a été détruite ou rendue inhabitable par fait ou accident de guerre, *à moins cependant que le locataire ne rentre dans une de ces catégories.*

Les bailleurs dont il vient d'être question doivent, à peine de forclusion, faire connaître *dans le délai de deux mois,* à partir de la promulgation de la loi, leur volonté de reprendre les locaux loués pour leur habitation personnelle; la notification a lieu par acte extrajudiciaire, c'est-à-dire rédigé par un huissier, conformément à l'article 58 de la loi du 9 mars 1918.

2. Cessionnaires et sous-locataires. — La loi du 9 mars 1918 n'avait employé, dans son article 56, que le terme « locataire »; la question s'est posée de savoir si, par cette expression, il fallait entendre les ayant-cause à titre particulier de ce locataire, c'est-à-dire le sous-locataire et le cessionnaire, ou si, au contraire, on se trouvait en présence d'un droit strictement personnel.

La loi du 23 octobre 1919 a essayé de résoudre la question, mais incomplètement; elle a été la source de controverses.

La loi nouvelle est plus précise; l'article 2 dispose : « Pour les baux à usage commercial, industriel ou professionnel, les articles 56 et 58 de la loi du 9 mars 1918, ainsi que l'article 1er, paragraphe 3, de la présente loi, sont applicables *aux cessionnaires ou sous-locataires,* quelle que soit la date de la cession ou de la sous-location ». Le paragraphe 3, auquel il est fait allusion, est relatif à la durée de neuf ou de quinze années.

Etant donné cette nouvelle mesure législative, il eut été injuste que ceux, cessionnaires ou sous-locataires, à qui la prorogation a été antérieurement refusée, se trouvassent dans une situation inférieure vis-à-vis de ceux pour lesquels la question n'a pas été tranchée. Aussi la loi décide-t-elle que la disposition que l'on vient de relater a un caractère interprétatif; dès lors, ajoute-t-elle, les cessionnaires ou sous-locataires sont recevables à réclamer la prorogation, nonobstant toute décision contraire, *même passée en force de chose jugée,* à l'exception seulement des décisions qui auraient été exécutées et à la condition de formuler leur réclamation dans les formes prévues par la présente loi et au plus tard dans les trois mois de sa promulgation.

La notification de la volonté de prorogation est faite, par lettre recommandée ou par acte extrajudiciaire, *dans les trois mois de la promulgation de la loi,* par le cessionnaire ou propriétaire, par le sous-locataire ou locataire principal.

La durée de la prorogation, son point de départ, les conditions auxquelles elle a lieu et les cas d'exclusion sont les mêmes que ceux que nous avons indiqués ci-dessus.

3. Baux et locations verbales renouvelés. — On sait que la loi du 24 octobre 1919 a, dans son article 1er, complété l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 de la manière suivante : « Sont assimilés aux baux et locations verbales en cours au 1er août 1914, les baux et locations verbales renouvelés entre les mêmes parties contractantes ou leurs ayants-droit et pour les mêmes locaux, à la condition que le prix du nouveau bail ne soit pas inférieur à celui du bail primitif; le bail primitif est celui qui était en cours au 1er août 1914.

Dans ces baux et locations verbales, la durée de la prorogation, son point de départ, les conditions auxquelles elle a lieu et les cas d'exclusion sont les mêmes que ceux indiqués plus haut.

Le titre 1er de la loi se termine par les articles 5 et 6 que nous indiquerons dans les « dispositions spéciales ».

(*A suivre.*)

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en dr
Avocat à la Cour d'appel.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 31. — JEUDI 20 & SAMEDI 22 AVRIL 1922. 95e ANNÉE. JEUDI 20 & SAMEDI 22 AVRIL 1922. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Le concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine (année 1922-1923) et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 15 février 1923 aura lieu le vendredi 2 juin 1922, à 10 heures. Les épreuves définitives commenceront le lundi 16 octobre 1922.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 heures à 17 heures, depuis le lundi 1er mai jusqu'au samedi 20 mai inclusivement.

Des avis ultérieurs indiqueront le lieu où les candidats devront se réunir pour l'épreuve de sélection et la première des épreuves définitives. — Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours. — Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée déterminera la place qu'ils devront occuper pour rédiger leur composition.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Grenoble. — Un concours s'ouvrira le 30 octobre devant la Faculté de médecine de Lyon pour l'emploi de suppléant des chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Grenoble. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

VOYAGE MÉDICAL EN ESPAGNE. — Dimanche dernier, les médecins faisant partie du voyage médical en Espagne sont partis sous la direction de M. le Doyen de la Faculté de Paris assisté de M. le prof. Forgue qui conduira la délégation devant saluer la Faculté de Saragosse. Aussitôt arrivés à Port-Bou, ils ont adressé un message à S. M. le Roi et assuré le président du Conseil de leurs respectueux sentiments.

Parmi les membres du voyage : MM. M. Labbé, Chiray, Weill-Hallé, représentant Paris, Forgue et Rimbaud (Montpellier), Mouriquand et Savy (Lyon), Mauriac (Bordeaux), Canuyt (Strasbourg), Devé (Rouen), Genévrier (Office d'hygiène sociale), Clément Simon (presse professionnelle), Lautié (Bédarieux), syndicats médicaux, Mathé (Union médicale franco-ibéro-américaine), Mazeran, Cambiès, Fievé, Lhuillier. Les membres de ce voyage porteront le salut des facultés et des médecins français aux facultés et aux médecins de Madrid, Barcelone, Saragosse, Valencia, Tolède, Valladolid, Burgos et Saint-Sébastien.

COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE, organisé avec le concours de la Commission Rockefeller, par MM. Fernand Bezançon et Küss. — Le cours d'une durée de quatre semaines, s'ouvrira le lundi 24 avril, à l'hôpital Boucicaut, 78, rue de la Convention. Il comprendra trois parties :

I. Etude anatomo-clinique de la tuberculose pulmonaire de l'adulte dans le service du professeur Bezançon, du lundi 24 avril au samedi 6 mai.

Tous les jours à 9 h. 30, démonstrations cliniques par M. F. Bezançon; à 11 heures, leçons théoriques par MM. M. Letulle et F. Bezançon, avec la collaboration de MM. S.-I. de Jong, Braun et M. P. Weil.

Les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 h. 30, les élèves seront individuellement exercés à l'examen clinique des tuberculeux.

II. Microbiologie et pathologie expérimentale de la tuberculose.

Cours et travaux pratiques au laboratoire de bactériologie de la Faculté sous la direction du prof. F. Bezançon, du 25 avril au 6 mai, les mardi, jeudi et samedi de 14 à 17 h.

III. Pratique médicale au dispensaire; enseignement du Dr Küss, du lundi 8 mai au samedi 20 mai, au dispensaire franco-américain du 19e arrondissement, 10, rue Léon-Giraut.

Ce cours destiné aux boursiers de la Commission Rockefeller est également ouvert aux docteurs en médecine et étudiants français et étrangers immatriculés à la Faculté de médecine.

Un droit de 150 fr. sera perçu.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Prière de s'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, guichet n° 3, les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

HOTEL-DIEU (changement de date). — M. G. Leven fera sa première leçon, le mercredi 10 mai à 10 h. 30.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — FACILITÉS DE TRANSPORT CONSENTIES AUX VISITEURS DE L'EXPOSITION COLONIALE DE MARSEILLE. — Les billets d'aller et retour, délivrés pour Marseille pendant la durée de l'Exposition coloniale (ouverte le 16 avril 1922), auront une validité exceptionnelle de huit jours lorsque leur validité normale sera inférieure à cette période.

D'autre part, les voyageurs porteurs de billets simples ou d'aller et retour pour les gares au-delà de Marseille pourront s'arrêter à Marseille pendant trois jours.

Ces trois jours s'ajouteront à la durée normale de validité du billet.

VARIÉTÉS

LA SUTURE PRIMITIVE DES PLAIES

Quel est l'inventeur de l'épeluchage et de la suture primitive des plaies ? Si l'on en croit Larrey, ce serait Desault qui aurait indiqué la méthode en 1789. Il était alors chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Voici, en effet, le passage que nous relevons dans les *Mémoires de chirurgie militaire* de Larrey (1) :

« On prétendait que les incisions changeaient la nature des plaies d'armes à feu. Desault nous apprit qu'il ne suffit pas de rendre une plaie saignante pour la faire passer de l'état compliqué à l'état simple; que le seul moyen d'y parvenir est de *rafraîchir avec l'instrument tranchant les bords contus, puis de réunir la plaie par la suture*; et que ce procédé n'est praticable que dans les coups de feu à la face, avec déchirure des parois molles de la bouche. J'ai mis à profit dans mes campagnes d'Allemagne et d'Egypte la leçon pratique de cet homme de génie qui me paraît avoir fait en cela une des plus importantes découvertes dont la chirurgie puisse s'honorer. »

CONGRÈS

UNION INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE (IIIe Conférence internationale, Bruxelles, du 11 au 13 juillet 1922). — Le Conseil de direction de l'Union internationale contre la tuberculose a décidé que la IIIe Conférence internationale aurait son siège à Bruxelles, du 11 au 13 juillet 1922. Sa Majesté la Reine des Belges a bien voulu lui accorder son haut patronage.

Le Comité d'organisation de la Conférence est constitué de MM. Dewez, président; Grégoire, vice-président; Derscheid et Falloise, secrétaires, et d'un certain nombre de membres choisis parmi les personnalités qui, en Belgique, se sont spécialement attachées à la lutte contre la tuberculose.

Les trois questions suivantes sont portées à l'ordre du jour de la Conférence :

1° *La prophylaxie de la tuberculose chez l'enfant* : a. *à l'âge préscolaire.* (Rapporteur : Dr Debré); b. *à l'âge scolaire.* (Rapporteur : M. Fergus Hewatt.)

2° *La prophylaxie antituberculeuse dans les familles par les infirmières visiteuses.* (Rapporteurs : Dr René Sand et Miss Olmsted.)

3° *Le travail des tuberculeux pendant et après la cure.*

Des visites seront organisées dans les différents établissements antituberculeux de Belgique.

Des communications sur des questions se rapportant à la tuberculose peuvent être présentées à la Conférence.

Le délai d'inscriptions pour ces communications a été fixé au 1er mai. Les auteurs désireux d'exposer leurs travaux sont priés de bien vouloir en informer avant le 1er mai leur association nationale laquelle se chargera de transmettre les demandes d'inscription au secrétariat de la Conférence, palais d'Egmont, à Bruxelles.

Le temps accordé aux auteurs pour l'exposé de leur communication est fixé à trente minutes, le temps accordé aux orateurs prenant part à la discussion est fixé à dix minutes.

Les rapports annuels sur l'activité des associations nationales devront être envoyés au secrétariat de l'Union, 9, cour Saint-Pierre, à Genève, dans le courant de mai, de manière à pouvoir être imprimés avant la Conférence. L'étendue de ces rapports est limitée à environ 500 mots.

Il a été décidé par le Comité exécutif de l'Union que la lecture des adresses présentées par les délégués des gouvernements et des associations nationales seraient supprimées.

Les associations nationales sont instamment priées de faire connaître aux intéressés dans leur pays la date et le programme de la Conférence.

Le Ve **CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE** s'ouvrira à Paris, le 10 juillet prochain, sous la présidence de M. le prof. E. Weill (de Lyon).

Sujets traités : 1° *Rôle de l'hypophyse et de l'épiphyse dans les dystrophies infantiles.* (Rapporteur : Dr P. Lereboullet, agrégé, médecin des hôpitaux de Paris.)

2° *Le diabète sucré infantile.* (Rapporteur : Dr Rohmer, chargé de cours à l'Université de Strasbourg.)

3° *La scoliose congénitale.* (Rapporteur : Dr Mouchet, chirurgien des hôpitaux de Paris, et C. Roederer.)

4° *Elevage des nourrissons en dehors de la famille.* (Rapporteurs : Drs H. Méry, agrégé, médecin des hôpitaux de Paris, et Ribadeau-Dumas, médecin des hôpitaux de Paris.)

5° *De l'hygiène infantile en Suisse au point de vue social.* (Rapporteurs : prof. Ad. d'Espine, et T. Reh [de Genève]).

Secrétaires généraux : Drs Péhu (de Lyon) et Ribadeau-Dumas (de Paris); trésorier : Dr Jean Hallé (de Paris).

Adresser les adhésions et communications au Dr Péhu, 24, place Bellecour, Lyon.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 24 avril. — Jury : MM. Ménétrier, président; Hartmann, Broca (André) et Okinczyc. — M. PETIT-DUTAILLIS (D.). Etude des suites éloignées de la cholécystectomie. M. COURSIER (Louis). Contribution à l'étude de la tension artérielle dans l'obésité. — M. LOISEL (Pierre). Recherches sur la radioactivité des eaux de Bagnoles-de-l'Orne.

Mardi 25 avril. — Jury : MM. Vaquez, président; Brindeau, Carnot et Ribière. — M. ROUSSEAU (Jean). Les diurétiques dans le traitement de l'ascite cirrhotique. — M. DESTREMONT (Aimé). Contribution à l'étude de la tuberculose tubaire en général et de ses formes. — M. DIMITRACOFF (Constantin). L'ouabaïne Arnaud.

Jeudi 27 avril. — Jury : MM. de Lapersonne, président; Teissier, Nobécourt et Terrien. — M. RAFFEGEAU (Paul). Contribution à l'étude de l'histoire des différentes théories étiologiques de l'érythème noueux. — M. LERAY (Marcel). Contribution à l'étude de la varicelle. — M. LANIOL (Emile). Considération sur la thérapeutique des dents temporaires. — M. DELAVEUVE. Le champ visuel périphérique des couleurs dans les névrites.

(1) *Mémoires de chirurgie militaire et campagnes* de D. J. Larrey, Paris 1812, chez Smith, imprimeur libraire, rue de Montmorency, t. I, p. 80.


SPECTROL

souffrent à la longue de cette intoxication que LANCEREAUX appelait l'*oenolisme*, laquelle, tout en présentant les caractères fondamentaux de l'intoxication alcoolique, en diffère cependant par quelques signes. D'un autre côté, rien n'empêche l'individu qui boit du vin de s'administrer en même temps des spiritueux divers, ainsi qu'on le voit souvent grâce au privilège inconcevable des bouilleurs de cru. Comme le dit très justement l'auteur d'un article du *Journal de médecine de Bordeaux*, le programme de propagande en faveur de notre boisson nationale serait insuffisant et illogique s'il ne comportait pas également la lutte contre la consommation des alcools et apéritifs.

* * *

C'est que, en effet, le vin naturel agit physiologiquement d'une autre manière que les spiritueux et les boissons à essences, et là est, à mon avis, le nœud de la question. Inutile, je pense, de rappeler que l'ivresse du vin n'est pas la même que celle de la bière, de l'alcool de grains ou de l'absinthe. Tous ceux qui ont étudié de près l'action de l'alcool, et les travaux d'ATWATER et BENEDICT, de GLEY, de HÉDON, etc., l'attestent, constatent que, sous le rapport rendement, il n'est point du tout indifférent d'administrer à un sujet 10 grammes d'alcool sous forme de vin ou sous forme de spiritueux. Cela tient à des raisons chimiques et biologiques. *Raisons chimiques :* l'alcool du vin provenant de la fermentation de raisins frais est presque exclusivement de l'alcool éthylique, tandis que les spiritueux, obtenus de la distillation des marcs, de la betterave, de la pomme de terre et des grains fermentés, renferment une proportion élevée d'alcools prophylique, butyrique et amylique, dont la toxicité est plus accusée, et, aujourd'hui, la plupart des spiritueux du commerce sont fabriqués avec des alcools de marcs ou de grains. *Raisons biologiques :* les levures qui font fermenter les moûts ne donnent pas que des alcools; elles donnent aussi un grand nombre de produits secondaires, variant nécessairement avec la race de levure et la nature du milieu fermentescible. La composition chimique des boissons fermentées, qui traduit cette activité spécifique, change avec l'origine des vins et davantage encore s'il s'agit de cidres, de poirés, de bières. Bien que nous ne connaissions pas exactement le rôle des produits secondaires, il apparaît certain qu'ils en ont un, rôle au surplus complexe et multiple, peut-être surtout métabolique, qu'éclaire un fait, mis en évidence par ATWATER et BENEDICT, à savoir : que l'alcool, pris sous les espèces du vin, brûle plus vite et plus complètement que l'alcool des boissons distillées, celui-ci ayant tendance, ainsi que l'ont établi les recherches de M. NICLOUX et de M. KOSTITCH, à se fixer sur les tissus, donc à leur nuire. De plus, le vin se comporte presque comme un liquide vivant et constitue vraiment un aliment, au sens que l'on attache maintenant à ce mot, puisqu'il contient des vitamines, alors que les boissons distillées sont des liquides morts, capables de fournir un apport énergétique en raison de l'oxydabilité de leurs alcools, mais un apport brutal de poison cellulaire que ne modèrent pas la lenteur et la souplesse des réactions colloïdales. D'ailleurs, les conditions dans lesquelles on consomme normalement le vin accusent encore ces différences. Dilué en alcool et souvent coupé d'eau, ingéré au cours des repas, il favorise les sécrétions digestives et toutes les fonctions utiles à une bonne élaboration. Au contraire, les boissons distillées, titrant 50 degrés d'alcool absolu et parfois davantage, sont caustiques pour l'appareil digestif dont elles exagèrent les sécrétions muqueuses et altèrent les ferments. Ces données comparatives étant depuis longtemps acquises, on s'explique mal pourquoi l'interdiction du vin a été, à un moment, si répandue. Sans aller jusqu'à dire, comme un de mes fournisseurs, que les médecins défendaient le vin aux malades pour l'avoir à meilleur marché, il est permis de supposer qu'on a été victime de l'erreur consistant à croire que quelques gorgées de bon vin dans l'estomac doivent produire, chez l'homme, le même effet qu'une injection d'alcool dans la veine de l'oreille chez le lapin.

* * *

Contre cette déduction fautive, des millénaires protestent, car chaque génération a vanté les bienfaits du vin. Le résultat d'une expérience mal conduite ne saurait infirmer un tel accord. « Si le vin était nuisible, disait M. POINCARÉ dans le discours qu'il a prononcé au banquet de clôture, eh bien, on le saurait ! on le saurait depuis les Latins, on le saurait depuis les Grecs; on le saurait depuis Homère qui nous montre la vigne sur le bouclier d'Achille; on le saurait depuis la Genèse... » Evidemment. Mais la prévention actuelle envisage les choses autrement. Elle admet que, chez l'homme sain, une petite quantité de vin est tolérable, et encore les Américains ne vont-ils pas jusque-là, mais elle prétend l'interdire aux malades comme elle leur interdit parfois le sel et la viande. Légitimement, ces cas sont exceptionnels et sujets à revision. Les tuberculeux ne se trouvent guère bien de l'eau pure, non plus les anémiques ni les neurasthéniques déprimés. Dans beaucoup d'infections, notamment la pneumonie et la grippe, le vin représente un tonique remarquable. Bien plus, le docteur Sabrazès a établi qu'il stérilise les eaux contaminées par le bacille d'Eberth et le colibacille quand on prend soin d'opérer le mélange une heure environ avant la consommation. C'est la réhabilitation scientifique de « l'abondance ». Le docteur BURNEL, que cite M. HÉDON, expérimentant en Sologne avec deux équipes d'ouvriers, observe non seulement un meilleur rendement en travail pour l'équipe buvant du vin, mais encore une telle résistance aux fièvres paludéennes qu'il n'hésite pas à regarder le vin comme un prophylactique de cette affection. D'après M. Ch. FIESSINGER, l'abstinence absolue du vin prédisposerait à l'athérome, car l'athérome cérébral est surtout fréquent chez les femmes qui ne boivent que de l'eau, et le docteur MAUCOTEL, comparant une population berrichonne qui boit de l'eau à une population bourguignonne qui use largement du vin, constate que la première possède peu de vieillards et donne une extraordinaire fréquence d'hémorragies cérébrales mortelles, alors que dans la seconde les octogénaires robustes et actifs ne sont pas rares, comme si le vin faisait « vivre vieux ». De la vaste enquête de M. PEARCE BAILEY, directeur général des services de neuro-psychiatrie de l'armée américaine pendant la guerre, enquête portant sur plus de 2 millions de recrues, il ressort que les jeunes gens natifs de certains Etats, comme le Maine, où la prohibition date d'un demi-siècle, fournissent un pourcentage de faibles d'esprit beaucoup plus élevé

que ceux en provenance d'Etats où la prohibition n'existait pas. Nous bornant à ces faits, que d'autres, en grand nombre, viennent appuyer, nous arrivons à cette conclusion, contraire à celle que défendaient DEBOVE et les protagonistes de l'eau, que le vin, consommé en quantité modérée, non seulement est agréable et utile par ses propriétés organoleptiques et alimentaires, mais encore protège contre certaines maladies et favorise l'évolution satisfaisante de plusieurs autres.

Voici justifiée, au point de vue de l'hygiène et en dehors de toute considération de richesse nationale, la campagne de propagande en faveur de la consommation du vin naturel. On pourrait encore y ajouter d'autres raisons qui, pour être d'un domaine différent, n'en ont pas moins une réelle valeur. Il semble que certaines qualités doivent être, en partie, attribuées à la nature de notre boisson nationale : sensibilité, bienveillance, galanterie, sont les effets, en quelque sorte constants, de l'usage convenable du vin, et nulle race ne les possède à un aussi haut degré que la nôtre. Qui oserait affirmer qu'un breuvage séculaire ne finit pas par façonner quelques dispositions du caractère? Se trompait-il tant que çà le poilu de l'Yser et de Verdun quand il affirmait que le légendaire pinard l'avait aidé à « tenir » dans la boue et sous la mitraille? Pourquoi la flamme du Soleil, qui mûrit les grappes de nos coteaux, chauffe et colore le jus vivant des pressoirs, ne communiquerait-elle pas, à ceux qui s'en réjouissent depuis deux mille ans, quelque chose de sa force radiante? Question qu'on se pose. Un auteur y a répondu. Ayant examiné les influences qui ont agi sur la formation de notre mentalité historique, il écrivait (1), non sans motifs : « C'est le vin qui a donné à nos mœurs une amabilité singulière, de la vivacité à notre esprit, de la gaité à nos idées, à notre cœur, enfin, le don de compatir à toutes les souffrances humaines. *Mater dolorosûm, Gallia.* »

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 AVRIL 1922)

La différenciation des phénomènes de choc par contact. — M. W. KOPACZEWSKI. Les faits relatés par l'auteur constituent des arguments complémentaires en faveur d'une différenciation des chocs par contact; actuellement déjà, il existe une base expérimentale pour distinguer parmi eux le *choc cellulaire* ou *anaphylactique*, nécessitant un temps d'incubation, et un *choc humoral* qui se déclenche immédiatement. Parmi les *chocs humoraux*, on distingue le *choc floculant*, le *choc lytique* et le *choc thromboplastique*.

La respiration maximum aux très hautes altitudes. — M. Raoul BAYEUX. A l'altitude le débit respiratoire maximum diminue. La fatigue n'intervient que pour une faible part dans cette diminution. Il est notable que le retour à une altitude plus basse donne au débit maximum une valeur plus forte qu'avant l'ascension.

Les injections sous-cutanées d'oxygène ramènent vers la normale le débit maximum diminué par l'altitude.

L'indice de toxicité des appareils d'éclairage, de chauffage et des moteurs à explosion. — M. Kohn ABREST.

(1) *La Nationalité française*, t. I, p. 179.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 7 AVRIL 1922)

A propos de l'autohémothérapie. — M. Félix RAMOND rappelle au sujet de la communication de M. Lauze qu'il fut la premier, en 1910, à proposer l'autohémothérapie dans le traitement des maladies contagieuses prolongées. L'injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes de sang du malade sous la peau, au décours des fièvres traînantes provoque très souvent une chute définitive en trente-six ou quarante-huit heures. Une deuxième injection est parfois nécessaire.

Pénétration dans la trachée des liquides injectés par méthode sus-glottique. Vérification radiologique. — MM. CLAISSE et SERRAUD, contrairement aux opinions récemment exposées, présentent des radiographies qui démontrent nettement qu'il est possible d'injecter des liquides dans la trachée par une méthode sus-glottique.

Les variations du temps de saignement dans l'hémogénie. — MM. P. EMIL-WEIL et BOCAGE poursuivent l'étude de l'hémogénie, syndrome hémorragipare chronique, décrit par le premier de ces auteurs, que caractérisent cliniquement des hémorragies répétées (épistaxis, ménorragies) et du purpura à répétition, et hématologiquement, l'irrétractilité du caillot, la rareté des hématoblastes, une prolongation du temps de saignement avec un temps de coagulation normal.

Ils montrent alors que chez les individus normaux, le temps de saignement est remarquablement fixe à des jours différents et aux diverses heures de la journée, variant à peine d'une demi-minute, les hémogéniques, au contraire, présentent des variations journalières et horaires énormes du temps de saignement allant du simple au décuple.

Ces variations sont produites par l'ingestion des aliments (albuminoïdes, graisses), par divers médicaments (hémato-éthyroïdine sérums sanguins, peptone, etc.), qui agissent de façon immédiate, modifiant, tantôt en plus, tantôt en moins, le temps de saignement, et aussi de façon durable pour quelques jours.

Les variations du temps de saignement, ses arythmies dans l'espace et le temps, persistent même dans les intervalles de guérison apparente, pendant tout le temps que le malade reste sous le coup de poussées hémorragipares et forment avec la prolongation du saignement le substratum de la diathèse hémogénique.

Insuffisance ventriculaire droite par compression probable de l'artère pulmonaire. Communication carotido-jugulaire gauche. — MM. LAUBRY et D. ROUTIER présentent un malade de trente-trois ans qui, depuis quatre ans, fait des crises d'insuffisance ventriculaire droite sans lésion valvulaire. On constate de la tachycardie et un bruit de galop droit; pas de cyanose. A l'écran : ombres hilaires très marquées, arc moyen très saillant, cœur dilaté. Un thrill très intense ainsi qu'un souffle continu à renforcement continu sont perçus dans le creux sus-claviculaire gauche.

Au début, ces signes ont pu en imposer pour une persistance du canal artériel avec propagation anormale des phénomènes sthétoscopiques.

Localisations rectales de l'infection fuso-spirillaire au cours de la dysenterie amibienne. – M. V. DE LAVERGNE. Il est fréquent de constater des spirochètes dans les selles de dysentériques amibiens chroniques. Chez quelques-uns d'entre eux, la rectoscopie montre l'existence de lésions ulcéro-membraneuses, d'aspect diphtéroïde. Un prélèvement direct de ces lésions montre qu'il s'agit bien d'une localisation rectale de la symbiose fuso-spirillaire favorisée par l'amibiase. Aussi s'expliquerait la présence des spirochètes dans les selles des dysentériques chroniques. De tels malades sont souvent émétino-résistants, bénéficiant, au contraire, d'un traitement par le novarsenobenzol.

Fréquence et importance des lésions de l'oreille et de l'encéphale dans les formes mortelles de la rougeole. — M. Maurice RENAUD rapporte quatre observations de rougeole grave dans lesquelles l'autopsie permit, alors que rien

pendant la vie n'avait permis de le prévoir, de rapporter la mort à l'existence de lésions cérébrales considérables (thromboses, lésions, hémorragies méningo-corticales, foyer d'encéphalite) coïncidant avec d'importantes lésions suppurées de l'oreille. Il rapproche de ces cas, trois autres, où de larges suppurations de l'oreille furent trouvées à l'autopsie sans lésions apparentes de l'encéphale.

A propos du pneumothorax artificiel chez l'enfant. — MM. A. Delille, Isaac Georges et Ducrochet rapportent le cas d'un enfant porteur d'un pneumothorax artificiel qui, à son entrée à l'hôpital, présente des signes de méningite tuberculeuse. L'autopsie montra du côté traité un poumon comprimé, mais de l'autre côté, l'existence d'une petite caverne ancienne de la grosseur d'une noisette qui semble avoir été le point de départ de la généralisation. Ils citent ce cas en faveur de la nécessité de l'unitéralité des lésions pour cette intervention.

Maladie de Heine-Médin traitée par le sérum antipolyomyélitique de Petit. — M. Robert Debré relate l'observation d'un enfant de neuf ans, atteint de maladie de Heine-Médin localisée d'emblée sur le noyau des IXe, Xe et XIe paire. Malgré l'état extrêmement grave, l'auteur entreprit le traitement par le sérum antipolyomyélitique de Petit, en injections intrarachidiennes et intramusculaires, pendant deux jours de suite, qui améliora immédiatement l'état du sujet, huit jours après ce traitement, l'enfant paraissait en bonne voie de guérison, lorsque brusquement survinrent des accidents suraigus qui entraînèrent la mort.

L'auteur conseille d'employer, dans des cas semblables, des doses plus élevées de sérum par une série d'injections systématiquement pratiquées plusieurs jours de suite.

Grands abcès du poumon ; étude radiologique. — MM. Paisseau et Iser Solomon rapportent deux cas d'abcès du poumon, survenus l'un au cours d'une broncho-pneumonie compliquant une infection puerpérale, l'autre au cours d'une pneumonie.

Lss auteurs insistent sur les caractères radiologiques. L'abcès ne se différencie pas seulement des pleurésies interlobaires et des autres pleurésies enkystées par les examens sous diverses incidences, son image radiologique présente, en outre, des caractères morphologiques distinctifs dont les plus importants sont la forme régulièrement ovoïde et à grand axe vertical de la cavité hydroaérique et la limitation régulière de l'excavation par une ombre parfaitement nette.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 6 avril 1922)

Insuffisance parathyroïdienne chronique postopératoire avec tétanie et troubles trophiques. Cataracte double opérée. — MM. Paul Saveton et Noël Péron présentent un cas d'insuffisance parathyroïdienne chronique pure à la suite d'une intervention sur le corps thyroïde, les accidents datent de quatre ans ; ils consistent en tétanie, prédominant sur les membres supérieurs avec attitudes classiques, réactions électriques habituelles, en troubles trophiques, chute des cheveux, des poils, des ongles et enfin cataracte double. La malade a été améliorée par l'opothérapie parathyroïdienne, mais elle a interrompu son traitement.

Les troubles que l'on constate sont tout à fait comparables à ceux signalés chez l'animal. Cette observation prouve que la sécrétion parathyroïdienne joue un rôle dans la nutrition des phanères et l'organe d'origine ectodermique comme le cristallin. Le malade n'a pas présenté de myxœdème, ce qui tient à la présence d'une thyroïde accessoire, supplémentaire, sous-maxillaire. Elle n'a aucun trouble sympathique ; son réflexe oculo-cardiaque est très exagéré dans le sens vagotonique.

Radicotomie gassérienne dans l'algie chronique. — MM. Sicard et Robineau signalent que la prosopalgie secondaire du zona ophtalmique paraît justiciable de la section ou mieux arrachement de la racine bulbo-gassérienne et non gassérectomie.

Sur trois cas opérés pour algie ophtalmique postzoster, deux l'ont été par gassérectomie et ont continué à souffrir, l'autre par arrachement de la racine et est resté guéri.

Hémisyndrome cérébelleux consécutif à un ramollissement lobaire. — M. J. Lhermitte et Mlle Bourguinat rapportent l'observation d'un homme âgé de soixante-quinze ans, lequel fut atteint, au retour d'une promenade, très soudainement, d'une maladresse du côté gauche du corps. On constatait alors, en l'absence complète de parésie, une incoordination des membres supérieur et inférieur gauches avec dysmétrie, passivité extrême, hypotonie. La station et la marche étaient impossibles. Les sensibilités subjective et objective demeuraient intactes. Pratiquée le deuxième jour après l'accident, la ponction lombaire ne montrait aucun élément anormal dans le liquide céphalo-rachidien, hormis une réaction de Wassermann faiblement positive.

Rapidement, ces symptômes s'atténuèrent et, trois semaines après, la station et la marche étaient redevenues faciles. Cependant, il persiste encore aujourd'hui une dysmétrie des membres associés à la gravidité et à l'hypotonie.

La soudaineté de l'apparition de l'hémisyndrome cérébelleux, l'absence de toute réaction céphalo-rachidienne indiquent qu'il s'agit ici d'un ramollissement de l'hémisphère gauche du cervelet dont les manifestations sont en voie de rétrocession, grâce à la suppléance du cerveau.

Paralysie faciale périphérique par zona latent de l'oreille. — M. Souques. La paralysie faciale périphérique, d'origine zostérienne, est déterminée par un zona de l'oreille, que ce zona soit isolé ou qu'il soit associé à un zona de la face, du cou ou du pharynx. Le zona auriculaire occupe le territoire sensitif du nerf facial, à savoir le pavillon de l'oreille, surtout la conque, et le conduit auditif externe. Il est souvent si discret qu'il peut passer inaperçu du malade et du médecin. Il se localise parfois au fond du conduit auditif, si bien qu'il restera ignoré, si on n'examine pas ce conduit avec un spéculum. Dans ce cas, l'origine zostérienne de la paralysie faciale sera méconnue. Aussi est-il indispensable, dans les paralysies faciales périphériques de cause inconnue, surtout si elles sont douloureuses, de pratiquer un examen du conduit auditif externe.

L'auteur présente un exemple de cet ordre, c'est-à-dire un cas de paralysie faciale périphérique survenue quelques jours après l'apparition d'un zona du trijumeau. Un examen du conduit auditif, fait par un otologiste, permit, seul, de découvrir un zona caché au fond de ce conduit, et de rapporter la paralysie à sa véritable cause : à la propagation au nerf facial, dans le canal de Fallope, de l'inflammation zostérienne du ganglion géniculé. Il est probable que certaines paralysies faciales douloureuses, dites à frigore, reconnaissent une cause de ce genre.

Etude anatomo-clinique d'un cas de syndrome pallidal postencéphalitique. — MM. H. Français et J. Lhermitte rapportent le cas d'un homme de cinquante-sept ans, tabétique fruste, qui, à la suite d'une encéphalite léthargique typique, mais de peu d'intensité, présenta un syndrome de rigidité à évolution progressive. L'asinésie spontanée, l'anémie, l'hypostomie apparaissaient très marquées, tandis que le tremblement ne se montrait que d'une manière intermittente et était peu accusé. La mort survint par suicide,

L'autopsie ne montra rien d'apparent en dehors d'une dépigmentation du *locus niger*. Histologiquement, les auteurs constatèrent, outre les altérations classiques de la substance noire des lésions très accusées du pallidum : disparition d'un très grand nombre de cellules nerveuses, atrophie, chromolyse, pigmentation des éléments restants ; infarcissement des cellules névrogliques par des grains de pigment foncé. Non seulement, dans le locus niger, mais dans les noyaux lenticulaires et coudés, le réseau vasculaire présentait des lésions en activité, constituées par la distension des gaines de Kichow-Robin, par des plasmocytes et des lymphocytes, hémorragies capillaires.

On voit par là, une fois de plus, que le syndrome parkinsonnien est un syndrome pallidal.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Diagnostic, traitement et expertises des séquelles oto-rhino-laryngologiques, par le Dr Jean GUISEZ, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien médecin chef du centre oto-rhino-laryngologique de la Xe ségion. 1 vol. in-16 de 222 pages avec 115 figures. Prix : 14 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

N° 32. — MARDI 25 & JEUDI 27 AVRIL 1922. 95e ANNÉE. MARDI 25 & JEUDI 27 AVRIL 1922. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.
Etudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* **19-52**

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Cours libre de l'électrologie, radiologie et curiethérapie. — La Société des médecins-chefs des laboratoires de radiologie et d'électro-radiothérapie des hôpitaux de Paris organise, à partir du 1er mai 1922, une série de conférences et de démonstrations pratiques d'électro-radiologie et de curiethérapie.

Les conférences auront lieu tous les jours, à 18 heures, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine de Paris. Elles seront faites par MM. Aubourg, H. Béclère, Belot, Bourguignon, Chicotot, Delherm, Gastou, Haret, M. et Mme Laborde, MM. Laquerrière, Mahar, Maingot, Solomon Iser.

Des démonstrations pratiques auront lieu, le matin, dans les laboratoires de radiologie et d'électro-radiothérapie des hôpitaux de Paris.

Pour l'inscription, qui est gratuite, s'adresser : au Dr Mahar, hôpital Trousseau, 158, avenue du Général-Michel-Bizot, Paris, 12e.

HOPITAL BROCA. — Le Dr Grenet fera une série de leçons les mardis 2, 9, 16 et 23 mai, à 10 h. 1/2, sur les « Applications thérapeutiques des sels de terres rares, spécialement dans la tuberculose ».

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Le Dr Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux, le samedi 6 mai à 10 h. 1/2 et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Les conférences auront lieu dans l'amphithéâtre de l'hôpital.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — Ont été décernées à titre exceptionnel (Maroc) :

La médaille d'honneur des épidémies en argent à M. le Dr Poulain, médecin chef de l'infirmerie indigène de Meknès;

La médaille d'honneur des épidémies en vermeil à l'infirmier indigène Djilali Ould Mohammed, attaché à l'infirmerie de Berguent.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE. — A la suite des élections du 6 avril, le Conseil du Comité médical est ainsi constitué :

Président : Dr Coche; vice-président : Dr Castueil ; secrétaire général : Dr André Sauvan; secrétaires des commissions : arbitrale, Dr F. Farnarier ; scientifique, Dr P. Antonin; secours, M. Vizern (pharmacien); finances, Dr G. Ourgaud ; bibliothécaire : Dr Weill ; inspecteur : Dr H. Laugier; membres du Conseil : MM. Arréat, Engelhardt, Olmer, Pagliano, Pluyette, Reynès, F. Arnaud, d'Astros, Battini (père), Dupeyrac, E. Marcellin, Telmon (pharmacien), Condo de Satriano, Darcourt, Gallerand (père), Lachaux, Rouslacroix, Vallette.

TROIS SEMAINES DE RECHERCHES BIOLOGIQUES EXPÉRIMENTALES. — Le prof. Maurice Arthus (de Lausanne) offre de réunir dans son laboratoire personnel de Lausanne, du 24 juillet au 12 août 1922, des jeunes gens de bonne volonté se destinant à suivre une carrière biologique expérimentale. Il se propose de leur faire vivre une vie de laboratoire extrêmement intense leur permettant de suivre pas à pas l'évolution d'une étude purement expérimentale.

M. le prof. Arthus supposera au début que ses auditeurs ignorent tout de l'anaphylaxie, des protéotoxies, des anaphylaxies venimeuses, des anaphylaxies immunité, etc., et en trois semaines il leur fera parcourir tout un cycle d'études qui ont demandé de longues années pour arriver à terme.

L'œuvre que se propose M. Arthus est une œuvre d'apostolat scientifique. La gratuité de ces cours sera absolue.

Les jeunes gens qui désirent profiter de l'offre généreuse du maître de Lausanne sont priés de lui envoyer *le plus tôt possible* et, en tous cas, *avant le 15 juin*, un petit *curriculum vitae*, et, éventuellement, des références scientifiques. Ils sont priés d'indiquer leur nationalité. Le nombre des places est limité.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Maurice Arthus, professeur à l'Université, Institut de physiologie, Champ de l'Air, à Lausanne.

Il est à noter que la Société des hôteliers de Lausanne-Ouchy fera une réduction de 10 p. 100 sur le prix de pension aux jeunes gens suivant le cours.

JURISPRUDENCE ET LEGISLATION

LOI DU 1er AVRIL 1922 PORTANT FIXATION DÉFINITIVE DE LA LÉGISLATION SUR LES LOYERS (1)

TITRE II

Prorogations nouvelles accordées par la loi du 1er avril 1922.

Tous les locataires, cessionnaires ou sous-locataires dont le bail ou la location verbale ou la prorogation sont expirés avant le 1er janvier 1925 ont droit aux prorogations nouvelles.

Ces prorogations sont de deux sortes : l'une est *obligatoire* ; elle est de *six mois* à partir d'avril 1922, c'est-à-dire jusqu'au 1er octobre 1922, en tout cas jusqu'au terme d'usage précédant le 1er janvier 1923. L'autre est *facultative* ; elle est de trois mois au minimum et peut aller jusqu'au 1er janvier 1925 ; son point de départ est l'expiration de la précédente prorogation, c'est-à-dire, en principe, le 1er octobre 1922.

Prorogation obligatoire. — Tous les locataires, cessionnaires ou sous-locataires dont le bail ou la location verbale, ou bien la prorogation en cours, viendra à expiration avant le terme d'usage précédant le 1er janvier 1923, *sont maintenus de plein droit*, jusqu'à ce terme d'usage, en possession des lieux par eux occupés, aux conditions de la loi du 6 janvier 1922 (art. 7).

Formalités. — Il peut intervenir un accord amiable entre le locataire et le propriétaire. A défaut d'accord amiable, l'article 18 décide : le locataire doit, soit par lettre recommandée, soit par acte d'huissier, faire connaître au bailleur la durée et les conditions de la prorogation sollicitée. La demande doit être formée trois mois au moins avant l'expiration du bail écrit ou de la prorogation déjà acquise ; s'il s'agit d'une location verbale déjà dénoncée par congé, la demande doit être formée dans les trois mois de la promulgation de la loi nouvelle ; s'il s'agit d'une location verbale en cours, la demande doit être formée dans les vingt jours de la réception du congé, lequel, à peine de nullité, devra expressément mentionner ce délai.

Aucune forclusion ne pourra être invoquée avant l'expiration du délai de trois mois, à compter de la promulgation de la loi, c'est-à-dire avant le 2 juillet 1922. Dès lors si, dans le cas d'une location verbale, congé a été donné avant le 1er avril 1922 par le bailleur, la demande peut être formée pendant tout le temps qui courra jusqu'au 2 juillet 1922.

Dans les vingt jours de la réception de la demande de prorogation, le bailleur doit faire connaître sa réponse : il notifie, en la même forme que précédemment, au locataire, s'il accepte la proposition ou sur quels points il entend la contester. Faute de réponse dans le délai indiqué ou en cas de désaccord, la partie la plus diligente saisit, par lettre recommandée ou déclaration faite au greffe, le juge de paix, quand le prix du loyer ne dépasse pas 1.000 francs, et, dans tous les autres cas, le président du tribunal civil de la situation de l'immeuble.

Le juge de paix ou le président, suivant l'importance du loyer, convoque les parties qui, sauf en cas d'excuse jugée valable, doivent comparaître en personne ; elles peuvent se faire assister ou représenter par un mandataire de leur choix devant le juge de paix, par un avocat ou par un avoué pour les affaires ressortissant du tribunal de 1re instance.

Le magistrat a pour mission de concilier les parties, qui peut être arbitre amiable compositeur.

Faute de comparution ou de représentation, ou à défaut de conciliation, l'affaire est portée par le juge de paix à son audience ou par le juge conciliateur devant le tribunal qui statuera en Chambre du conseil, sur son rapport et sans autre procédure, et dont pourront faire partie les juges assesseurs.

Les parties sont prévenues huit jours à l'avance par lettres recommandées ; elles peuvent se présenter ou se faire représenter comme on vient de l'indiquer.

La décision du juge de paix ou du tribunal est rendue en dernier ressort, sauf recours devant la Commission supérieure.

Comme conséquence de la procédure nouvelle, la loi a supprimé les Commissions arbitrales ; elles continuent à juger simplement les affaires inscrites au greffe pour conciliation.

Conditions de la prorogation. — Pour être admis au bénéfice de la prorogation dont il s'agit (art. 10), les locataires, cessionnaires et sous-locataires doivent :

1° Avoir satisfait à toutes les obligations imposées par leurs contrats, les usages lacaux ou les décisions judiciaires intervenues ;

2° Occuper et s'engager à occuper, dans la plus grande partie, par eux-mêmes ou par les membres de leur famille l'occupant antérieurement avec eux, l'immeuble objet de la prorogation ;

3° S'engager à payer et payer, pendant toute la durée de la prorogation, une majoration du prix du loyer en rapport avec l'augmentation des charges, les améliorations et la valeur réelle des locaux.

La majoration peut être refusée par le juge, s'il estime que, pour les locations récentes, elle n'est pas justifiée.

Dans le cas où le preneur n'exécuterait pas, en cours de prorogation, l'une des conditions énoncées ci-dessus, il sera déchu du bénéfice de la prorogation ; et le droit commun s'appliquera.

La loi ajoute que le loyer des locaux reconnus insalubres ne pourra être l'objet d'aucune augmentation.

Exclusion. — L'article 9 spécifie que, n'ont pas droit au bénéfice de la prorogation de l'article 7 :

a. Les étrangers n'ayant pas combattu ni servi, ou dont les enfants ou gendres n'auront pas combattu ou servi dans les diverses formations des armées françaises, alliées ou associées ;

b. Les locataires, sous-locataires et cessionnaires de locaux de plaisance ;

c. Les locataires, cessionnaires et sous-locataires ayant plusieurs habitations, à moins qu'ils ne justifient que leur fonction ou leur profession les y oblige, ou que les locaux loués par eux en sus de leur habitation personnelle sont occupés par leurs ascendants ou descendants ou ceux de leur conjoint ;

d. Les occupants de locaux d'habitation pour lesquels le logement constitue un des accessoires du contrat de louage de services.

Prorogation facultative. — Outre la prorogation contenue dans le premier paragraphe de l'article 7 et dont nous venons de parler, la loi nouvelle décide qu'il peut être accordé une prorogation, *à titre exceptionnel*, en raison de la pénurie des logements et en l'absence de conventions contraires intervenues postérieurement au 23 octobre 1919. Elle a comme point de départ l'expiration de la précédente, soit le 1er octobre 1922.

Personnes qui y ont droit. — Ce sont ceux qui habitent : 1° dans le département de la Seine et dans un rayon de 50 kilomètres des fortifications de Paris ; 2° dans les communes d'une population totale d'au moins 10.000 habitants et dans les agglomérations distantes d'au moins 5 kilomètres de ces communes ; 3° dans celles où le recensement de 1921 accuse, soit un accroissement de population municipale, soit un accroissement du nombre des loyers ; 4° dans les régions libérées, quelle que soit l'importance de leur population.

Ce sont enfin, dans toute la France, les réfugiés des départements dévastés qui justifieront que les immeubles de leur commune d'origine sont encore détruits ou, s'ils sont propriétaires, que leur immeuble d'habitation n'est pas encore reconstruit.

Durée de la prorogation. — Cette durée ne peut être ni inférieure à trois mois, ni dépasser le 1er janvier 1925 ; elle est fixée suivant la condition respective des parties, l'état des locaux vacants dans la région et toutes les circonstances de la cause, l'expiration devant toujours coïncider avec un terme d'usage.

Formalités ; conditions de la prorogation ; exclusion. — Ce sont les mêmes règles que celles qui ont été indiquées plus haut pour la prorogation facultative.

(*A suivre.*)

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, nos 29, p. 459, et 30, p. 476.


ANÉMIE
CONSOMPTION
HÉMOGLOBINE
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE INFANTILE & ORTHOPÉDIQUE (1)

Par M. LANCE

ASSISTANT DE LA CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE DES ENFANTS-MALADES

MEMBRE INFÉRIEUR

Traitement chirurgical de la coxalgie non suppurée. (M. VIGNARD. *Soc. de chir. de Lyon*, séances du 3 mars, 14 avril et 21 avril 1921. Discussion : M. NOVÉ-JOSSERAND, séance du 28 avril 1921, in *Lyon chir.*, 1921, t. XVIII, nos 4, 5 et 6, p. 526, 698, 765, 778.) — L'auteur commence par établir que pour la coxalgie, plus que pour toute autre arthrite tuberculeuse, l'origine osseuse est la règle absolue.

Il énumère ensuite les inconvénients de la méthode conservatrice : durée considérable (trois ans au minimum dans toute coxalgie véritable), terminaison par ankylose, impossibilité d'éviter les destructions osseuses, le chirurgien « suit la maladie bien plus qu'il ne la dirige », de là résulte fréquemment des résultats orthopédiques déplorables.

A cette thérapeutique passive, depuis douze ans, M. Vignard a tenté d'opposer une thérapeutique plus active, « qui n'est d'ailleurs pas contestée, lorsqu'il s'agit de la tuberculose d'autres articulations comme le coude, le poignet ou le cou-de-pied ».

L'intervention chirurgicale à la hanche ne doit plus être réservée aux cas avancés, fistuleux, aboutissant à une exérèse étendue.

Reprenant en la modifiant l'opération du curettage aseptique de la hanche de M. Ménard (de Berck), l'auteur déclare qu'il faut intervenir de bonne heure.

Les indications sont les suivantes : ne pas opérer au-dessous de neuf à dix ans, ne pas opérer les cas au début, ni les lésions trop avancées, ni les fistuleux, ni les tuberculoses multiples. L'intervention s'adresse aux cas de gravité moyenne, quand la radiographie montre des lésions ou quand la fièvre persiste malgré l'immobilisation.

Trois principes doivent, à la hanche, guider l'opération : 1° ne pas supprimer et affaiblir le moins possible la potence cervico-céphalique qui permet au fémur de s'accrocher au bassin et qui maintient l'écartement normal du membre; 2° respecter autant que possible la musculature péri-articulaire; 3° explorer l'articulation dans sa totalité, extrémité supérieure du fémur et cavité cotyloïde.

Pendant longtemps, M. Vignard a employé une incision antérieure, curettant la tête en place, sans la luxer; cette technique ne lui permettait pas d'aborder les lésions fréquentes du cotyle.

Actuellement, l'auteur emploie une incision latérale en V avec section du sommet du grand trochanter; l'articulation ouverte, la tête fémorale est luxée. Le cotyle est exploré, les fongosités enlevées, les foyers osseux évidés. Pour le col, il est systématiquement trépané et l'épiphyse évidée si le tissu osseux est atteint; on ménage le cartilage articulaire et le cartilage de conjugaison. La cavité osseuse est remplie de Mosetig. L'articulation est fermée. Plâtre en abduction, six mois (héliothérapie si possible), puis extension continue le jour, cuissard la nuit, massage, mobilisation. Au bout de dix mois, début de la marche. Au bout d'un an il est considéré comme guéri si les mouvements sont revenus. Si la terminaison a lieu par ankylose il faut le suivre pendant deux ans (déviations secondaires).

Dans les deux dernières communications, M. Vignard expose les résultats de cette méthode.

Dans la séance du 14 avril, il montre les résultats anciens (plus de sept ans) de ses 33 premiers opérés. Il s'agit de cas plus graves que ceux qu'il opère maintenant :

(1) Suite et fin. — Voir *Chirurgie infantile et orthopédique* : « Affections chirurgicales » et « Affections acquises », *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 27, p. 421 et 425.

On trouve :

3 non retrouvés;

3 morts rapides après l'opération (2 cas très graves, 1 intoxication iodoformique);

2 morts de tuberculose ultérieure (quatre ans et six ans après);

1 mort de péritonite appendiculaire;

1 récidive.

Les 24 survivants forment trois groupes :

1° 6 résultats bons, mouvements étendus, boiterie minime, marche de 20 à 40 kilomètres sans fatigue;

2° 9 ankyloses avec raccourcissement plus ou moins étendu (jusqu'à 11 centimètres);

3° 9 résultats mauvais, boiterie avec plongeon, fémurs ballants dans la fosse iliaque externe.

Dans la séance du 21 avril, M. Vignard rapporte les cas plus récents opérés par la voie latérale et dans des conditions beaucoup plus favorables. Il s'agit de 14 malades sur lesquels 2 très graves ont été opérés en dehors de toute idée conservatrice. Il ne faut donc envisager que 12 cas qui ont donné : 1 mort rapide inexpliquée, 2 ankyloses en rectitude parfaite sans raccourcissement, 4 résultats excellents avec des mouvements presque complets et après une épreuve de marche de un an, 1 résultat bon, 3 résultats retardés par des causes diverses (arthrite du genou, marche trop précoce, jeune âge).

L'amélioration considérable d'une statistique à l'autre permet à l'auteur d'espérer que par des améliorations de technique il arrivera à coup sûr à conserver les mouvements de l'articulation dans tous les cas en réduisant le traitement de la coxalgie à un an, dix-huit mois.

Discussion. — M. NOVÉ-JOSSERAND, tout en reconnaissant que les résultats de M. Vignard sont intéressants, croit que les indications qu'il donne à l'intervention sont beaucoup trop étendues. Pour lui, il persiste dans le traitement conservateur, réservant le traitement opératoire aux cas où la conservation est impuissante. Or, ceci ne se rencontre que dans deux cas : présence de séquestres bien constatés, abcès ayant pour origine une perforation du cotyle. « Tout notre effort doit se porter sur la détermination des cas qui rentrent dans cette catégorie, afin de les reconnaître de bonne heure et de les faire bénéficier de la technique nouvelle. »

Cf. — Luxation spontanée précoce au cours de la coxalgie. (TRIDON (de Berck). *Soc. anat.*, 5 déc. 1921.)

Traitement opératoire (arthrodèse) de l'ostéoarthrite de la hanche. (ALBEE. *Amer. Journ. of surg.*, sept. 1921, t. XXXV, n° 6.)

Trois pièces de coxalgies anciennes. (E. SORREL, DELAHAYE et YOVTCHICH. *Soc. anat.*, 21 mars 1921, p. 172.)

Trois cas de tuberculose juxta-coxale (variété cotyloïdienne). (E. SORREL et Mlle CHAUVEAU. *Soc. anat.*, 20 déc. 1920, p. 684.)

Deux cas de tuberculose juxta-coxale (col fémoral). (E. SORREL et Mlle CHAUVEAU. *Soc. anat.*, janv. 1921, p. 50.)

Six cas de tuberculose du pubis (surface angulaire). (E. SORREL et Mlle CHAUVEAU. *Soc. anat.*, nov. 1921, p. 451.)

Deux cas de coxalgie consécutifs à des lésions primitivement juxtaarticulaires. (E. SORREL, LEROY et LABAN. *Soc. anat.*, 21 juillet 1921, p. 354.)

L'ostéotomie sous-trochantérienne dans les ankyloses vicieuses de la hanche. (M. VAN NECK. *Bruxelles méd.*, 15 mai 1921, 1re année, n° 7, p. 213.) — L'ostéotomie sous-trochantérienne constitue le traitement de choix des ankyloses vicieuses de la hanche. L'auteur pratique l'ostéotomie linéaire oblique qui est très facile. La difficulté consiste, lors

de l'application de l'appareil plâtré, à calculer l'attitude à donner au membre pour corriger le raccourcissement.

La mise en rectitude, faisant disparaître la flexion-adduction, diminue le raccourcissement, mais souvent cela est insuffisant. Il est alors utile de mettre le membre en abduction pour corriger partiellement ce qui reste de raccourcissement par la bascule du bassin qui en résulte. Mais quelle doit être l'étendue de cette abduction ? Comment le calculer?

Un procédé grossier consiste, une fois l'ostéotomie pratiquée, à tirer au moyen d'étriers et de moufles sur le membre ankylosé jusqu'à ce que, par bascule du bassin, il ait atteint la même longueur apparente que le membre sain. On fait alors le plâtre dans cette position, mais l'appareil est difficile à faire et l'abaissement souvent difficile à obtenir.

L'auteur donne une construction géométrique qui permet de calculer cet angle d'abduction à l'avance. Puis, pour simplifier encore, il donne deux diagrammes qui, avec des mensurations simples, permettent de calculer instantanément cet angle dans tous les cas.

Enquête sur les résultats du traitement des fractures du fémur Fractures du fémur. Résultats définitifs. (M. S. HENDERSON.) — **Traitement des fractures du fémur.** (Frank E. PECKHAM.) — **Analyse de dix-sept fractures du col du fémur.** (Z. B. ADAMS. *Journ. orthop. surg.*, oct. 1921, vol. III, n° 10.) — HENDERSON expose les résultats de 222 fractures soignées à la clinique Mayo, à Rochester; 57 étaient des fractures récentes, 40 fois seulement le résultat définitif a pu être connu. Il accuse 35 guérisons (87,5 p. 100).

Neuf fractures du col ont donné 7 guérisons. Les échecs sont dus, l'un à une mauvaise réduction, l'autre à un enlèvement prématuré du plâtre par le malade. A moins qu'il ne s'agisse d'une fracture pathologique, Henderson désengrène les fractures avec impaction. Il emploie le plâtre en abduction de Whitman qui réduit très bien les fragments.

Pour les fractures de la diaphyse, il emploie les diverses méthodes non sanglantes chez les enfants et sujets malingres, il n'opère que chez les adultes très musclés (plaques métalliques et de préférence plaques d'os de bœuf bouillies). Tous les malades ont guéri.

Sur 165 fractures anciennes, il y avait 50 fractures du col du fémur; 6 consolidations retardées furent plâtrées, tous les autres opérés. Henderson recommande un greffon de péroné si le col ne s'est pas résorbé. S'il a disparu, il conseille la vis métallique. Les 6 malades plâtrés guérirent, sur les 39 opérés, 28 (71,1 p. 100) guérisons, 17 perdus de vue, 2 morts postopératoires par embolie pulmonaire. Dans les 2 cas, on trouva une thrombose de la veine iliaque primitive.

Sur les 115 fractures anciennes de la diaphyse, 29 furent soignés par des méthodes non sanglantes avec 27 guérisons (93,1 p. 100). Les cas les plus graves, 69 furent opérés avec 53 guérisons (76,7 p. 100). Henderson considère que pour la diaphyse le greffon, soit intramédullaire, soit l' « inlay », constituent la méthode de choix, mais pour plus de simplicité il a surtout employé les plaques métalliques.

Trois remarques à faire : 20 p. 100 des opérés ont été infectés, alors que sur 166 greffes rachidiennes il n'y a eu que 2,6 p. 100 d'infection. Ceci n'est guère en faveur des corps étrangers métalliques.

Henderson considère le plâtre comme absolument insuffisant pour maintenir les fragments après l'opération. Il combine un plâtre de cuisse, une attelle de Thomas avec suspension du membre et traction continue par des poids.

Si on veut éviter les incurvations secondaires du cal, il faut faire marcher longtemps le malade sur un appareil à point d'appui ischiatique. Dans la plupart des cas, le membre opéré ne doit supporter le poids du corps qu'au bout de six mois.

PECKHAM traite les fractures de la diaphyse par l'extension continue avec contre-extension, et en plus une attelle externe. parfois une attelle-gouttière postérieure. Dans les fractures du tiers inférieur une attelle courbe met le genou en flexion. Il n'a eu à intervenir que dans les cas d'interposition musculaire.

Les fractures du col du fémur sont traitées d'une manière particulière. On applique d'abord une traction avec contre-extension jusqu'à ce que le membre soit réellement un peu plus long que le membre sain. On y arrive après dix à quatorze jours de traction. La radiographie montre bien le fragment externe un peu au-dessous de l'interne. Peckham attache une grande importance à ce fait. Quand le malade marchera le fragment externe a tendance à remonter, s'il est au-dessous de l'interne, au lieu de le basculer en crosse, il a tendance à redresser encore le col.

Une fois le fragment externe abaissé, sans abduction notable, on fait de la rotation interne forcée du membre qui coapte exactement les fragments, et on la maintient au moyen d'une grande attelle externe allant de l'aisselle au pied, sur laquelle la jambe est maintenue en rotation interne par trois bandes adhésives. La traction continue est continuée.

L'auteur a ainsi soigné des vieillards de soixante-dix, soixante-quinze ans. Sauf deux cas où l'union demanda quatre mois à se faire, tous les cas donnèrent des cals osseux vérifiés aux rayons X. Au travail sont jointes les radiographies de six fractures du col dont trois de la partie moyenne du col, avec réunion osseuse parfaite un an après et une étendue considérable des mouvements (épreuve de l'accroupissement).

ADAMS apporte les résultats du traitement de 17 fractures du col du fémur, dont 13 de quarante-huit à quatre-vingt-quatre ans. Il s'agit de cas très disparates anatomiquement, et le traitement a été très éclectique. Sur 10 malades seulement on a tenté la réduction du déplacement, soit avec le plâtre de Withman et suspension, soit avec les attelles de Hodgen ou de Maxwell-Ruth et la suspension. Une seule fois un vissage a été pratiqué.

Les résultats fonctionnels ont été : 8 bons, 5 assez bons, 4 mauvais.

Nous remarquons que les résultats obtenus par les deux premiers auteurs dans le traitement des fractures du col du fémur *récentes*, par des méthodes non sanglantes, montrent bien que dans ces cas le vissage n'est pas indispensable, la bonne réduction prime tout. C'est l'opinion que nous avons déjà soutenue dans ce journal (Le traitement des fractures du col du fémur, *Gaz. des hôpit.*, 15 et 17 mars 1921, n° 22, p. 344).

Fractures du col du fémur. Trois cas de guérison chez des octogénaires. (M. BARBARIN. *Soc. de méd. de Paris*, séance du 11 nov. 1921.) — Trois malades, âgés respectivement de quatre-vingt-deux, quatre-vingt-quatre, quatre-vingt-huit ans, ont bien guéri de fracture du col traitée par appareil plâtré en abduction (appareil de R. Whitman) pendant quatre à huit semaines, marche, massage, mobilisation ensuite.

Cf. — Traitement des fractures non consolidées du col. (DAVISON. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 17 sept. 1921, t. LXXVII, n° 12.)

Traitement des fractures diaphysaires de la cuisse chez l'adulte. (CHARBONNIER. *Lyon chir.*, sept.-oct. 1921.)

Résultats du traitement de 115 fractures de la diaphyse à l'University of Pensylvania Hospital. (Lyon ELIASON. *Ann. of surg.*, août 1921, t. LXXIV, n° 8.)

Fixation de certaines fractures du col du fémur par le vissage métallique sans arthrotomie. (Turner THOMAS. *Amer. Journ. of surg.*, sept. 1921, t. XXXV, n° 6.)

Traitement des fractures du fémur. (EARLY. *Id.*)

L'ostéotomie fémorale sus-condylienne dans les paralysies infantiles étendues. (VAN NECK. *Arch. franco-belges de chir.*, déc. 1921, 25e année, n° 3, p. 247-255.) — Lors de paralysie presque complète du membre inférieur par poliomyélite, le membre se présente le plus souvent avec le pied en équinisme, le genou fléchi, la hanche fléchie. La marche est impossible, sauf avec un appareil de contention ou une béquille. Cependant certains sujets arrivent à marcher sans appareil, le genou fléchi, le tronc penché en avant. L'auteur montre que dans ces cas une partie des muscles postérieurs de la cuisse est conservée, la masse sacro-lombaire aussi, mais surtout les fessiers sont énormes, hypertrophiés. C'est la condition qui permet le maintien de cet équilibre du corps en flexion.

Lorsque les fessiers sont paralysés, l'équilibre antéro-postérieur du bassin ne peut avoir lieu, et la marche avec un membre totalement paralysé (le pied étant supposé déjà fixé) n'est possible que dans l'hyperextension du genou. Si la rétraction des parties molles du creux poplité empêche cette

hyperextension, il faut pratiquer l'ostéotomie sus-condylienne du fémur (Lorenz Putti). Van Neck conseille, chez l'enfant, de pratiquer une hyperextension très marquée car la coudure du fémur a tendance à s'effacer avec le temps.

Traitement chirurgical de la tumeur blanche du genou chez l'enfant et l'adolescent. (VIGNARD et R. COMTE. *Arch. franco-belges de chir.*, oct 1921, 25e année, n° 1, p. 14-53, 35 fig.) — Dans ce long article les auteurs exposent d'abord les bases cliniques et anatomo-pathologiques du traitement chirurgical des arthrites tuberculeuses. Ils combattent les arguments émis en faveur du traitement conservateur : tendance naturelle de la tuberculose ostéo-articulaire à la guérison, formes synoviales fréquentes. Pour les auteurs, l'origine osseuse est constante. La radiographie est impuissante à montrer au début les lésions osseuses. L'invasion de la synoviale avec intégrité du cartilage de recouvrement articulaire n'implique pas que l'os soit sain : la communauté d'irrigation sanguine explique le passage direct de l'infection de l'épiphyse à la synoviale. Les suites opératoires des synovectomies montrent l'évolution ultérieure de lésions osseuses. L'inoculation du produit de l'évidement d'épiphyses qui semblaient saines tuberculise souvent le cobaye. Passant ensuite en revue les diverses statistiques fournies sur les résultats éloignés des tumeurs blanches du genou soignés par le traitement conservateur et orthopédique, ils montrent que ce traitement est fort long et les résultats médiocres :

Sur 212 cas, 131 guérisons (64 p. 100). Le résultat fonctionnel est fourni pour 114 cas : 29 fois conservation totale des mouvements, 44 fois conservation partielle de la mobilité, 41 ankyloses dont 34 en flexion.

Par un traitement opératoire les auteurs ont cherché à abréger ce traitement long, incertain, en atteignant les lésions osseuses constantes, et essayant de sauver une partie des fonctions articulaires. Cette opération (méthode du docteur Vignard) consiste à ouvrir largement l'articulation, nettoyer la synoviale; puis, par des orifices faits à la fraise, évider à la curette fine les deux épiphyses du fémur et du tibia. Après huit ans, il existe dans les deux os un espace assez grand entre le cartilage articulaire et le cartilage de conjugaison pour que l'opération soit possible. Les cavités sont comblées au mélange de Mosetig. Fermeture complète. Immobilisation en plâtre pendant un mois, puis héliothérapie avec appareillage approprié. Après quatre à six mois, début de la mobilisation. Début de la marche en gouttière de celluloïd.

Cette intervention ne peut être faite avant huit ou neuf ans.

Les auteurs la rejettent dans les formes d'hydarthrose simple qui guérissent bien sans être exposés aux risques d'une opération importante, et dans les cas fistulisés. Elle convient aux formes fongueuses et suppurées non fistulisées.

Une première série de 12 observations comprenant des cas opérés depuis deux à sept ans donne les résultats suivants : Pas de récidive. *Pas de raccourcissement réel*; 6 très bons résultats (2 avec mobilité étendue, 4 avec mobilité restreinte), 1 ankylose en rectitude, 3 ankyloses en flexion légère, 2 mauvais avec ankylose en flexion marquée. Durée moyenne du traitement dix-huit mois. Une série plus récente donne des résultats meilleurs. Les auteurs constatant que dans la première série beaucoup de cas ont eu le traitement postopératoire négligé pendant la guerre, et la plupart des cas ayant été opérés trop tard, certains déjà fistuleux.

L'avenir fixera sur la valeur de l'opération de Vignard et sur la place qu'elle doit prendre dans le traitement de la tumeur blanche entre le traitement conservateur et la résection plus mutilante et inapplicable chez l'enfant.

Cf. — Sur l'évolution de la résection du genou. (G. PASCALIS. *Presse méd.*, 25 août 1921, p. 681.)

Ankylose du genou d'origine tuberculeuse chez l'enfant. Leur correction. (P. VIGNARD et E. VINCENT. *Revue de chir.*, 1921, 40e année, n° 3, p. 153-196, 12 fig.) — C'est un chau plaidoyer en faveur du redressement forcé non sanglant. Reprenant l'histoire des diverses variétés d'ankylose du genou après la tumeur blanche du genou, ils abordent ensuite la discussion des différentes méthodes de traitement qui lui ont été opposées.

Existe-t-il un traitement curateur? L'arthrolyse, la greffe articulaire ont donné de beaux succès dans les ankyloses du genou d'origine non tuberculeuse. Mais dans les vieilles tumeurs blanches on n'a eu que des désastres. De l'avis des plus audacieux partisans des interpositions, l'ankylose d'origine articulaire est une contre-indication à la cure radicale. C'est une ankylose qu'il faut respecter et « se contenter de corriger la déviation de l'axe du membre tout en lui gardant sa précieuse solidité ». C'est le but des redressements.

Les auteurs exposent et discutent les différentes opérations pratiquées : ostéotomie linéaire, chantournante, oblique double, etc., arthrotomie interosseuse, résection orthopédique.

En face de ces opérations sanglantes, on trouve deux opérations non sanglantes de redressement : l'ostéoclasie sus-condylienne, l'arthroclasie. La première convient aux ankyloses à angle obtus, la deuxième aux ankyloses à angle droit ou même aigu.

Les auteurs emploient l'ostéoclaste et l'arthroclaste de V. Robin : instruments qui, maniés avec les précautions minutieuses qu'ils indiquent, donnent une précision et une sécurité absolue.

L'ostéoclasie est pratiquée strictement à l'endroit que l'on désire. Le redressement peut se faire par étapes pour mettre à l'abri de compression ou élongation des parties molles. La consolidation de la fracture sous-périostée est obtenue en moins de trente jours.

L'arthroclasie a l'avantage de redresser au sommet de la courbure sans diminuer en rien la longueur du membre. Elle permet le redressement des ankyloses osseuses aussi bien que des ankyloses fibreuses. Dans les ankyloses avec subluxation du tibia en arrière une manœuvre spéciale de l'arthroclaste permet en général en plusieurs temps de ramener le tibia sous les condyles fémoraux. L'ankylose obtenue après l'ostéoclasie est solide. Les auteurs n'ont pas observé de réveil de l'infection tuberculeuse.

Leur travail se termine par huit observations où des redressements ont été effectués par ces méthodes.

Traitement des ankyloses vicieuses du genou consécutives à la tumeur blanche chez l'adulte. (M. BÉRARD. *Soc. de chir. de Lyon*, séance du 28 avril 1921. Discussion : MM. TAVERNIER, NOVÉ-JOSSERAND, VIGNARD, BÉRARD, séances du 19 et 26 mai 1921, in *Lyon chir.*, nov.-déc. 1921, t. XVIII, n° 6, p. 780, 820, 831, 834.) — Cette communication envisage, en réalité, deux questions différentes :

Le traitement des ankyloses vicieuses chez l'adulte;

Le traitement de la tuberculose du genou chez l'adulte.

Sur le premier point, l'auteur est formel; il rejette les arthroplasties, cherchant en même temps que le redressement à obtenir des mouvements articulaires. Selon lui, les auteurs qui l'ont le plus employée (Putti, Baer) y ont renoncé pour les ankyloses d'origine tuberculeuse, les résultats ayant été déplorables (récidives).

Pour lui, l'opération de choix est la résection orthopédique (cunéiforme, trapézoïdale).

On a affaire à deux catégories de malades : chez les uns, les lésions torpides sont encore en évolution, l'ankylose est incomplète; chez les autres, l'ankylose est complète et ancienne. Dans le premier cas, on aura à s'occuper de l'exérèse des lésions tuberculeuses qui doit être complète (évidements à la curette qu'on remplit de pâte de Mosetig). Dans le second cas, on n'a même pas à repérer l'interligne articulaire.

La résection doit être large, suffisante pour éviter la tension des muscles postérieurs et obtenir la rectitude absolue du membre. Fixation par des agrafes. Gouttière plâtrée, quarante-cinq à soixante jours. Marche dans une gouttière plâtrée (quatre mois) avec des béquilles pendant deux mois. Lorsqu'on supprime la gouttière, soulier correcteur avec tige métallique à mi-cuisse.

Sur 8 malades, aucun n'a eu de récidive. Le raccourcissement a varié de 3 à 6 centimètres avec une moyenne de 4 centimètres.

Quant au traitement de la tumeur blanche du genou chez l'adulte, lorsqu'il s'agit de tuberculose cliniquement confirmée avec le syndrome classique de la tumeur blanche fongueuse, et non simplement d'une arthrite chronique suspecte (hydarthroses chroniques après les maladies infectieuses, les traumatismes, etc.), après un essai loyal de quelques mois de

traitement conservateur. Si la tuberculose se confirme, la résection s'impose, après seize ou dix-huit ans. M. Bérard pense que le traitement conservateur de la tumeur blanche confirmée du genou chez l'adulte, même pratiquée dans d'excellentes conditions, donne souvent de mauvais résultats. Le seul traitement logique et efficace est la résection.

Discussion. — M. TAVERNIER croit que, à côté des tumeurs blanches fongueuses, la tuberculose du genou peut affecter des formes bénignes qui guérissent par synovectomie (3 observations) ou par le traitement conservateur rapidement, en moins d'un an. C'est ce qu'il a vu chez des jeunes soldats dans la moitié des cas.

Il prend aussi la défense de l'arthroplastie dans les ankyloses vicieuses du genou après tumeurs blanches. Il est inexact que Putti, Baer y aient renoncé, et les résultats obtenus par eux, Payr, Lexer, Schipelmann, sont très encourageants.

M. NOVÉ-JOSSERAND. Les synovites tuberculeuses restent en dehors du débat. Pour les ostéoarthrites tuberculeuses de l'adulte, le traitement de choix est bien la résection. Mais l'auteur ne la pratique jamais avant d'avoir fait une immobilisation de trois à six mois pour « endormir » la lésion, et aussi parce que, dans quelques cas, on voit l'immobilisation amener une telle amélioration qu'en persistant on obtient la guérison avec mouvements.

Dans les ankyloses vicieuses, si l'ankylose est complète, M. Nové-Josserand préfère l'ostéotomie sus-condylienne plus simple que la résection. Il réserve celle-ci aux cas où l'on n'est pas certain que les lésions sont tout à fait éteintes et quand l'ankylose est incomplète.

La résection ne peut être pratiquée avant quatorze ou quinze ans, non seulement à cause de la croissance, mais aussi parce que le squelette n'est pas assez solide pour obtenir une consolidation définitive.

M. VIGNARD, pour l'indication de la résection, se rallie à cette formule. Elle est indiquée : 1° lorsque le sujet ne peut mener à bien un traitement conservateur prolongé; 2° lorsqu'il présente cliniquement, ce qui est la règle, des lésions osseuses certaines ou une atrophie musculaire telle que, en mettant les choses au mieux, on ne peut compter sur un retour même minime des fonctions articulaires.

M. Vignard expose ensuite sa technique d'intervention par évidement épiphysaire chez l'enfant et se demande si, dans quelques cas, elle ne serait pas applicable à l'adulte, ce qui permettrait la conservation des mouvements.

Pour les ankyloses, l'arthroplastie est défendable, car l'auteur ne croit pas au danger de réveil de la tuberculose, mais le gros obstacle vient de l'atrophie musculaire.

Pour les ankyloses vicieuses, il pratique l'ostéoclasie sus-condylienne quand la flexion est légère, et l'arthroclasie ou redressement intraarticulaire quand elle dépasse l'angle droit. Il n'a jamais vu de récidive ni de généralisation avec cette méthode.

La résection du genou tuberculeux chez l'adulte. (J. ANDRIEU (de Berck). *Revue méd. franç.*, sept. 1921, 2e année, n° 3, p. 139.) — L'auteur pense que la formule classique : jusqu'à vingt ans, abstention; vingt à cinquante ans, résection; après cinquante ans, amputation, est trop absolue pour ne pas être sujette à revision. Il discute les indications

1° Selon la période et la forme de la maladie;

2° Selon l'âge du malade;

3° Selon sa condition sociale,

et arrive aux conclusions suivantes :

a. *Chez un malade d'âge moyen* (trente à quarante ans) : 1° *Au début*, s'abstenir, s'assurer du diagnostic, surveiller l'évolution de la maladie qui souvent guérit par le traitement conservateur; 2° *Au bout de trois ou quatre ans*, certains malades sont guéris ou sur le point de l'être, c'est-à-dire que leur foyer tuberculeux n'est plus en évolution. Chez ceux-là, s'abstenir, à moins qu'il n'y ait une circonstance (douleur persistante, tendance à l'enraidissement en flexion) qui légitime une intervention. D'autres sont encore en évolution, le processus de guérison traîne, ou l'affection récidive : opérer; 3° *Dans la période intermédiaire*, c'est la forme de l'affection qui doit dicter la conduite au chirurgien. Les *formes à tendances bénignes* (hydarthroses, même à répétition) doivent être respectées. Les formes graves (tumeur blanche, fongueuse, grosses lésions osseuses vues à la radiographie) seront opérées. Les *formes compliquées* (fistules chroniques infectées ou non) seront opérées. Les *formes associées* seront, selon le cas, respectées (double tumeur blanche du genou, petits foyers allant bien) ou opérées (tuberculose du tarse du même côté que le genou, petits foyers avec état général mauvais) et, dans ce cas, amputées. Pour les *formes de moyenne gravité*, l'auteur avoue n'avoir pas d'opinion nette, les statistiques basées sur des observations bien prises montrant les résultats éloignés de la résection et du traitement conservateur, dans ces formes, chez l'adulte, n'existent pas. Il est cependant partisan du traitement conservateur dans ces cas.

b. *Selon l'âge.* — Toutes choses égales, d'ailleurs, la conduite à tenir devra être moins interventionniste chez le jeune adulte en particulier avant vingt ans, plus interventionniste chez l'adulte âgé chez lequel l'amputation s'indiquera bien plus souvent.

3° *Selon la condition sociale.* — Une intervention évitable devra cependant être pratiquée sur certains sujets à qui des nécessités sociales rendent indispensable une guérison prompte, même au prix d'une infirmité ou d'une mutilation.

Cf. — Résultats de l'ostéotomie sus-condylienne du fémur dans la contracture en flexion du genou. (L. AUBRY. *Zeit. orthop. Chir.*, avril 1921, vol. IV, nos 1 et 2.)

Traitement de la tuberculose du cou de pied chez l'adulte. (F. J. GAENSLEN et C. C. SCHNEIDER (Milwaukee). *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 8 oct. 1921, vol LXXVII, n° 15, p. 1168-1170.) — La tuberculose du postéro-tarse présente chez l'adulte une gravité particulière bien différente de celle qu'elle offre chez l'enfant.

Le traitement conservateur présente une durée moyenne de quatre ans. Cette longue durée expose à la généralisation tuberculeuse avec mortalité élevée, ou à une propagation locale étendue qui conduit souvent à l'amputation.

Les auteurs conseillent de ne pas prolonger le traitement conservateur au delà de six mois. Si, à ce moment, on a affaire à une forme à tendance extensive, il vaut mieux amputer. Si la lésion reste localisée il faut opérer. Pour l'arthrite tibio-tarsienne on fera l'arthrotomie externe large, avec luxation du pied en dedans, permettant l'exérèse de la synoviale et des parties osseuses malades des os de la jambe et de l'astragale, reposition du pied en équinisme et fermeture complète. Si l'astragale est très atteinte, astragalectomie et arthrodèse tibio-calcanéenne. Dans les tuberculoses de l'interligne de Chopart on agira de même.

Somme toute, résection des articulations atteintes avec fermeture complète, sauf dans le cas de fistules. Immobilisation. La reprise de la marche est possible après un à deux ans.

Les auteurs rapportent à l'appui de ces données six observations en un tableau, avec des résultats qu'ils jugent satisfaisants.

Cf. — Tuberculose du cou-de-pied chez l'adulte. Traitement. (Jacques CALVÉ. *Journ. of bone and joint surg.*, janv. 1922, p. 33.)

Tuberculose du premier métatarsien chez l'enfant. (E. SORREL et J. BOUQUIER. *Paris méd.*, 19 nov. 1921, 11e année, n° 4, p. 399.) — C'est une affection très fréquente. Le premier métatarsien est beaucoup plus souvent frappé que les autres. Quelle conduite tenir?

Chez l'adulte, chez lequel l'affection est au contraire rare, étant donné la fréquence de l'extension des lésions vers la racine du membre, la conduite à tenir est la désarticulation du métatarsien avec son orteil (Lejars).

Chez l'enfant faut-il se contenter, comme pour les autres spinas ventosas, de l'évidement de l'os dès que la radiographie aura montré la formation d'un os périostique nouveau suffisant. Les auteurs montrent les résultats parfois très mauvais de cette manière de faire. Il se produit des destructions étendues avec déviations de l'orteil qui conduit à l'ablation secondaire de l'orteil.

Voici, en résumé, la conduite qu'ils conseillent de tenir chez l'enfant :

1° Pour les spinas diaphysaires, si les deux extrémités sont parfaitement respectées on peut et on doit tenter la conservation de l'os et traiter le métatarsien suivant les règles

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement de la syphilis héréditaire et de la syphilis infantile acquise, par G. LACAPÈRE, ancien chef de clinique de l'hôpital Saint-Louis, médecin de Saint-Lazare, et Pierre VALLERY-RADOT, ancien interne de l'hôpital des Enfants-Malades et de l'hôpital Saint-Louis. Préface du professeur HUTINEL. In-8, 1922. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Le traitement des fractures et luxations en clientèle, par le Dr F. MASMONTEIL. 2e édit., 157 figures. — Paris, Maloine et fils.

admises pour les spinas en général; si, ultérieurement, on voit les lésions gagner, soit du côté du pouce, soit vers la base, on agira comme il suit;

2° Pour les spinas intéressant la tête du métatarsien, il faut l'amputer dans la continuité, assez loin en arrière des lésions; mais il faut toujours passer en avant du cartilage fertile (Ollier, Ménard).

3° Pour les spinas intéressant la base de l'os, on ne peut plus se contenter d'amputer, il faut désarticuler métatarsien et gros orteil le plus tôt possible, comme chez l'adulte.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, l'ablation du premier métatarsien gêne peu l'appui du pied (Verneuil, Delorme, Lejars). Il se fait une adaptation chez l'adulte, encore plus marquée chez l'enfant comme le montrent les radiographies et empreintes reproduites par les auteurs; le deuxième orteil se dévie en bas et en dedans, le pied tout entier se place en légère rotation interne en varus. Ce sont les têtes du deuxième et troisième métatarsiens reportées en dedans qui forment le talon antérieur; le trépied plantaire est ainsi reconstitué.

Nous nous permettrons de faire remarquer que, tout au moins dans certains cas, on pourrait envisager un mode différent de traitement : l'exérèse partielle ou totale du métatarsien suivie d'ostéoplastie. C'est une méthode déjà ancienne et qui a donné à certains auteurs d'excellents résultats. (Voir en particulier : Buscarlet. *Gaz. des hôpit.*, 19 déc. 1891; Bardenheuer. *Centralbl. f. Chir.*, 1896, n° 35; Schmieden. *Deut. Zeit. f. Chir.*, t. LXXXV, p. 2; Timann. *Beit. z. klin. Chir.*, 1902, p. 189; Ehrhardt. *Münch. med. Woch.*, 1903, n° 39.)

D'ailleurs, les auteurs rappellent qu'Albee (*Orthop. and reconstr. surg.*, p. 269) fait la résection de la partie malade du métatarsien et la remplace par une greffe prise au tibia. Plâtre pendant huit à douze semaines. En règle, le résultat fonctionnel et morphologique serait excellent.

M. Durand (de Lyon), dans l'article analysé ci-dessous, recommande une technique semblable.

Restauration de l'architecture du pied par la greffe osseuse (DURAND. *Soc. de chir. de Lyon*, 22 déc. 1921.) — Ostéite tuberculeuse du cuboïde chez une jeune fille. Exérèse. Aplatissement consécutif du pied. Greffon tibial pour combler la perte de substance osseuse. Récupération de la fonction.

L'auteur propose de restaurer ainsi l'architecture du pied dans toutes les exérèses du tarse antérieur, bord interne ou bord externe, du métatarse (désarticulation du premier métatarsien) et certaines pertes de substances de la partie antérieure du calcanéum et de l'astragale. Dans certains pieds bots congénitaux ou pieds plats acquis, l'auteur propose de reformer la voûte en allongeant le bord externe par l'interposition d'un greffon, au lieu d'une tarsectomie du bord interne.

Opérations pour stabiliser le pied paralytique. (Rapport de la commission de l'American medical Association. Amel G. COOK et Walter G. STERN, rapporteurs. Discussion : DE FOREST-WILLARD. *Journ. of orthop. surg.*, sept. 1921, vol. III, n° 9, p. 437.)

Une opération pour stabiliser le pied paralysé. (M. HOKE. *Id.*, oct. 1921, vol. III, n° 10. Discussion : A. Bruce GILL, CHARLTON, WALLACE.)

Les orthopédistes américains, après avoir été jusqu'à ces derniers temps partisans pour la fixation des pieds paralytiques, des transplantations tendineuses, ténodèses, ligaments artificiels de soie ou méthodes analogues, abandonnent peu à peu ces méthodes, avouant leur impuissance, pour en arriver à leur tour aux interventions osseuses, aux arthrodèses. Ils sont en train de découvrir à nouveau l'admirable opération de la double arthrodèse sous-astragalienne et médiotarsienne décrite par Ducroquet et Launay (*Presse méd.*, 30 juin 1909) pratiquée en France par tous les orthopédistes depuis cette époque et qui tient chez nous dans la thérapeutique du pied bot paralytique une place prépondérante (voir le rapport de M. Ombrédanne au Congrès d'orthopédie de Strasbourg, in *Gaz. des hôpit.*, 3 nov. 1921, n° 86, p. 1366) et la triple arthrodèse réglée dès 1890 par M. Kirmisson.

En Amérique, on a décrit successivement : l'arthrodèse astragalo-scaphoïdienne sous le nom d'opération de Soule, puis sous le nom d'opération de G. G. Davis l'arthrodèse sous-astragalienne postérieure et astragalo-scaphoïdienne; sous le nom d'opération de Ed. W. Ryerson, la triple arthrodèse.

En plus, il faut rapprocher comme action des arthrodèses deux opérations qui sont très utilisées en Amérique : l'opération de R. Whitman, astragalectomie suivie d'une reposition postérieure du pied sur la jambe; et la tarsectomie horizontale transversale du pied de G. G. Davis qui est une arthrodèse sous-astragalienne, plus la libération complète entre l'astragale et le calcanéum avec déplacement du pied le plus en arrière possible.

Les Américains ont obtenu avec les arthrodèses, jusqu'à ces dernières années, des résultats médiocres, alors que chez nous les résultats ont toujours été excellents. Cela tient, je pense, à une différence capitale dans la technique. Ils font l'arthrodèse sous-cutanée, il en est ainsi des deux opérations de Davis, et laissent dans l'interligne articulaire, comme le recommande Bruce Gill, les débris osseux et cartilagineux, « afin d'obtenir une fusion plus solide », alors que chez nous on recherche une coaptation absolue des tranches osseuses.

L'arthrodèse préconisée par M. Hoke est, somme toute, avec quelques modifications, l'opération de Davis (arthrodèse sous-astragalienne et astragalo-scaphoïdienne). La technique est un peu différente de la nôtre : pour enlever les surfaces cartilagineuses, au lieu d'employer une gouge coupante comme celle de Ducroquet, Hoke se sert du ciseau et du maillet pour la sous-astragalienne postérieure et pour sectionner le col de l'astragale. Il enlève ainsi en entier le col et la tête astragalienne, et c'est en ceci que réside l'originalité du procédé. Cela lui permet : 1° de peler facilement le cartilage de la tête; 2° de sectionner du col ce qui nuit à l'hypercorrection de la déviation; 3° de replacer le col et la tête dans la direction opposée à la déformation qu'ils peuvent présenter. L'opération varie donc selon qu'il y a pied tombant, valgus ou varus. Dans le premier cas, Hoke fait suivre l'arthrodèse au bout de cinq semaines d'un redressement forcé d'avant-pied pour lutter contre la chute des métatarsiens. Dans le valgus, il fait en plus une ostéotomie du tibia pour corriger sa torsion. Il en est de même dans le varus, et il ajoute une transplantation transosseuse du jambier antérieur au milieu du dos du pied. Depuis la fin de 1919 l'auteur a pratiqué 104 fois cette opération (il ne nous dit pas l'âge des enfants) : 57 malades revus de six mois à deux ans après l'opération ont montré l'excellence des résultats.

Le rapport de la Commission de l'American orthopedic Association est basé sur les soixante réponses reçues au questionnaire adressé aux orthopédistes américains et sur l'examen de 350 anciens opérés dans les hôpitaux.

Voici les conclusions auxquelles ils sont arrivés :

La fixation du pied par plaques métalliques, fils métalliques, vis, clous, tendons artificiels en soie, greffons osseux ont des inconvénients et les résultats sont mauvais. Il en est de même des transplantations tendineuses. Les ténodèses peuvent donner de bons résultats passagers mais avec la croissance le tendon cède ou il se produit une déviation inverse.

Les transplantations tendineuses et les ténodèses constituent seulement des adjuvants précieux des opérations osseuses.

Les opérations osseuses sont incontestablement les opérations de choix : ce sont les arthrodèses et l'astragalectomie.

Reste à établir leurs indications dans les diverses variétés de pied paralytique.

Pour l'instabilité latérale avec pied ou plus moins équin (triceps conservé), la double arthrodèse est l'opération de choix. L'opération de Soule pourrait donner des résultats. La triple arthrodèse est rarement indiquée. L'opération peut être complétée par la section de l'aponévrose plantaire, une tarsectomie cunéiforme dorsale de transplantation de tendons, l'opération de la boucle de Whitman (extenseurs des orteils attirés au bord interne du pied par une ténodèse du tendon du jambier antérieur passé en boucle autour d'eux).

Pour le pied ballant ou pour l'instabilité latérale combinée avec le pied calcaneus (paralysie du triceps), l'opération de Whitman a la majorité des partisans. Les malades examinés ont montré des résultats excellents quand elle est bien exécutée. La tarsectomie horizontale transversale de Davis est plus difficile, moins chirurgicale et donne de moins bons résultats.

Les résultats des pieds fixés par ces méthodes à angle

droit ou en équin sont parfaits, la marche est moins bonne s'il persiste du talus.

Les arthrodèses, d'après les Américains, peuvent être faites beaucoup plus tôt qu'on le dit généralement, non à dix ans, mais à huit et même sept ans.

Cf. — Traitement du pied paralytique. (Léo MAYER. *Journ. of bone and joint. surg.*, janv. 1922, p. 39.)

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC

DE LA

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE [1]

2. Les *accidents pseudo-méningitiques*, qui peuvent survenir au cours de :

— l'helminthiase;

— les accidents de dentition, mais la réaction fébrile est peu importante dans ces deux cas;

— au cours de l'atrepsie;

— les convulsions essentielles de la première enfance;

— mais surtout la *gastro-entérite fébrile*, véritable septicémie avec diarrhée. Dans ce cas l'examen de l'enfant montre : la diarrhée abondante, fétide, la dépression des fontanelles; enfin la ponction lombaire confirme le diagnostic en montrant un liquide non modifié.

3. Le tétanos.

4. *La tétanie.* — Le diagnostic peut en être difficile. On peut en effet trouver au cours de la méningite cérébro-spinale le signe de Chvostek. Mais la position spéciale de la main, des pieds, l'hyperexcitabilité mécanique, l'absence de température, et de tension des fontanelles font faire le diagnostic exact.

5. *La méningite tuberculeuse.* — L'amaigrissement apparaît dès le début. La somnolence prédomine ici; la fièvre est peu élevée, l'évolution est plus lente; l'abattement prédomine sur les phénomènes d'excitation. La ponction lombaire tranche le diagnostic, mais elle a pu révéler dans certains cas l'association du méningocoque et du bacille de Koch.

C. CHEZ L'ENFANT. — On pensera surtout à :

1. La gastro-entérite aiguë.
2. L'embarras gastrique fébrile.
3. Les *accidents cérébraux* observés si fréquemment au cours de certaines maladies infectieuses de l'enfance, telles que la pneumonie du sommet, la pleurésie séro-fibrineuse, la mastoïdite, l'otite moyenne, l'appendicite aiguë.
4. L'hystérie.
5. La méningite tuberculeuse.
6. La polyomyélite aiguë infantile à forme méningée.

D. CHEZ L'ADULTE. — Les erreurs de diagnostic peuvent se présenter, suivant la prédominance de certains symptômes :

a. *Si les symptômes généraux prédominent.* — On pourra penser à :

— la fièvre typhoïde;

— la grippe : l'abattement, le coryza, l'angine, la courbature prédominent ici; il n'y a pas de contractures, de convulsions, de vomissements; la céphalée est en général moins vive;

— la granulie;

— le rhumatisme cérébral;

— la pneumonie;

— le typhus exanthématique.

Il faut y ajouter aussi les formes méningitiques des maladies aiguës : scarlatine, rougeole, purpura, appendicite, embarras gastrique, rhumatisme articulaire aigu, on se basera sur l'évolution clinique, sur quelques signes particuliers, sur la notion d'épidémicité, sur les résultats de la ponction lombaire enfin.

b. *Les signes méningés prédominent.* — L'hémorragie méningée s'accompagne de peu de fièvre; le début est moins brusque, les vomissements moins répétés;

— l'hystérie : s'accompagne de troubles de la sensibilité et des organes sensoriels; la ponction lombaire est négative, l'évolution rapide et favorable (méningisme de Dupré).

— le délirium tremens;

— Les accidents dus à une tumeur cérébrale;

— l'urémie cérébrale;

— les intoxications;

— l'éclampsie : le diagnostic est délicat lorsque la méningite survient au cours d'une néphrite ou de la grossesse. On pense alors trop souvent à l'éclampsie et non à la méningite cérébro-spinale. L'albuminurie, l'élévation de la pression artérielle, la céphalée, l'état psychique, la ponction lombaire feront poser le diagnostic;

— le tétanos : s'accompagne de contractures violentes; le trismus est intense, le signe de Kernig manque; le rire est grimaçant; il y a de la photophobie; l'intelligence est absolument conservée, contrastant avec les crises souvent très violentes de convulsions;

— l'épilepsie.

c. *Les autres méningites aiguës.* — 1. La *méningite tuberculeuse* a un début moins brusque, moins bruyant. Le malade est couché depuis quelque temps et présente des signes de tuberculinémie avec amaigrissement. Les signes rachidiens sont moins intenses; la constipation est très marquée; il n'y a pas d'herpès, ni d'épistaxis, ni d'érythème, ni d'arthropathies. Le pouls, la respiration, la température sont à étudier. La photobie est intense, et l'évolution de la maladie est régulière avec une accalmie trompeuse qui sépare la phase d'excitation du début de la phase terminale de coma.

Enfin la ponction lombaire fait le diagnostic. Nous ne reviendrons pas sur les associations, assez rares, de ces deux affections.

2. La méningite syphilitique aiguë : l'examen du liquide céphalo-rachidien montre de l'hyperalbuminose, de la lymphocytose et une réaction de Wassermann positive. Dans quelques cas, il peut être constaté de la polynucléose au moins passagèrement (réaction à polynucléaires intacts, Widal).

3. Les méningites aiguës d'origine otique se voient surtout chez les enfants au cours des infections suppurées de l'oreille moyenne et des mastoïdites.

L'examen de l'oreille révélera la suppuration.

4. Les méningites aiguës secondaires à une affection aiguë, pneumonie, grippe, oreillons, zona. On appelait autrefois *méningisme* ces réactions méningées. En réalité la ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien ont montré qu'il s'agit toujours d'une infection atténuée des méninges, véritable méningite fruste, venant compliquer la maladie infectieuse primitive. L'examen du liquide céphalo-rachidien a révélé que l'agent microbien en cause peut être, selon les cas, du streptocoque, du staphylocoque, du bacille de Friedlander, du pneumocoque.

d. Enfin dans certains cas, l'évolution de la méningite cérébro-spinale est tellement brutale, que le malade est apporté dans le *coma*.

Le diagnostic se pose avec tous les comas, et c'est là une affection à laquelle il faut toujours penser :

— comas de l'hémorragie cérébrale ou du ramollissement;

— comas des méningites aiguës;

— comas terminaux des grandes maladies;

— comas des intoxications (alcool, diabète, néphrites, plomb).

La ponction lombaire, comme dans tous les cas difficiles, est le renseignement qui, en dernière analyse, contribuera le plus à préciser le diagnostic clinique et étiologique.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 23, p. 367; n° 25, p. 398; n° 27, p. 431, et n° 28, p. 463.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 33. — SAMEDI 29 AVRIL 1922. 95e ANNÉE. SAMEDI 29 AVRIL 1922. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 26 avril. — MM. Pascalis, 16; Bergeret, 17; Maurer, 16.

— Assistants d'électroradiologie des hôpitaux (année 1922). — La réunion de la Commission chargée d'établir la liste d'aptitude se réunira le lundi 12 juin 1922, à 16 h. 1/2, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine désireux de soumettre leurs titres à l'examen de la Commission devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, tous les jours, les dimanches et jours de fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, du lundi 22 mai 1922 au samedi 3 juin inclusivement.

Nota. — Les candidats pourront obtenir tous renseignements sur le statut des asssistants d'électroradiologie (mise en disponibilité, admission à l'honorariat, congés de longue durée, participation aux services de garde et de remplaceement de vacances, admission au concours de chef de laboratoire, etc.) en s'adressant au bureau du Service de santé de l'administration.

Guerre. — M. le médecin inspecteur Viguier, directeur du Service de santé du 12e corps d'armée, est nommé directeur du Service de santé du 32e corps d'armée (armée du Rhin), en remplacement de M. le médecin principal de 1re classe des troupes coloniales Vassal, appelé à un autre emploi.

— Stages volontaires, aux colonies, des officiers de complément du Corps de santé. — Il est rappelé que la circulaire du 31 août 1920 (insérée au *Bulletin officiel*, p. 3462) autorise les médecins-majors de 2e classe et les médecins aides-majors de 1re et 2e classe appartenant à la réserve des troupes coloniales à accomplir aux colonies et sur les théâtres d'opérations extérieurs des stages volontaires avec solde d'une durée minimum de deux ans.

Ces dispositions sont rendues applicables aux pharmaciens-majors de 2e classe et aux pharmaciens aides-majors de 1re et 2e classe de réserve des troupes coloniales.

Les médecins et pharmaciens de complément des grades indiqués ci-dessus, appartenant aux troupes métropolitaines, seront autorisés à bénéficier des dispositions de la circulaire du 31 août 1920, sous la réserve d'avoir, au préalable, demandé et obtenu leur passage dans la réserve des troupes coloniales. A leur demande de stage devra donc être jointe une demande conditionnelle de passage dans les troupes coloniales (réserve).

Il est signalé, en outre, qu'en raison des déficits existant dans le Corps du Service de santé des troupes coloniales, les médecins et pharmaciens aides-majors de 1re et de 2e classe de réserve des troupes coloniales qui seraient autorisés à accomplir au Maroc un stage volontaire de 2 ans, pourraient être appelés à bénéficier des dispositions de l'article 3 de la loi du 1er août 1913, c'est-à-dire être titularisés dans l'armée active s'ils remplissaient, par ailleurs, les conditions prévues pour cette titularisation.

Fiches d'hygiène industrielle. — A côté des « Notes bibliographiques » qu'édite le Bureau international du travail, son service d'hygiène organisera sous peu la publication périodique de fiches bibliographiques ayant trait aux publications d'*hygiène et de pathologie du travail.*

Il est évident que tous les périodiques de la presse médicale et sociale ne peuvent arriver au Bureau international du Travail; néanmoins le service d'hygiène est en mesure d'assurer le dépouillement des périodiques les plus importants de ce domaine.

Le Bureau international du travail prie instamment tous les savants qui s'occupent des questions de *médecine* industrielle et sociale de vouloir bien adresser directement à son service d'hygiène (section d'hygiène, Bureau international du travail, Genève), au fur et à mesure de leur publication, les indications bibliographiques complètes sur leurs travaux (nom de l'auteur, titre de l'ouvrage, numéro et date du périodique dans lequel cet ouvrage a paru) et de vouloir bien, si possible, lui envoyer un tirage à part desdites publications. De son côté, le Bureau international du travail sera heureux

et n'aura garde d'oublier d'envoyer à ses correspondants ses fiches bibliographiques d'hygiène du travail.

CONSULTATION DENTAIRE DE L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — CONFÉRENCES DE CLINIQUE STOMATOLOGIQUE, avec présentation de malades. — Le Dr Pierre Robin, stomatologiste des hôpitaux de Paris, fera tous les jeudis, à 11 heures du matin, dans l'amphithéâtre des cours de l'hôpital des Enfants-Malades, rue de Sèvres, une conférence de clinique stomatologique, avec présentation et examens de malades, à l'usage des étudiants et des praticiens.

La première conférence aura lieu le jeudi 11 mai 1922.

Une présentation d'enfants atteints d'irrégularités des dents et du massif facial traités par la méthode eumorphique, n'utilisant que des appareils amovibles, sera faite avant chaque conférence, à 10 h. 45.

HOPITAL LAENNEC. — ENSEIGNEMENT PRATIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le Dr Henri Bourgeois, chef de service, commencera le lundi 15 mai, à 11 heures, une série de seize leçons sur les maladies de l'oreille et les complications des otites, avee la collaboration de MM. les Drs Rochon-Duvigneaud, ophtalmologiste de l'hôpital Laënnec, Baldenweck et Le Mée, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux; André Bloch, Vernet, Tarneaud, assistants du service.

Les leçons auront lieu les lundis, mercredis, vendredis, à 11 heures.

Le cours sera complété par des présentations de malades qui auront lieu les lundis, mercredis, vendredis, à 9 h. 1/2, avant les cours théoriques.

Les élèves seront exercés aux examens cliniques. Les mardis, jeudis, samedis, ils pourront assister aux consultations et aux interventions pratiquées dans le service. Un certain nombre d'entre eux pourront être admis sur leur demande à continuer à y travailler ultérieurement.

Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs à la fin du cours.

S'inscrire à l'hôpital Laënnec auprès de M. André Bloch, assistant du service O. R. L. Droit d'inscription : 150 francs (75 francs pour les auditeurs des cours précédents).

NOTES DE PRATIQUE

DÉPRESSION NERVEUSE

1° Prendre six cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée, de la solution suivante (Joulie) :

Acide phosphorique	17 gr.
Phosphate de soude	24 gr.
Eau distillée Q. s. p.	250 gr.

2° Avant chacun des deux principaux repas, v à x gouttes de Vanadarsine.

Si la débilité est très accusée, recourir de préférence aux injections de Vanadarsine injectable (une injection de 1 ou 2 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours).

CONGRÈS

LE XVIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE aura lieu à Paris, du jeudi 12 au samedi 14 octobre 1922.

BUREAU DU CONGRÈS. — Président : Dr Fernand Widal, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

Vice-présidents : Dr G. Thibierge, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine; Dr Louis Martin, sous-directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine.

Secrétaire général : Dr A. Lemierre, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Andral.

Secrétaire adjoint : Dr M. Brulé, médecin des hôpitaux de Paris.

Trésorier : Dr E Joltrain, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

Les rapports porteront sur les sujets suivants :

1. *Eléments de diagnostic entre l'ulcère gastrique et l'ulcère duodénal.* — Rapporteurs : M. le Dr E. Enriquez, médecin de l'hôpital de la Pitié et M. le Dr G. Durand, ancien interne des hôpitaux de Paris, M. le Dr A. Cramer, médecin adjoint à la clinique médicale de Genève, et Ch. Saloz, chef de laboratoire à l'Université de Genève.

2. *De la signification pathologique des formes anormales des globules blancs.* — Rapporteurs : M le Dr Sabrazès, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; M. le Dr Lemaire, professeur à l'Université de Louvain.

3. *Traitement préventif et curatif des maladies par carence.* — Rapporteurs : M. le Dr Weill, professeur à la Faculté de médecine de Lyon et M. G. Mouriquand, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, M. le Dr F. Rathery, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Pourront être inscrits comme membres adhérents du Congrès :

1° De droit, les membres de l'Association des médecins de langue française.

2° Sous réserve d'acceptation par le bureau du Congrès, les médecins et savants s'intéressant aux questions médicales, qui désirent y prendre part.

La cotisation pour les membres adhérents au Congrès est fixée à 40 fr. Tous les membres adhérents prennent part au même titre aux travaux du Congrès et en reçoivent les publications. Les étudiants en médecine et les membres non médecins de la famille des adhérents pourront être admis comme membres associés du Congrès, moyennant une cotisation de 20 fr.

Pour tous les renseignements, s'adresser à la permanence du bureau du Congrès à la Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine, bureau de l'Association pour le développement des relations médicales avec l'étranger (A. D. R. M.); ou au Dr A. Lemierre, 217, rue du Faubourg-Saint-Honoré, Paris, 8e.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 1er mai. — Jury : MM. Couvelaire, président; Broca (Auguste), Sebileau et Heitz-Boyer. — M. LÉVY (Elie). Contribution à l'étude des occlusions congénitales du duodénum. — Mme MADIER. Des fractures du fémur chez les rachitiques. — M. RABY. Complications des parotidites phlegmoneuses.

Jury : MM. Ménétrier, président; Balthazard, Labbé (M.) et Fiessinger. — M. LÉONARD (René). Contribution à l'étude de quelques signes de la mort. — M. ARBELTIER (René). Sur la fréquence et la gravité de l'otite du nourrisson. — M. BOULLARD (Jean). Deux cas de fièvre typhoïde simulant une tuberculose pulmonaire.

Jeudi 4 mai. — Jury : MM. Gilbert, président ; Jeanselme, Bezançon et Marfan. — M. DEBERDT. Spléno-pneumonie et pleurésies purulentes enkystées. — M. BROMBERGER-WALDE. Contribution à l'étude du souffle anorganique dans la première enfance. — M. LEMOINE (Robert). De l'adénopathie axillaire chronique au cours de la tuberculose. — M. BERTHIER (Philippe). L'aminoarsenophénol dans le traitement de la syphylis.

Jury : MM. J.-L. Faure, président; Lecène, Terrien et Basset. — M. DELATTRE (Jean). Contribution à l'étude du diagnostic précoce du cancer de l'utérus. — M. MALBRAND (Charles). Contribution à l'étude des sarcomes primitifs de l'intestin grêle.

REVUE GÉNÉRALE

LOCALISATIONS CÉRÉBELLEUSES

Par M. L. LANGERON,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon.
TRAVAIL DU SERVICE DE NEUROLOGIE DES HÔPITAUX DE LYON (DOCTEUR BÉRIEL)

Le terme de localisation appliqué à un territoire nerveux défini, mérite d'abord d'être précisé. La première conception qu'on en eût fut purement *anatomique*, tel groupement cellulaire central recevant dans des conditions identiques les impressions de la même partie périphérique, commandant invariablement et de la même façon au même territoire moteur, conception topographique limitée exclusivement dans l'espace. Il semble qu'actuellement ces idées doivent être quelque peu modifiées et élargies. Comme l'a dit Renan dans son style merveilleux « le plus grand progrès de la réflexion moderne a été de substituer la catégorie du devenir à la catégorie de l'être, le mouvement à l'immobilité. Autrefois, tout était considéré comme étant, maintenant tout est considéré comme en voie de se faire. »

Le mouvement ne se déroule pas seulement dans l'espace, mais aussi et surtout dans le temps; ses modalités, multiples et changeantes, ne peuvent être contenues à la fois et en même temps dans le même groupe cellulaire ou la même cellule nerveuse et à la localisation purement anatomique doit se superposer la notion d'une *localisation fonctionnelle*, reposant sur un élément topographique constant, mais d'étendue plus vaste et moins précise susceptible d'extension et de modifications suivant les nécessités. C'est ainsi que dans l'écorce cérébelleuse, on parlera d'un centre de direction des mouvements du bras, contenant divers centres secondaires pour la musculature de ce bras, centres secondaires pouvant s'associer différemment suivant la direction exacte et l'intensité du mouvement. La physiologie se superpose à l'anatomie, mais en la débordant dans l'espace et en modifiant les agencements dans le temps.

La physiologie normale troublée devient le symptôme pathologique; à la localisation fonctionnelle doit donc correspondre la *localisation pathologique*. C'est un problème que nous aurons également à examiner de savoir si à tel groupement symptomatique correspondra toujours une lésion identique dans sa topographie et dans son intensité car, en définitive, l'anatomie et la physiologie normales se doivent de mettre leurs données au service de la clinique.

Localisations anatomiques, fonctionnelles et pathologiques, tels sont donc les trois aspects que nous aurons à envisager dans cette étude.

Après un historique de la question, nous chercherons dans les renseignements fournis par l'anatomie et l'histologie, l'anatomie comparée et l'embryogénie, la physiologie expérimentale et enfin la méthode anatomo-clinique, quelles sont les données que l'on peut admettre actuellement, sinon comme complètement démontrées, du moins comme très probables et nous terminerons cette étude par l'examen de la valeur localisatrice des symptômes dits cérébelleux.

I. **Historique.** — La question des localisations cérébelleuses est entièrement liée à l'anatomie et à la physiologie du cervelet; elle s'est posé le jour même où, quittant le domaine vague des hypothèses, les expérimentateurs se sont attachés à l'étude exacte des faits, et les cliniciens à l'observation minutieuse des symptômes et des lésions.

Les opinions n'ont plus qu'un intérêt historique qui attribuaient au cervelet des rôles aussi vagues qu'hypothétiques dans le développement général, les fonctions organiques, l'instinct sexuel en particulier, non plus que dans l'exercice de l'intelligence et de la sensibilité générale.

Il faut arriver aux travaux de Flourens pour avoir une notion exacte de la fonction cérébelleuse dans ses rapports avec la motilité, mais tandis que, pour ses prédécesseurs, pour Flourens lui-même et même pour quelques-uns de ses successeurs, Luciani, par exemple, cette question des localisations cérébelleuses ne se posait même pas, au contraire, dès que fut poussée un peu plus loin l'observation des animaux en expérience, cette doctrine, contenue en germe dans les travaux précédents, parut d'abord comme probable, comme évidente ensuite. On peut dire aujourd'hui qu'elle semble aussi nécessaire à l'exercice de la fonction cérébelleuse, que le sont les localisations cérébrales aux fonctions du cerveau.

Les travaux modernes en effet, que nous ne pouvons pas tous citer, mais parmi lesquels il faut cependant citer les noms de Babinski et Tournay, d'André Thomas en France, de Bolck, de Barany, de Rothman, à l'étranger, pour ne parler que des principaux, nous font comprendre le cervelet, comme un organe de direction et de régularisation des mouvements, que ces mouvements soient volontaires, réflexes ou automatiques. Recevant de la périphérie, territoires sensitifs viscéraux et cutanés, par la moelle, le bulbe et la protubérance, les impressions diverses de sensations superficielles et profondes, le cervelet, selon l'expression de Hitzig, les transforme en *représentations motrices;* il les réfléchit ensuite sur le cerveau, qui les lui renvoie, transformées à leur tour en *incitations motrices* qui, dans leur deuxième passage à travers le cervelet, sont à nouveau remaniées, régularisées et tonifiées avant que d'être renvoyées dans les centres moteurs primaires. Si le cerveau et le cervelet sont ainsi généralement associés, ils peuvent également fonctionner indépendamment l'un de l'autre aussi bien que se suppléer mutuellement, et c'est dans ce sens que l'attention volontaire corrige l'incoordination cérébelleuse. Pour que cette coordination soit possible, il faut bien que le cervelet, de même que le cerveau, contienne des régions spécialisées et qui se correspondent.

Les premiers physiologistes qui, à la suite de Flourens, firent de l'expérimentation vraiment scientifique, n'avaient en but que l'étude des extirpations ou des altérations globales du cervelet, et il semble que ce soit Nothnagel qui, en 1876, admit le premier une différence fonctionnelle entre le vermis et les hémisphères cérébelleux. Ferrier, en excitant électriquement l'écorce cérébelleuse, nota des résultats différents suivant les endroits. Gowers localisa dans le vermis le centre de l'équilibration. André Thomas dans sa thèse (1897) étudie les connexions anatomiques des différentes parties du cervelet, en même temps que le résultat chez l'animal d'extirpations partielles, vérification histologique faite ensuite de la topographie exacte de la lésion et des dégénérations consécutives. Puis ce sont les recherches d'anatomie comparée et d'embryogénie de

Bolck et d'Edinger, les travaux de physiologie expérimentale de van Rynbeck, Adamkiewicz, Marassini, Vincenzoni, Hulschoff Pol, Rothmann, André Thomas et Durupt. La période anatomo-clinique date à peu près exclusivement des travaux de Barany qui, à l'aide de l'épreuve de l'index, put localiser avec une grande précision certains centres dans l'écorce des hémisphères; il faut reconnaître du reste qu'au point de vue clinique, et chez l'homme, la question est à peine ébauchée. Babinski et Tournay pouvaient dire au Congrès de Londres de 1913, après une des premières descriptions d'ensemble du système cérébelleux, qu'elle était exclusivement du ressort de la physiologie expérimentale; aujourd'hui la clinique s'en est emparée; mais, du fait de la rareté des cas où l'investigation est possible et du fait des difficultés mêmes de cette investigation, il est bien certain que les observations sont encore l'exception desquelles on a pu tirer des notions précises sur l'existence chez l'homme des localisations cérébelleuses, et où l'on a pu trouver des lésions correspondant exactement à la topographie supposée par l'étude des symptômes.

II. Données de l'anatomie et de l'histologie. — Nous n'insisterons pas sur les faits anatomiques connus de tous et qu'on doit avoir forcément présents à l'esprit pour la lecture de ce travail : la division du cervelet de l'homme en hémisphères et vermis avec leurs divers lobes : quadrilatère, semilunaire inférieur et supérieur, amygdales, lobules du pneumogastrique, lobules grêles, digastrique ou cunéiforme, pour les hémisphères latéraux; lingula, culmen, déclive, bourgeon terminal, nodule, uvula, pyramides et tubercule postérieur pour le vermis. Ce sont là des détails pour lesquels on voudra bien se reporter aux ouvrages classiques et dans lesquels il n'y a d'ailleurs pas d'argument à retenir pour notre étude. Il en est de même pour ce qui a trait à la constitution anatomique du cervelet, sa division en substance grise corticale, blanche centrale, noyaux centraux dentelés, globulus et embolus, noyaux du toit; nous retiendrons cependant les deux faits suivants, admis par tous les auteurs, A. Thomas en particulier, à savoir la nature réceptrice de l'écorce périphérique émettrice des noyaux centraux, par rapport aux fibres de connexions cérébelleuses, le fait que le noyau dentelé et ses accessoires est plutôt en rapport avec l'hémisphère correspondant, les noyaux du toit avec la partie hémolatérale du vermis. La structure du cervelet ne nous renseigne pas non plus sur l'existence des localisations; tous les éléments constitutifs, cellules étoilées de la couche moléculaire, grains et grandes cellules de la couche des grains, cellules de Purkinje, fibres grimpantes et mousses sont nécessaires à l'intégrité de la fonction cérébelleuse et Jelgerama a pu démontrer expérimentalement que les lésions d'un seul élément empêchaient le fonctionnement de tout l'ensemble. La cellule de Purkinje reste cependant l'élément noble et différencié par excellence, représentant directement ou par des relais le point d'arrivée des incitations, le lieu d'élaboration et le point de départ des excitations. On ne peut pas dire plus au point de vue localisation.

L'étude des connexions cérébelleuses permet de distinguer avec A. Thomas deux grands systèmes : le premier spino-cérébelleux comprend le vermis, centre réceptif des renseignements médullaires et bulbaires reçus par le pédoncule inférieur à destination exclusivement vermienne, le noyau du toit centre émetteur, en partie seulement des fibres descendantes cérébello-bulbo-spinales, le reste de ces fibres venant du noyau dentelé omolatéral, ce système étant composé de voies centripètes en partie croisées, de voies centrifuges directes, exclusivement omolatérales.

Le second cérébello-cérébral comprend l'hémisphère cérébelleux centre réceptif des incitations cérébrales hétéro-latérales par la voie cortico-pontique directe et ponto-cérébelleuse croisée du pédoncule moyen, le noyau dentelé, centre émetteur de voies centrifuges cérébello-rubriques croisées, thalamo-corticales directes du pédoncule supérieur, et cérébello-bulbo spinales directes du pédoncule inférieur.

Ces deux systèmes entrent en relation par des voies d'association vermio-hémisphérique et hémisphéro-hémisphériques assez pauvres, la vraie connexion se faisant par l'intermédiaire du cerveau qui reçoit du cervelet et renvoie au cervelet. Cette conception en dehors des bases anatomiques que nous venons d'indiquer, reçoit encore de sérieux arguments physiologiques et anatomo-cliniques que nous exposerons à leur place. On a essayé de préciser également les régions cérébrales en rapport avec les hémisphères cérébelleux; on a pu voir qu'il s'agissait surtout des circonvolutions frontales et temporales, les premières pour le sens musculaire, les secondes pour l'équilibration d'après Jelgersma; les zones occipitale et temporale y contribueraient également (Claude et Lhermitte). D'après Vogt, il y aurait même un faisceau spécial allant du pied de Fa au noyau du pont omonyme, destiné à la marche et aux mouvements délicats du membre inférieur.

Parmi les relations périphériques du cervelet, il en est une qui mérite un instant d'attention : nous voulons parler des faisceaux sensorio-cérébelleux d'Edinger qui, par les noyaux vestibulaires de la VIIIe paire, unissent l'appareil labyrinthique postérieur et le cervelet, qu'elles mettent en relation également, par les rameaux issus du noyau de Deiters, au noyau omolatéral du IIIe, hétérolatéral du VIe, ainsi qu'aux noyaux omolatéraux du XIe et des premières paires cervicales, fait expliquant le rôle du cervelet dans la tonicité de la musculature oculaire et les phénomènes pathologiques qui en découlent : nystagmus, déviation des yeux et de la tête.

Ainsi compris, le système de la régulation motrice volontaire ou automatique, revêt donc une compréhension qui dépasse le cervelet anatomique; ce dernier n'est que le relai, capital du reste, des voies s'étendant de la périphérie par la moelle et le bulbe jusqu'aux centres supérieurs par la protubérance, le pédoncule, le thalamus et le centre ovale. Ce système, superposé à la voie motrice, pyramidale, est en relation constante avec elle, susceptible de suppléances mutuelles comme de retentissements pathologiques. Si l'on ajoute le fait de la différence en hauteur de l'entrecroisement de ces deux systèmes, la voie cérébelleuse, changeant de côté au niveau de l'articulation pontique des fibres cortico-ponto-cérébelleuses, on aura les notions indispensables à la compréhension du fonctionnement physiologique et des perturbations pathologiques de ce système. C'est ainsi que l'hémisphère cérébelleux droit et la partie latérale droite du vermis reçoivent des deux côtés, mais surtout du côté droit du corps, renvoient au côté droit du corps et sont associés au cerveau

gauche qui commande à la partie droite du corps : système spino-cérébelleux direct, cérébelleux cérébral et spino-cérébelleux-cérébral croisés.

A ces notions, évidemment fondamentales, mais qui ne dépassent pas le cadre d'une topographie grossière se bornent les renseignements que nous fournit l'anatomie humaine sur l'existence de localisations cérébelleuses.

III. **Données de l'anatomie comparée et de l'embryogénie.** — Les variations considérables du cervelet, suivant les espèces animales, avaient toujours frappé les observateurs ; mais ce sont surtout Bolck et Edinger qui, à l'aide de l'anatomie comparée et de l'embryogénie ont dégagé de ce fait des conclusions intéressantes.

A. *Bolck*, s'inspirant des idées antérieures de Schwalbe, trace un schéma du cervelet théorique et, admettant que le développement morphologique est subordonné au développement fonctionnel, constatant, d'autre part, la prédominance de telle partie du cervelet chez tel animal doué de telle aptitude musculaire particulière, arrive aux conclusions suivantes, consistant à attribuer aux différentes portions cérébelleuses des fonctions en rapport avec leur développement phylogénique. Nous reproduisons un tableau comparatif de la terminologie morphologique classique à côté de celle de Bolck, dont le schéma se trouve dans tous les ouvrages classiques.

TERMINOLOGIE DE BOLCK	TERMINOLOGIE CLASSIQUE
1. Lobe antérieur (impair).	1. Lobule central. Lingula et ses freins. Lobe quadrilatère antérieur.
2. Lobule simplex (impair).	2. Vermis déclive. Lobe quadrilatère postérieur.
3. Lobe ansiforme. *a.* Crus primum *b.* Crus secundum.	3. *a.* Lobe semi-lunaire supérieur, face supérieure. Lobule grêle, face inférieure. *b.* Lobe semi-lunaire inférieur, face supérieure, lobule digastrique, face inférieure.
4. Lobe médian (impair).	4. Pyramide tubercule postérieur.
5. Lobe paramédian.	5. Amygdales.
6. Lobe vermiculaire.	6. Flocculus.
7. Lobulus petrasus.	7. Non représenté chez l'homme.

Se basant donc sur la présence constante ou non de ces formations, sur leur apparition ou leur disparition selon l'aptitude particulière de chaque espèce : nage, marche, saut, préhension, etc. Bolck attribue à ces divers territoires les fonctions suivantes :

1. Lobe antérieur : mouvements de la tête, des yeux, du tronc;
2. Lobe simplex et paramédian : de la mimique du cri, nécessitant une synergie bi-latérale;
3. Lobe médian : représentation impaire des mouvements des membres dans leur action synergique;
4. Lobe ansiforme : représentation paire des membres pour leurs mouvements isolés :

a. Crus primum : membre thoracique;
b. Crus secundum : membre abdominal.

Suivant les espèces : solipèdes, grimpeurs, aquatiques, préhension, les mouvements habituellement bilatéraux et synergiques ou au contraire isolés ou unilatéraux; on assiste alors au développement de la partie correspondante de ces lobes.

5. Lobe vermiculaire pétrasus : mouvement de la queue (formation atrophiée chez l'homme).

B. *Edinger*, se basant sur l'embryogénie, la date de myélinisation et l'anatomie comparée distingue :

Un paléocérébellum constant représente par la formation médiane vermis et le flocculus, existant dès la naissance chez tous les animaux, même ceux n'ayant pas de fibres pontiques (d'origine cérébrale par ce relai) ou existant avant elles, chez ceux qui en auront et en rapport avec la locomotion.

Un néocérébellum d'apparition plus tardive ou inconstante, représenté par les hémisphères ou lobes latéraux, en rapport avec l'existence de la voie pyramidale, les noyaux du pont et les hémisphères cérébraux, manquant chez les animaux qui ne possèdent pas ces formations ou apparaissant après elles, destinés au saut, à la course, à la préhension.

Ces données d'anatomie comparée ont un intérêt théorique général évident, mais leurs applications à l'homme doivent se faire avec la plus grande prudence, en raison des différences morphologiques profondes qui distinguent son cervelet de celui des autres espèces animales. Il n'en demeure pas moins constant, que les premières formations cérébelleuses, qui existent chez tous les animaux, sont celles que nous avons vu, être chez l'homme, en rapport avec la moelle et le bulbe, et auxquelles on peut supposer, à priori, un rôle dans les fonctions élémentaires de la statique et de la cinétique générales : il s'agit du vermis de l'homme des formations médianes et impaires de Bolck, du paléocerebellum d'Edinger.

Les hémisphères, au contraire, formations latérales paires de Bolck, néocerebellum d'Edinger, manquent ou font une apparition plus tardive après celle de la grande voie motrice volontaire, leur développement est en rapport avec la délicatesse des mouvements à exécuter et arrive à son apogée chez les primates doués de la préhension. Il est donc logique de leur accorder un rôle dans l'exécution des mouvements des membres. L'anatomie humaine nous montrant leur rapport avec la corticalité cérébrale opposée, plaide également dans le même sens.

L'anatomie humaine et comparée se trouvent donc d'accord pour nous permettre de distinguer dans le cervelet deux systèmes :

Un premier, élémentaire, constant, en rapport avec les mouvements simples, synergiques, indispensables à la vie de relation : système spino-cérébelleux, vermis.

Un deuxième, variable dans son apparition, suivant le perfectionnement mécanique de l'espèce, en rapport avec les mouvements délicats et complexes des membres : système cérébro-cérébelleux, hémisphères.

Dans chacun de ces systèmes, unis l'un à l'autre du reste fonctionnellement, envisagé comme organe de réception et d'élaboration, est annexé un noyau gris central, émetteur des fibres de projection : noyaux dentelés et leurs accessoires, embolus et globulus pour les hémisphères, noyaux du toit pour le vermis.

IV. **Données de la physiologie expérimentale.** — Si l'on excepte les vieilles expériences de Flourens qui, enlevant couche par couche la substance cérébelleuse d'un pigeon, voyait s'accentuer

progressivement les troubles observés, les constatations anatomo-cliniques de Hitzig et Nothnagel, les expériences plus précises de Ferrier et d'Adamkiewicz, il semble que ce soient surtout les travaux de Bolk que nous venons de relater, qui aient donné l'idée aux physiologistes de rechercher sur l'animal l'existence de ces localisations que donnaient à prévoir les différences morphologiques considérables de cet appareil cérébelleux.

Dans l'exposé qui va suivre, nous n'adopterons pas l'ordre chronologique trop fastidieux, ni l'énumération détaillée trop longue des expériences instituées. On pourra pour cela se reporter aux ouvrages de A. Thomas (*La fonction cérébelleuse*) et de A. Thomas et A. Durupt (*Les localisations cérébelleuses*). Nous nous contenterons d'indiquer, d'un point de vue général, les méthodes employées et les résultats obtenus.

Les recherches ont porté sur l'écorce cérébelleuse, les noyaux centraux, les pédoncules cérébelleux, l'écorce cérébrale, l'appareil vestibulaire, procédant par l'extirpation ou l'excitation des régions envisagées. Nous examinerons ces différents points.

I. **Ecorce cérébelleuse.** — On s'est adressé à de grands animaux, principalement chien et singe d'abord, agneau et chat ensuite.

A. Les extirpations partielles de substance cérébelleuse ont été réalisées par :

Ferrier, Adamkiewicz, lancette introduite dans la substance cérébelleuse d'un lapin et retirée après un mouvement de rotation ; van Rynbeck, Marassini et Luna, Vincenzoni et surtout Rothman, A. Thomas, A. Thomas et Durupt. Ces derniers auteurs, principalement, en faisant suivre leurs expériences d'un contrôle histologique aussi rapide et aussi constant que le leur permettaient les circonstances, ont apporté des résultats vraiment intéressants et précis, en même temps que l'étude des dégénérations secondaires apportait une contribution des plus importantes à l'établissement exact des voies de connexions cérébelleuses.

Les troubles observés varient évidemment avec la profondeur et l'étendue des lésions, susceptibles de correction par l'attention ou l'éducation et de régression ; mais, dans l'ensemble, ils sont suffisamment concordants. Chez le chien, la résection de crus primum et lobule simplex est suivie de troubles dans le membre thoracique omonyme, qui se porte de côté et en arrière, sans que l'animal pense à le ramener ; celle de crus secundum, de phénomènes analogues dans le membre abdominal omonyme. Chez le singe, il en est de même, avec, en plus, un tremblement plus ou moins marqué du bras qui se met en flexion ; l'extirpation du vermis, analogue au vermis de l'homme, amène un tremblement de la tête, de la faiblesse de la musculature du tronc, des troubles de l'équilibre, si les lésions sont suffisamment étendues. Rothman a même pu, chez le singe, délimiter des centres plus précis pour l'adduction, l'abduction, l'élévation et l'abaissement du membre antérieur, dans le crus primum (nous verrons plus loin que Barany est arrivé, chez l'homme, à des résultats sensiblement comparables).

Rüssel a observé, après ablation d'une moitié de cervelet : la déviation de l'œil du côté opposé en bas et en dehors, rien du côté de la lésion, un nystagmus latéral vers le côté lésé.

Après ablation totale, la déviation en bas des deux globes oculaires et du nystagmus.

En somme, on a pu, par des extirpations localisées, obtenir surtout des troubles dans un membre et même dans un segment du membre. Les lésions superficielles sont passagères et peu graves, ne régressent plus, au contraire, si elles atteignent les noyaux centraux. La motilité des membres dépend des hémisphères, celle de la tête et du tronc, l'équilibre du vermis.

Les troubles sont constitués en dernière analyse, comme l'a bien montré A. Thomas par :

a. La *dysmétrie* : impulsion initiale trop forte, vitesse initiale trop grande, arrêt trop tardif du mouvement volontaire ou automatique.

b. La *passivité* : c'es-à-dire la possibilité d'imprimer à un membre ou à un segment de membre une attitude anormale, sans qu'elle soit corrigée, au moins immédiatement et inversement, la *résistance au mouvement* augmente, si celui-ci est imprimé dans le sens opposé à la passivité.

c. La *discontinuité* du mouvement, due à la discordance entre l'*hypersthénie* des muscles, agonistes, directeur du mouvement et l'*hyposthénie* des antagonistes. C'est même en définitive cette *anisosthénie* musculaire, opposée à la *sthénie* normale des divers groupes musculaires indispensables à la rigidité des leviers exécuteurs du mouvement, qui explique la dysmétrie, la passivité, la discontinuité, éléments capitaux du déficit cérébelleux, faciles à mettre en évidence au niveau des membres, moins évidentes quoique réelles pour la tête, le cou et le tronc. Et cette anisosthénie localisée ne saurait se comprendre sans des localisations spéciales aux différents groupes musculaires.

B. La compression du cervelet a été réalisée par Ettore Gregio à l'aide de tiges de laminaires introduites dans la fosse cérébelleuse ; celle du vermis est particulièrement grave, s'accompagnant d'ataxie, de vertiges et déterminant rapidement la mort. Les résultats obtenus chez le chien correspondent sensiblement à ceux que nous avons déjà relatés.

C. L'excitation de l'écorce cérébelleuse a été réalisée par des moyens électriques : Ferrier, Mendelssohn, Wersilof, Prüss, Rüssel, Negro, Rosenda, Laurié, Horsley, Rothman, Bing, Grecker, chimiques, avec Pagano et Galante ; papiers imbibés de strychnine avec Edinger Echimazonos ; principe actif dissous dans la gomme arabique avec Batteli et Rothlin.

Les résultats sont plus variables, surtout en ce qui concerne l'excitation électrique dont on accuse la diffusion à l'ensemble du cervelet. Pour Horsley, les noyaux centraux sont même les seules régions excitables à l'exclusion de l'écorce. Malgré ces causes d'erreurs et le manque de concordance complète entre les différents expérimentateurs, il semble cependant que l'on puisse admettre une représentation spéciale de l'écorce cérébelleuse, pour les membres dans les hémisphères ; pour la tête, le cou et le tronc dans le vermis ; Rothman a retrouvé les centres spéciaux de flexion, d'extension et d'écartement des membres. Prüss a noté ce fait intéressant que les convulsions du membre omolatéral obtenues par l'excitation de l'écorce cérébelleuse, ne se produisent que si l'écorce motrice corticale est intacte du côté opposé. (Association anatomique et fonctionnelle du cerveau et des hémisphères cérébelleux).

Flourens, Magendie, Ferrier ont obtenu par excitation d'un hémisphère cérébelleux, une déviation

conjuguée des yeux, dirigée du côté excité : fait intéressant à retenir, car il cadre avec les données cliniques, secousse nystagmique rapide d'origine cérébelleuse dirigée du côté excité. Duval et Laborde ont obtenu des mouvements avec destruction du parallélisme oculaire et de ces expériences, Parinaud a pu conclure à l'existence, dans le cervelet, d'un centre coordinateur des mouvements oculaires.

Nous verrons que la clinique n'a pas confirmé ces données et qu'en tout cas, il n'y a encore à ce sujet aucune localisation précise sur l'écorce cérébelleuse.

II. **Les noyaux centraux.** — L'extirpation limitée en est naturellement impossible. A. Thomas et Durupt ont tenté de détruire le noyau du toit isolément et ont noté : une perturbation grave de l'équilibre, légère de la motilité des membres; mais il n'y a pas eu de vérification histologique. Bouche prétend que l'écorce cérébelleuse peut être enlevée sans inconvénient pourvu que persistent les noyaux centraux.

Des excitations électriques ont été réalisées par Horsley (pour qui les noyaux sont la seule partie excitable du cervelet) et cet auteur a vu que l'excitation du noyau dentelé donnait à sa partie supérieure des mouvements de la tête et des yeux, de même sens; à sa partie dorsale des mouvements de flexion du coude omonyme; à sa partie basale, des mouvements de la tête, des yeux et du coude.

On sait donc peu de chose, mais il est certain que, plus les lésions cérébelleuses sont profondes et par conséquent ont chance d'intéresser les noyaux centraux, plus elles sont graves, durables et difficilement suppléables. D'autre part, les examens histologiques ont montré chez l'animal à A. Thomas et Durupt qu'il existerait pour chaque territoire de l'écorce hémisphérique un centre de projection limité dans le noyau dentelé correspondant. On peut donc sans exagération considérer, du point de vue physiologique également, les noyaux centraux comme les organes émetteurs appropriés des divers territoires spécialisés fonctionnellement avec lesquels ils se trouvent en relations.

III. **Les pédoncules cérébelleux.** — Leur lésion ne nous apprend pas grand chose au point de vue localisation. Les divers expérimentateurs : Magendie, Pourfour, du Petit, Bing, Rüssel, Ferrier, ont constamment obtenu la mise en jeu d'un syndrome cérébelleux total : chute, rotation, etc., du côté de la lésion ou du côté opposé suivant le niveau de la lésion, au-dessous ou au-dessus de l'entrecroisement des voies cérébelleuses. Il en sera de même des renseignements d'ordre anatomo-clinique.

IV. **Relations entre le cervelet et le labyrinthe.** — Roncato a vu que l'extirpation bi-latérale des canaux semi-circulaires chez le pigeon nouveau-né, amène un retard de développement de l'écorce cérébelleuse qui garde ses caractères embryonnaires, spécialement dans les circonvolutions postérieures; il y aurait une décussation partielle des fibres labyrinthiques et un seul labyrinthe suffirait à la conservation cérébelleuse.

D'après A. Thomas et Durupt, ce serait surtout le vermis au contraire qui serait en relation avec le labyrinthe, là où se trouvent les centres des muscles à action bi-latérale et synergique de la tête, du cou et du tronc destinés à maintenir l'équilibre statique et cinétique, et un peu chaque hémisphère, car la section de la VIIIe paire supprime les réactions cérébelleuses de ce côté (opinion en rapport avec les travaux cliniques de Barany).

Le cervelet joue donc un rôle des plus importants dans le fonctionnement du sens de l'équilibration et de l'orientation (VIe sens de Bonnier), les localisations paraissent en être impaires et médianes dans le vermis, paires et symétriques dans les hémisphères. Un seul labyrinthe est physiologiquement suffisant pour étudier la fonction cérébelleuse et mettre en jeu les réactions consécutives à son excitation; donnée importante qui trouvera son application en clinique.

La méthode expérimentale ne nous apprend pas plus sur les localisations cérébelleuses, surtout vermis, un peu hémisphères, en rapport avec le labyrinthe dans la fonction d'équilibration générale. Elle est en accord avec l'anatomie qui montre une terminaison hémisphérique et vermienne des fibres issues des noyaux vestibulaires du VIIIe, directs et croisés. Nous aurons du reste à revenir longuement sur cette question en exposant les travaux de Barany et la méthode clinique, en raison de la délicatesse des recherches, est supérieure de beaucoup à la physiologie expérimentale.

Si nous groupons maintenant les résultats que nous venons d'exposer analytiquement, nous voyons que les données obtenues à l'aide de la physiologie expérimentale sont sensiblement conformes à celles de l'anatomie comparée et de l'embryogénie, et les physiologistes ont pu transcrire les résultats de leurs expériences sur le schéma de Bolck sans beaucoup de modifications.

Lobes antérieurs et simplex : tête et cou.

Lobe médian : tronc, équilibre des membres.

Lobe ansiforme : crus primum, membre thoracique; crus secundum, membre abdominal.

La physiologie complète, l'anatomie comparée en introduisant, à notre point de vue, quelques notions fort importantes, à savoir :

1° Le rôle semble-t-il capital, ou du moins très important, des noyaux centraux;

2° L'existence de centres distincts pour des mouvements et pour des segments de membres : adduction, abduction, flexion, extension;

3° Enfin une explication satisfaisante, au moins pour le moment, du mode de fonctionnement de ces centres. Il ne semble plus, en effet, qu'on puisse parler de troubles sensitifs, même de sensibilité musculaire avec Mann, Lussana, Lewandowsky, encore que le cervelet puisse jouer un rôle dans la perception de certaines sensations, telles que celles de poids.

Le trouble cérébelleux est essentiellement d'ordre moteur, mais non paralytique, caractérisé essentiellement comme nous l'avons vu par la dysmétrie, la passivité, la discontinuité et en définitive l'anisosthénie. En effet, chaque centre cérébelleux pris isolément, semble avant tout un centre de direction du mouvement (de direction articulaire même pour Noïca) et pour cette direction, il est à la fois dynamogénique pour le groupe musculaire directeur, frénateur pour le groupe antagoniste du mouvement, comparable en cela au centre cortical dont l'excitation, comme l'ont montré Hess et Sherington, amène à la fois une contraction des muscles directs et un relâchement des antagonistes. Prüss, Rüssel, Luciani, Meyers, ont montré que l'extirpation cérébelleuse augmente l'excitabilité cérébrale du côté opposé et c'est peut-être par l'intermédiaire du cer-

veau que se produiraient en dernière analyse les troubles cérébelleux. Cette notion permet de concevoir le mécanisme des suppléances cérébello-corticales ; elle trouve également un argument dans ce fait démontré par Sherington que l'excitation de l'écorce cérébelleuse a une influence inhibitrice sur la contracture consécutive à la décérébration.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses qui nous écartent de notre sujet, le fait qui nous occupe d'une localisation cérébelleuse appliquée à un mouvement déterminé dans un segment de membre, semble bien démontré par la physiologie expérimentale. Quelques-uns de ces centres nous sont connus; la plupart restent à découvrir; on conçoit aisément la nécessité de leur multiplicité, chaque muscle et chaque groupe musculaire pouvant être directeurs de mouvement ou antagonistes de ce mouvement et redonnent de ce chef une impulsion et un contrôle cérébelleux différents : localisation fonctionnelle superposée à localisation anatomique.

Pour l'établissement de la topographie de ces localisations rendues indispensables dans la conception actuelle de la fonction cérébelleuse, l'anatomie humaine, l'anatomie comparée, l'embryogénie, la physiologie expérimentale nous ont apporté des données sensiblement conformes; voyons maintenant celles de la méthode anatomo-clinique appliquée à l'homme.

V. Données anatomo-cliniques chez l'homme. — A la suite de l'exposé de leurs recherches de physiologie expérimentale, A. Thomas et Durupt font remarquer que si, chez l'homme, on n'observe habituellement pas de faits précis permettant de conclure à une localisation étroite, il doit cependant y avoir, au cours des processus cérébelleux aigus, hémorragies ou ramollissements, des épisodes passagers où la lésion en foyer limité pourrait, théoriquement, se traduire par des symptômes précis, analogues à ceux que l'on provoque expérimentalement et presque à volonté chez l'animal. Mais, du fait même de leur fugacité et de l'établissement rapide de suppléances, ces phénomènes échappent à l'observation la plus attentive. Et, en effet, à la lecture des observations publiées d'affections cérébelleuses vérifiées à l'opération ou à l'autopsie, on ne peut qu'être frappé de la pauvreté des renseignements précis qu'on recueille à ce sujet.

Le cervelet de l'animal est, en effet, un organe doué d'une autonomie fonctionnelle suffisante pour que la suppression d'une de ses parties constituantes, puisse se traduire par des troubles assez marqués et assez durables pour en permettre la constatation d'abord, pour en déduire ensuite les fonctions appropriées à la partie supprimée. Chez l'homme, il n'en est plus tout à fait de même, le cervelet, étroitement lié au cerveau, anatomiquement et fonctionnement, est pour ainsi dire tenu par lui en tutelle. Les suppléances, déjà visibles chez l'animal, se font chez lui avec une constance et une rapidité beaucoup plus grandes, si bien que l'observation précise d'un déficit cérébelleux localisé devient une rareté.

En dehors de cette raison, il faut chercher la cause de cette rareté d'observations exactes dans ce fait que les méthodes d'investigation : épreuve de l'index de Barany, de la passivité d'A. Thomas, sont de date récente, que leur recherche et leur interprétation restent très délicates et que leurs conclusions mêmes ne sont pas toujours vérifiées exactes à l'examen anatomique. Nous exposerons par ordre chronologique, les documents que nous avons pu recueillir.

1° Nothnagel, le premier, fit une différence entre le vermis et les hémisphères, rattachant au premier les fonctions d'équilibration générale.

2° Royer et Collet ont publié une observation d'atrophie cérébelleuse, avec lésions surtout marquées des pédoncules moyens, des olives bulbaires et du vermis, où le syndrome cérébelleux typique était accompagné d'une scansion extrêmement marquée de la parole, traduits au laryngoscope par un écartement des cordes vocales agitées d'oscillations analogues au tremblement intentionnel des membres; Rothman a pu reproduire ce phénomène laryngé par la destruction du vermis dans sa partie située au-dessus du IVe ventricule, celle des autres parties du cervelet restant sans effet à ce point de vue ; la destruction complète de cette partie du vermis amenait la position cadavérique, la faradisation, l'adduction forte des cordes avec trismus et élévation du larynx. Il semble logique de conclure de ces deux faits à une localisation dans le vermis supraventriculaire de centres des mouvements du larynx et de la mâchoire.

3° Pierret et Giraud, au Congrès des aliénistes et neurologistes de Bruxelles de 1910 accordent au sens visuel une localisation assez précise dans le flocculus (ou lobule de pneumogastrique).

L'existence de centres visuels dans le cervelet est certaine, bien que mal connue en dehors des quelques notions que nous rapportons (Pierret et Giraud, Mills et Weissembourg). Leur importance est certaine, étant données les relations anatomiques par le noyau de Deiters du cervelet et de la musculature oculaire, et les conséquences pathologiques, nystagmus, sur lesquelles nous attirerons plus loin l'attention. Inversement, l'excitation visuelle, comme l'excitation vestibulaire dans les épreuves rotatoire et calorique, est capable de troubler le fonctionnement cérébelleux ; Babinski et G. A. Weill ont imaginé sur ce principe une méthode d'investigation cérébelleuse susceptible de rendre des services en clinique, en même temps qu'elle pourra peut-être, dans l'avenir, éclairer cette question des localisations cérébelleuses. Si on dispose sur les yeux d'un sujet des lunettes noircies, avec un orifice de 2 millimètres de diamètre au niveau de chaque angle externe, et qu'on le fasse regarder un de ces orifices, à gauche par exemple, la marche commandée en même temps, se fait avec une déviation en sens opposé, c'est-à-dire à droite. L'indication de cette épreuve est que, se passant de toute excitation vestibulaire, elle peut rendre des services dans le cas où, cette voie vestibulaire étant barrée pour une raison quelconque, on désire interroger la fonction cérébelleuse ; elle ne préjuge pour le moment aucunement de la situation des centres excités ; c'est à l'avenir de montrer si elle nous renseignera sur leur topographie exacte.

Coutelas, dans sa thèse, expose longement les faits cliniques qu'on a apportés pour établir l'existence, dans le cervelet, sans du reste donner de précisions localisatrices à ce sujet, de centres de tonicité de la musculature oculaire. Il fait remarquer que les relations anatomiques sont indirectes par l'intermédiaire des noyaux de la VIIIe paire et que l'hypothèse de Bursaud, sur l'existence des fibres reliant directement le cervelet et les centres oculomoteurs n'a pas reçu de confirmation anatomique. Il

cite quelques faits intéressants de Bach, notamment, qui a vu que la déviation conjuguée des yeux n'accompagnait le nystagmus que dans les lésions *des hémisphères cérébelleux*, ce qui tendrait à démontrer que les centres de la musculature oculaire seraient à localiser sur ces hémisphères; une observation de Landouzy et Poulard plaiderait dans le même sens, sans non plus apporter plus de précisions.

En somme, à part le nystagmus, et nous verrons à ce propos, combien la question de son origine cérébelleuse est encore discutée, il n'y a pas de fait démonstratif de paralysies oculaires associées dans les lésions cérébelleuses pures : les centres de la musculature oculaire seraient plutôt situées dans les hémisphères que dans le vermis et leur action se ferait sentir indirectement par l'intermédiaire des noyaux de la VIIIe paire, de Deiters, principalement, et du noyau rouge de la calotte pédonculaire.

4° C'est surtout Barany qui a été amené, par des recherches purement cliniques sur les réactions du nerf vestibulaire et sur le nystagmus provoqué, et après constatation de mouvements, non-seulement dans les yeux, mais aussi dans le tronc et dans les membres, a été amené à supposer, pour des raisons anatomiques et physiologiques, que les réflexes provoqués par les excitations labyrinthiques sont déclanchés au niveau du cervelet. En raison de l'intérêt et de l'importance de ces recherches et des conclusions que l'auteur en tire, nous entrerons dans quelques détails à leur sujet.

L'expérience fondamentale de Barany est la suivante : si on fait tourner rapidement un sujet normal, sur un tabouret approprié (épreuve rotative de Mach), ce sujet présente, après arrêt, un nystagmus horizontal composé d'une secousse lente dans le sens de la rotation suivi d'une secousse brusque dans le sens opposé de la rotation. Si, en même temps, on fait lever le bras du sujet, on voit qu'il se porte, en même temps, du côté opposé à la rotation (mouvement assimilé à la secousse lente du nystagmus post-rotatoire), le retour du côté de la rotation ne se faisant qu'exceptionnellement; l'existence de ces deux mouvements permet, cependant, de parler d'un nystagmus brachial, composé de deux secousses; une lente du côté opposé à la rotation, une seconde rapide en sens contraire, manquant quelquefois. Ainsi, si le sujet tourne de gauche à droite, les labyrinthes excités réagissent par une secousse lente de gauche à droite (sens de la rotation), rapide de droite à gauche (sens opposé à la rotation), le membre supérieur gauche se dévie en dehors et le droit en dedans (tous les deux à gauche, côté opposé à la rotation).

En perfectionnant le procédé, on peut explorer, dans le membre supérieur, la motilité de l'épaule, le reste du bras s'élevant rigide et en bloc, du coude, le bras étant fixé et l'avant-bras et poignet solidaires, seuls mobiles; du poignet et des doigts de la même façon. Cette déviation du bras, ou de l'index seul, plus couramment employée, dépend aussi de la position de la tête, dont il faut tenir compte dans l'interprétation du phénomène, le canal semi-circulaire excité variant selon la position de la tête dans le cas présent, c'est du canal horizontal qu'il s'agit, la tête doit donc être placée dans la rectitude, le plan de rotation passant exactement par le canal horizontal. Pour plus de précisions sur ces épreuves labyrinthiques que nous ne pouvons exposer en détail ici, on voudra bien s'en rapporter aux ouvrages de technique laryngologique, celui d'Escat, 1921, 3e édition par exemple.

Chez un sujet porteur d'une lésion cérébelleuse, ces réactions qui suivent, normalement, l'épreuve rotatoire ou calorique, bien que, d'après Barany, la rotation soit préférable, d'excitation labyrinthique *ne se produisent plus*, quand on interroge le centre de direction, après l'épreuve labyrinthique rotatoire par exemple, en se servant de l'épreuve de l'épaule, du coude, du poignet, de l'index. On peut donc, en étudiant successivement chacun de ces segments, mettre en évidence, par l'absence de déviation provoquée, un déficit cérébelleux correspondant au centre de direction lésé. Il faut remarquer également que la réaction cérébelleuse étant bi-latérale avec un seul labyrinthe excité par la méthode calorique, car la rotation excite les deux, on peut en déduire des notions précises sur l'état respectif du labyrinthe et du centre cérébelleux correspondant. Soit, par exemple, une pyolabyrinthite droite : de ce côté, le labyrinthe est inexcitable, donc aucune réaction, ni labyrinthique ni cérébelleuse. Par l'excitation du labyrinthe gauche, au contraire, s'il est sain, on déclanche des réactions cérébelleuses bi-latérales, s'il n'y a aucune complication cérébelleuse, et des réactions localisées au côté sain, le gauche, par exemple, s'il y a en même temps un abcès cérébelleux droit, consécutif à la labyrinthite. Cette donnée de physiologie normale et pathologique est de la plus grande importance, au moins théoriquement, pour le diagnostic différentiel entre les labyrinthes et les abcès cérébelleux. Si, d'un côté, l'excitation labyrinthique ne donne aucun résultat, la cause en peut tenir ou au vestibule (Ve ou VIIIe paire) ou au cervelet; si l'excitation de l'autre côté déclanche des réactions cérébelleuses bi-latérales, c'est que le cervelet est sain; dans le cas contraire, le cervelet ne réagit pas; mais si les deux labyrinthes sont atteints, la méthode n'est évidemment plus de mise.

De plus, il existe, chez le cérébelleux, une *déviation spontanée*, indépendante de *toute excitation labyrinthique*, décelable par les mêmes procédés : épaule, coude, poignet, index, d'un seul ou des deux côtés, suivant les lésions. En se basant sur une vingtaine de cas d'abcès du cervelet, Barany aboutit aux conclusions suivantes : il existe des centres de direction dans chaque hémisphère cérébelleux, d'adduction, d'abduction, de flexion et d'extension pour les membres et les articulations omolatérales; la paralysie ou la suppression de ces centres aboutit à la paralysie musculaire dans une direction donnée et à la prédominance de l'activité musculaire antagoniste. L'épreuve de la déviation spontanée, chez le cérébelleux, donne donc des résultats inverses de ceux de la déviation provoqués postnystagmique, puisqu'elle traduit le déficit d'un centre directeur et la prédominance de son antagoniste dans le premier cas; l'excitation, au contraire, de ce centre dans le second.

D'une façon générale, il existe pour chaque membre et segment de membre quatre centres de direction dans chaque hémisphère : droite, gauche, haut, bas, et parmi eux des centres de musculature répartis dans chaque hémisphère suivant la disposition des articulations correspondantes; chaque centre musculaire a donc quatre représentations, une pour chaque direction, dans l'hémisphère cérébelleux omolatéral. Dans le cas d'une grosse lésion,

on a l'abolition totale de leur fonctionnement; si la lésion est petite, la dysmétrie peut être partielle; le cerveau, par l'attention volontaire, ou les régions voisines du cervelet, peuvent suppléer rapidement à un déficit partiel, si bien qu'il faut s'efforcer dans la recherche de l'épreuve en clinique, d'éliminer le facteur cérébral dans la mesure du possible (en faisant fermer les yeux par exemple; la lésion déficitaire d'un hémisphère total se traduit par la déviation en dehors et l'absence de déviation en dedans, à cause de la prédominance physiologique des centres d'adduction sur ceux d'abduction.

Nous donnons dans le schéma annexé à ce travail la localisation suivant Barany, de quelques-uns de ces centres particulièrement étudiés et qui sont ceux de direction en dedans de l'articulation de la main, du coude, de la hanche, direction en dehors de l'articulation du coude, direction en bas de l'articulation du bras.

Les autres centres sont plus hypothétiques; l'auteur les dispose d'une façon générale dans les lobules semi-lunaires supérieur et inférieur et dans le lobule digastrique. Voici quelle est leur situation topographique :

Direction du membre supérieur en bas : extrémité médiane et postérieure du lobe semi-lunaire inférieur.

Direction du membre supérieur en dehors : angle externe des lobes semi-lunaires supérieur et inférieur.

Direction de la main : partie antérieure du lobe digastrique (vérifiée par Bergrenn dans un cas de méningite octogène avec perte de substance cérébelleuse).

Directions du coude, de l'épaule : plus en dehors et en arrière.

Direction de la hanche : plus en dehors et en arrière.

Direction du pied : n'a pas été examinée par Barany.

Barany, par refroidissement du cervelet chez les opérés, a pu vérifier à nouveau l'existence de ces centres, en particulier chez des blessés de Steflers, pour les centres de direction en dehors du coude et du membre supérieur.

Il faut reconnaître que la recherche en pratique de la déviation de l'index est délicate, qu'elle nécessite des cas nombreux, répétés, pour leur confrontation mutuelle et qu'elle reste limitée à quelques spécialistes exercés disposant d'un matériel clinique et anatomique suffisant.

Cependant, de Montet a publié, en 1914, un cas où l'épreuve de Barany a permis le diagnostic, vérifié opératoirement, de lésions du centre de direction du bras en dedans, déviation spontanée se faisant en dehors. Wencoslaz Lopez Albo, en 1917, a pu également porter avec succès le diagnostic de lésions du centre de direction du bras en bas et à droite chez un enfant de quatorze ans porteur d'une tumeur du cervelet. La méthode, au contraire, pour d'autres auteurs, serait sujette à erreurs, et nous reviendrons sur ce point à propos de la valeur localisatrice des symptômes cérébelleux.

6° Jumentié a noté dans un cas de tubercules multiples du cervelet où les symptômes étaient réduits au minimum, troubles de l'équilibre seul sans dysmétrie ni anisosthénie des membres, l'existence d'un tubercule volumineux du vermis ayant pu donner les troubles de l'équilibre, et au contraire, l'intégrité des noyaux dentelés et de la substance blanche hémisphérique. Une observation opératoire de Horley concorde avec ce fait en montrant l'apparition de signes cérébelleux, avec l'atteinte d'un noyau du toit. Ces deux faits superposables à certains résultats expérimentaux, donneraient à penser que le rôle des noyaux centraux pourrait être considérable dans la production de symptômes cérébelleux.

7° Léri a publié l'observation d'un blessé par balle de la région du vermis inférieur, chez lequel la dysmétrie, l'asynergie étaient exclusivement localisées aux membres inférieurs. Il y aurait donc dans cette région un centre de coordination des membres inférieurs; Léri admet également un centre spécial, ou tout au moins des relations spéciales pour chaque canal semi-circulaire.

8° Mills et Weissenbourg dans un travail cité par A. Thomas, ont groupé les résultats reproduits sur le schéma annexé à ce travail d'examens cinématographiques faits sur différents blessés du cervelet et concluent à l'existence des localisations cérébelleuses suivantes :

Centres du membre supérieur, à cheval sur les lobes quadrilatère postérieur et semi-lunaire supérieur, l'abduction et l'extension dans le premier, l'adduction et la flexion dans le second centre du membre inférieur, dans les lobes grêle, digastrique et semi-lunaire inférieur, l'abduction dans ce dernier lobe, l'adduction dans les deux premiers et sur les limites du digastrique et du semi-lunaire inférieur.

Des centres pour les mouvements synergiques du tronc et de ces membres, existent dans la raie voisine du vermis et des régions où se trouvent les centres propres des membres correspondants. Ils admettent, du reste, qu'on ne peut délimiter sur l'écorce cérébelleuse des centres distincts avec la même aisance que sur l'écorce cérébrale et que la synergie représentant la fonction élémentaire du cervelet, les mouvements doivent avoir une représentation différente suivant qu'ils sont isolés ou compliqués; il y aurait donc des centres distincts pour les mouvements synergiques simples (dans le vermis, médian et impair) et d'autres pour les actes de plus en plus compliqués (dans les hémisphères latéraux et pairs).

9° André Thomas, dans différentes publications et dans son ouvrage sur les blessures du cervelet, a apporté à la question une contribution personnelle des plus importantes. Dans une observation où il existait de la déviation de l'index en dehors, l'autopsie montra un abcès de la substance blanche du lobe semi-lunaire supérieur, dans une région différente du centre de Barany, placé par cet auteur à la partie antérieure du lobe digastrique, soit plus bas et plus en avant. Thomas ajoute que l'œdème et les phénomènes inflammatoires expliquent ces différences, mais qu'on doit en déduire la prudence à apporter dans des cas empruntés à la clinique humaine. Les observations de blessures du cervelet que A. Thomas étudie minutieusement, plaident par le nombre et la précision de leurs détails, en faveur de localisations cérébelleuses, mais comme le contrôle anatomique manque, on ne peut, comme le fait remarquer l'auteur, en tirer des conclusions plus fermes au point de vue qui nous occupe.

10° Bard, dans une série d'articles récents, a exposé des vues ingénieuses, basées sur des constatations cliniques, sur l'appareil de l'orientation et de l'équilibration chez l'homme, appareil dans lequel le cervelet joue un rôle des plus importants. L'appareil de l'orientation, VIe sens de P. Bonnier, a son appa-

reil sensoriel représenté par le vestibule, sa voie nerveuse centripète branche vestibulaire de la VIIIe paire, ses centres qui sont au nombre de deux : cérébraux psycho-moteurs qui ne nous intéressent pas et cérébelleux-sensoriels, reliés à l'appareil périphérique par une voie entrecroisée à la manière du chiasma optique pour les centres cérébraux, directe mais bi-latérale pour les centres cérébelleux. Les constatations anatomiques manquent malheureusement et l'auteur ne précise pas la région cérébelleuse où sont situés ces centres. Quoi qu'il en soit, la discordance de fonctionnement entre ces centres explique le nystagmus, et nous aurons à revenir sur ce point à propos de l'étude de la valeur localisatrice de ce symptôme.

Si maintenant nous groupons les résultats obtenus par la méthode anatomo-clinique, nous pouvons retenir les conclusions suivantes :

1° Le vermis est plutôt chargé de la fonction d'équilibration générale, par la coordination des muscles à action synergique du cou, du tronc, des membres : Thomas, Jumentié, Léri, Mills et Weissenbourg. On y a décrit également des centres spécialement affectés à la motilité laryngée : Royer, Collet, Rothman; il contient des centres en rapport avec les labyrinthes omolatéraux.

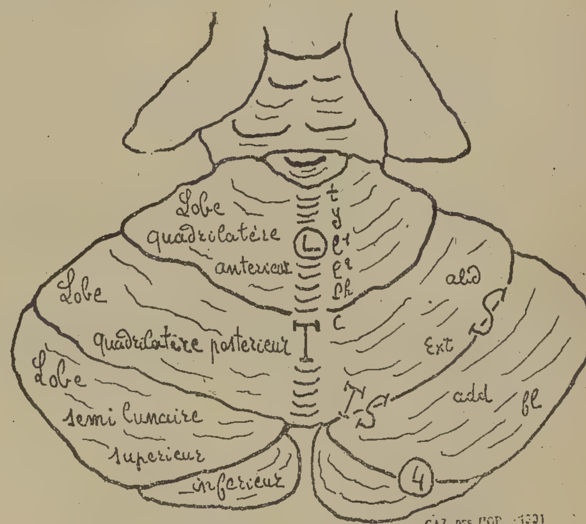
2° Aux hémisphères est dévolue la fonction de régulation des mouvements isolés des membres : Barany, Mills et Weissenbourg ont décrit sur leur écorce des centres de direction pour leurs segments de membres, sans du reste donner à ces centres exactement la même situation topographique, comme il est facile de s'en rendre compte sur la schéma ci-contre. Pierret et Giraud ont localisé dans le flocculus un centre visuel. Léri admet dans l'écorce des centres vestibulaires distincts, Barany également, les centres de direction des membres ayant besoin, à l'état normal, des renseignements vestibulaires. Nous reproduisons le schéma classique du cervelet humain d'après Dejerine, avec la projection approximative des centres à peu près exactement connus.

3° Les noyaux centraux semblent jouer un rôle important et leur lésion semble indispensable, ou du moins très efficace, à la mise en jeu de symptômes cérébelleux.

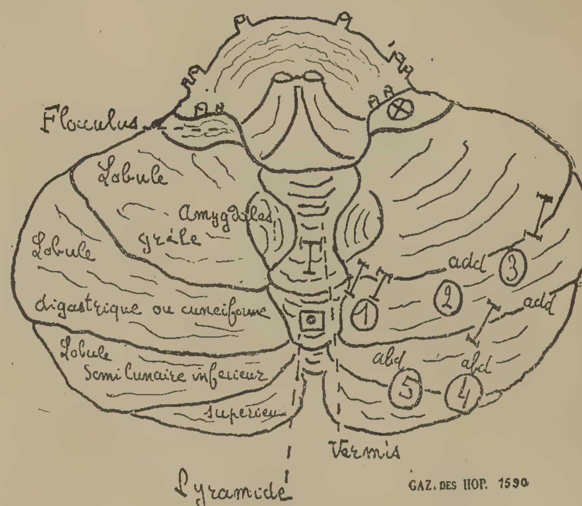
4° Pour ce qui est des conducteurs cérébelleux, les cas anatomo-cliniques nombreux de lésions supérieures. Syndrômes pédonculaires, Benedict, P. Marie et Foix, Thiers, de lésions inférieures : Babinski, Nageotte, Bériel, Long, pour n'en citer que quelques-unes, ne montrent, comme les expériences physiologiques, aucune localisation fonctionnelle. Leur atteinte met en jeu le trouble cérébelleux total, avec ou non les troubles moteurs, sensitifs, sensoriels, croisés ou directs, en rapport avec la hauteur et l'étendue de la lésion. Ces faits ne nous intéressent pas autrement.

5° Pour ce qui est du mode de fonctionnement de ces centres, la méthode anatomo-clinique confirme les données de la physiologie expérimentale, et nous ne ferions que tomber dans des redites. Cependant Chatelin et Behagne auraient mis en évidence l'hyper au lieu de l'hyposthénie des antagonistes; malgré la difficulté qu'il y ait à distinguer souvent le déficit de l'excitation, le résultat est toujours le même : de l'anisosthénie.

Nous voyons également que, pour ce qui est de la topographie de ces centres, l'anatomie comparée, la physiologie expérimentale et l'anatomo-clinique concordent sensiblement dans leurs résultats surtout si l'on tient compte des différences morphologiques considérables suivant les espèces, et les imprécisions de la méthode anatomo-clinique appliquée à l'homme, chez lequel les processus inflammatoires, les retentissements à distance, les éléments subjectifs inappréciables introduisent autant de causes d'erreur.



Face supérieure.



Face inférieure.

Légende du schéma. — 1° *Centres de Basany.* — 1. Direction en dedans de la main; 2. Direction en dedans du coude; 3. Direction en dedans de la hanche; 4. Direction en dehors du coude; 5. Direction en bas de l'épaule.

2° *Centres de Mills et Weissenbourg.* — Tronc, T; Tête, *t*; Yeux, *y*; Langue, l^1; Larynx, l^2; Pharynx, *Ph*; Cou, *c*; Membre supérieur, *S*; Membre inférieur, *I*; Extension, *ex*; Flexion, *fl*; Adduction, *add*; Abduction *abd*; Centres communs synergiques : 1. du tronc et membres supérieurs, *TS*; 2. du tronc et membres inférieurs, *IT*.

3° *Centre laryngé de Collet et Rothman*, L.

4° *Centre visuel de Pierret et Giraud*, ×.

5. *Centre de coordination des membres inférieurs de Léri*, O

La notion de localisation, telle que nous l'avions définie au commencement de cette étude, se trouve également vérifiée; nous avons pu voir qu'on avait cherché et trouvé des localisations anatomiques et musculaires précises, mais qu'en dehors d'elles, les groupant et les remaniant, existait la localisation fonctionnelle insaisissable par essence puisqu'elle réside dans le mouvement même, et que fixer ce mouvement c'est le détruire. *(A suivre.)*

NOTES D'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

LES HÉMORRAGIES DE LA PÉRIODE DE LA DÉLIVRANCE

Par M. le docteur BOURRET,
Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon,
Accoucheur de la Maternité du Creusot.

La période qui suit l'expulsion de l'enfant et qui est caractérisée au point de vue anatomique par le décollement du placenta est incontestablement la période des grandes hémorragies : c'est à ce moment là en effet qu'apparaissent non seulement celles qui ont pour origine la plaie placentaire et qui constituent les hémorragies proprement dites de la délivrance, mais encore celles qui résultent d'une lésion des voies génitales ou d'une complication tout à fait exceptionnelle telle que l'inversion utérine.

Nous aurions donc à étudier au point de vue pratique les quatre variétés d'hémorragies suivantes :

1. Les hémorragies dues au décollement placentaire : au cours de la délivrance.
2. Les hémorragies dues à la plaie placentaire : après la délivrance.
3. Les hémorragies ayant leur origine en dehors de la plaie placentaire et qui se manifestent cliniquement soit pendant soit après la délivrance.
4. Les hémorragies dues à une inversion utérine.

Ces dernières méritant une étude à part, nous nous bornerons pour aujourd'hui à l'étude des trois premières variétés.

I. HÉMORRAGIES DUES AU DÉCOLLEMENT PLACENTAIRE. — Ce sont certainement les plus fréquentes et celles dont l'étude est la plus classique : elles tiennent à un décollement partiel du placenta, accompagné d'une zone d'inertie locale. Elles se manifestent en général de la façon suivante : après expulsion de l'enfant, immédiatement ou après quelques minutes pendant lesquelles tout paraît normal, vous constatez l'hémorragie sous la forme soit d'un écoulement vulvaire continu, soit d'un flot de sang mêlé de caillots : en même temps l'exploration abdominale vous indique tantôt un utérus uniformément mou, tantôt un utérus contracté mais sur la surface duquel vous reconnaissez facilement une zone molle plus ou moins étendue. Sous l'influence de frictions l'inertie cesse en général facilement, mais ces manœuvres ne font souvent qu'augmenter l'hémorragie; cela n'a rien d'étonnant, car la contraction ne peut avoir pour résultat que d'augmenter la surface du décollement partiel et par conséquent de la zone qui saigne. Evitez donc les manœuvres de malaxation utérine que l'on voit pratiquer de façon presque systématique et qui ne constituent pas du tout le traitement rationnel de l'hémorragie placentaire *à cette période*; elles vont même à l'encontre du résultat que vous recherchez, et elles doivent être réservées pour la période qui suit l'expulsion spontanée ou artificielle du placenta tout au moins son décollement complet.

Tant que la délivrance est encore dans la cavité utérine utilisez plutôt les moyens suivants. D'abord la *compression manuelle de l'aorte*. Dès que vous constatez une hémorragie tant soit peu importante, et après vous être rendu compte que l'expulsion de sang n'est pas due simplement à la première contraction qui succède au repos physiologique, n'hésitez pas à comprimer l'aorte abdominale entre votre main et le bord gauche de la colonne vertébrale, le long duquel ses battements sont facilement perçus : appuyez jusqu'à disparition des battements. C'est là un moyen thérapeutique de premier ordre qu'il ne faut pas réserver, comme on a tendance à le voir faire trop souvent, aux cas de gravité exceptionnelle; vous ne sauriez au contraire trouver de méthode plus simple, puisqu'elle ne nécessite aucune instrumentation, aucune stérilisation préalable, et que la perception de l'aorte abdominale chez la femme qui vient d'accoucher est d'une simplicité extrême; elle est à coup sûr absolument et immédiatement efficace au moins comme moyen d'hémostase provisoire, vis-à-vis de toute hémorragie *utérine*, enfin contrairement à la méthode de Momburg qu'on a essayé parfois de lui substituer, elle ne présente absolument aucun inconvénient pour la parturiente.

Vous continuerez la compression pendant quelques minutes, puis si chaque fois que vous la suspendez l'hémorragie se reproduit, vous substituerez à votre propre main celle d'un aide quelconque en ayant seulement soin de la placer en bonne position et en recommandant à votre aide improvisé de continuer à appuyer sans brusquerie. Vous aurez ainsi recouvré votre liberté pour être en mesure de pratiquer le traitement rationnel de l'hémorragie à cette période, c'est-à-dire le décollement total et l'expulsion du placenta, en d'autres termes la *délivrance*.

Essayez d'abord, à moins que le temps ne presse, de réaliser cette délivrance par les *manœuvres externes ordinaires* : refoulement et tractions légères sur le cordon; si vous réussissez faites suivre l'expulsion du délivre d'une injection intra-utérine chaude de solution iodo-iodurée à 45 degrés, pratiquez un peu de massage du globe utérin, et très souvent par ces moyens simples vous aurez la satisfaction de voir l'hémorragie s'arrêter définitivement.

Si au contraire vous éprouvez quelques difficultés à obtenir le décollement placentaire, après avoir soigneusement désinfecté vos mains, ou les avoir garnies de gants de caoutchouc bouillis, précautions que la compression de l'aorte vous donnera toujours le temps de prendre, vous pratiquerez la *délivrance artificielle manuelle*. Suivant l'état de la malade vous l'exécuterez soit sous, soit sans anesthésie générale à l'éther, soit simplement sur un bassin d'accouchement soit en travers du lit : pendant que votre main gauche fixera le fond utérin (manœuvre capitale) à travers la paroi abdominale, allez avec votre main droite introduite toute entière dans le vagin, puis dans la cavité utérine reconnaître la zone d'insertion placentaire, en vous servant au besoin du cordon comme guide; amorcez ensuite le décollement placentaire sur l'un des bords, puis poursuivez peu à peu et de proche en proche ce décollement avec l'extrémité ou le bord mousse des doigts : ce n'est qu'en présence d'adhérences résistantes que vous gratterez, que vous peignerez le tissu pour en obtenir le décollement; lorsque la totalité du gâteau placentaire vous paraîtra détachée, faites glisser le délivre dans le vagin, puis, explorez de nouveau la zone d'insertion, voyez s'il ne reste rien; constatez aussi si l'utérus se contracte. Alors seulement retirez votre main qui entraînera avec elle hors de la vulve le délivre et les caillots qui emplissent le vagin.

La délivrance artificielle manuelle, nous dirions plus volontiers la revision manuelle de la cavité utérine, est, ne l'oubliez pas, le mode de traitement

héroïque de toutes les hémorragies de la délivrance. Il ne faut pas, par crainte exagérée de l'infection, en restreindre trop l'utilisation; vous aurez avantage à l'employer comme il est classique de le faire lorsque la délivrance n'est pas faite; mais aussi dans tous les cas où elle est douteuse, et même, à notre avis, toutes les fois qu'une hémorragie ne s'arrête pas, et cela d'une façon bien complète par les moyens externes.

Votre main introduite dans la cavité utérine en retirera soit des débris cotylédonaires, soit des lambeaux de membranes, soit même de simples caillots dont l'expulsion fera cesser l'hémorragie; d'autres fois elle vous permettra de reconnaître dans une inversion utérine incomplète, ou dans la présence d'un fibrome sous-muqueux la cause de la persistance et de la gravité de l'hémorragie.

Dans les cas ordinaires lorsque l'expulsion bien complète du délivre n'arrête pas l'hémorragie, lorsqu'après avoir retiré votre main qui a pratiqué soigneusement la revision de la cavité, vous avez le désagrément de constater que l'hémorragie continue, c'est que vous avez à faire soit à *une inertie utérine grave*, soit à une *hémorragie ne venant pas de la zone placentaire*.

Dans le premier cas (absence de globe de sûreté) essayez de réveiller les contractions par un massage énergique du muscle utérin, par des injections intra-utérines à 45 degrés; si cela ne suffit pas, ne perdez pas votre temps, remettez votre poing dans l'utérus, ce sera le meilleur agent d'excitation, comprimez la totalité du muscle entre ce poing et votre autre main empoignant le fond de l'organe à travers la paroi abdominale; en même temps faites pratiquer une injection d'ergotine, vous le pouvez à ce moment, mais à ce moment là seulement, puisque vous êtes alors absolument certain de la vacuité utérine; si enfin l'inertie tend à reparaître chaque fois que vous tentez de supprimer l'excitation intra-utérine manuelle, substituez à votre poing un tamponnement très serré de toute la cavité utérine et de toute la cavité vaginale.

Dans le second cas (persistance de l'hémorragie malgré la certitude de la vacuité utérine et de l'existence manifeste de contractions), nous verrons plus loin ce que vous aurez à faire.

II. Hémorragies consécutives au décollement placentaire. — Le tableau clinique habituel de ces hémorragies est le suivant : l'accouchement et la délivrance se sont passés sans incident, tout paraît d'abord aller parfaitement, et vous avez en somme tout lieu de vous montrer satisfait lorsque la malade commence à accuser quelques malaises : inquiétude, agitation, sensation de mal au cœur, besoin d'air, décoloration légère des muqueuses des lèvres; ne traitez jamais à la légère ces plaintes des malades, ne les mettez pas sur le compte d'un nervosisme, d'une sensibilité exagérée, examinez le pouls de la malade, vous le trouverez rapide et petit; inspectez l'utérus vous pourrez parfaitement constater qu'il est régulièrement contracté, mais vous serez frappé par son volume, par l'élévation de son fond, au niveau ou au-dessus de l'ombilic, parfois jusque sous les fausses côtes; devant ces constatations, et malgré le peu d'importance de l'écoulement sanguin vulvaire, n'hésitez pas à faire le diagnostic d'hémorragie grave qui s'accumule dans le vagin et dans la cavité du segment inférieur; comme traitement ne vous contentez pas d'une simple injection chaude, ou de manœuvres de massage utérin; là encore pratiquez sans hésitation la revision manuelle de la cavité utérine : vous retirerez en général de gros caillots, souvent quelques débris cotylédonaires ou membraneux, et une fois que la vacuité utérine sera bien complète, l'hémorragie s'arrêtera définitivement et vous aurez la satisfaction de voir votre malade se remonter très rapidement.

III. Hémorragies ayant leur origine en dehors de la plaie placentaire. — La plupart résultent d'une lésion traumatique des voies génitales; elles méritent d'être étudiées ici, car c'est pendant la période de la délivrance qu'elles se manifestent et que vous aurez à les diagnostiquer et à les traiter. Celles qui sont dues à une plaie superficielle attireront votre attention et seront reconnues facilement souvent même avant la délivrance par la simple inspection de la vulve entr'ouverte. Il n'en sera pas toujours de même pour celles qui ont comme origine une plaie profonde du vagin ou du col; vous ne les diagnostiquerez souvent que lorsqu'après avoir crû à une hémorragie placentaire banale avoir parfois pratiqué pour cela la délivrance artificielle, vous constaterez que malgré la vacuité certaine de l'utérus, malgré sa contraction indéniable, l'hémorragie continue avec la même abondance et la même régularité.

Dans tous ces cas recherchez d'abord soigneusement d'où vient le sang; inspectez successivement la vulve surtout la région vestibulaire, par l'examen direct; le vagin, le col et le segment inférieur au moyen du toucher d'abord, puis de la vue en vous aidant de valves, de pinces tire col, et d'un bon éclairage. En présence d'une hémorragie importante ne craignez pas de pratiquer un examen très complet, cela facilitera du reste singulièrement votre traitement qui doit consister toutes les fois que c'est possible dans la suture de la plaie bien mise en évidence.

Cette suture est en effet le seul traitement vraiment logique qui mettra la malade à l'abri de tout danger immédiat (hémorragie) ou tardif (infection) : avec un peu de patience, et un outillage approprié elle est réalisable dans la majorité des cas.

Les hémorragies *vestibulaires* saignent beaucoup à cause de leur voisinage avec les racines du clitoris, elles résistent au tamponnement, mais sont faciles à suturer : la seule précaution à prendre est d'éviter la blessure de l'urèthre que vous pourrez au besoin repérer avec une sonde.

Les plaies de la *partie basse du vagin* se confondent en général avec les plaies du périné, et leur traitement est réalisé par les sutures suivant la technique habituelle.

Les déchirures profondes des *culs-de-sac vaginaux* et *celles du col* sont plus difficilement accessibles; on peut pourtant en général parvenir à les atteindre et à les suturer en s'aidant de valves, de pinces à abaissement, d'aiguilles à pédale, et surtout d'un bon éclairage. Ce n'est que dans les cas où il y aura réellement impossibilité de faire mieux, que vous vous résoudrez à utiliser comme traitement le *tamponnement*. Celui-ci doit être évidemment très aseptique et très serré et pour cela il doit occuper toute la cavité utérine et toute la cavité vaginale. Il n'a donc rien de commun avec les tamponnements que l'on voit journellement et qui sont constitués par quelques tampons de coton

glissés au hasard dans le vagin. Pour le réaliser dans des conditions aussi parfaites que possible procédez de la façon suivante : préparez d'abord votre matériel : pour cela si vous n'avez pas des lanières de gaze stérilisée *longues* et *épaisses*, fabriquez en avec du coton *stérilisé;* si vous ne possédez pas de coton stérilisé, prenez du coton hydrophile en paquets, mais alors ayez soin après l'avoir divisé en lanières, de la faire soigneusement bouillir; ce coton exprimé mais encore humide constituera un excellent tampon qui placé dans une cuvette en émail elle-même bouillie vous sera présenté par un aide qui n'aura ainsi pas à le toucher; puis, si la malade n'est pas trop anémiée, placez la en position obstétricale en travers du lit, ouvrez la vulve au moyen de valves ou au besoin d'un simple spéculum, abaissez le col en saisissant la lèvre antérieure au moyen d'une pince de Museux, et avec une pince à pansement allez porter *au fond* de l'utérus l'extrémité de l'une de vos lanières de gaze ou de coton; comblez de poche en poche toute la cavité utérine, puis toute la cavité vaginale, ne craignez pas de tasser le tamponnement, retirez ensuite vos valves et terminez par un tamponnement vulvaire aussi serré que possible. Si, au moment d'intervenir, la malade est déjà dans un état alarmant, mieux vaut éviter de la remuer pour la mettre en travers du lit : faites alors le tamponnement à la main, le siège étant simplement surélevé par un bassin à accouchement.

Le tamponnement ainsi réalisé sera généralement efficace, mais il expose certainement la malade à de graves dangers d'infection; aussi évitez de le laisser longtemps en place; douze à dix-huit heures suffisent généralement, retirez-le peu à peu, avec une grande douceur, pour éviter que l'hémorragie ne reparaisse au moment de son ablation.

Tels sont les différents moyens thérapeutiques que vous aurez à mettre en œuvre pour arrêter les hémorragies les plus habituellement observées au cours de la période de la délivrance. Ce traitement causal est évidemment essentiel, mais il ne doit pas bien entendu vous faire oublier le traitement non moins important de l'anémie aiguë consécutive à toutes ces pertes de sang, traitement dont nous ne ferons ici que vous rappeler brièvement les principales directives et que vous utiliserez suivant les circonstances cliniques soit avant, soit pendant, soit seulement après votre intervention hémostatique : *a.* Evitez de remuer les malades qui ont eu de grosses hémorragies, de les endormir surtout au chloroforme (hypotenseur), de leur faire des injections d'ergot, vasoconstricteur énergique qui par anémie brusque du bulbe peut achever la malade; *b.* Efforcez vous au contraire de faire affluer vers le bulbe le peu de sang qui circule encore, pour cela utilisez la position horizontale, ou mieux la tête basse, au besoin la position improvisée de Trendelenbourg; *c.* Réchauffez la malade, faites-lui respirer de l'oxygène pour entretenir la vie; *d.* Surtout redonnez à la circulation le liquide qui lui manque, par des injections abondantes de sérum artificiel chaud sous-cutanées ou même intraveineuses dans les cas très urgents : c'est là le médicament héroïque de l'anémie aiguë post-hémorragique qui suffit dans la grande majorité des cas, et que par conséquent vous devez toujours posséder en abondance dans votre arsenal. Dans les cas tout à fait graves n'hésitez pas à lui adjoindre la transfusion sanguine devenue réellement pratique par la méthode du sang citraté. A défaut de l'hétérotransfusion, pratiquez au moins l'autotransfusion, en soulevant les quatre membres de votre malade et en exprimant vers le tronc le sang qu'ils renferment encore au moyen d'un bandage roulé (élastique si possible) partant de l'extrémité de chaque membre pour se diriger vers sa racine; *e.* Utilisez enfin les médicaments toni-cardiaques habituels : injections d'éther, de spartéine, d'huile camphrée, de caféine. Mais soyez bien persuadé que tous ces moyens ne donneront un résultat durable que si l'hémorragie est bien définitivement arrêtée; c'est là n'en doutez pas le point capital, si la malade continue à saigner même de façon très modérée mais continue, elle ne se remontera pas, quoique vous fassiez. Heureusement, comme nous nous sommes efforcé de vous le montrer dans la première partie de cette rapide étude, les moyens de mettre un terme définitif à la perte de sang ne manquent pas; ils ont en outre l'avantage de ne nécessiter pour la plupart aucune instrumentation spéciale; ils doivent par conséquent vous donner pleine confiance, et vous permettre de surveiller sans trop d'appréhension cette période toujours angoissante de la délivrance.

ACTUALITÉS

EINSTEIN A PARIS

La venue d'EINSTEIN à Paris est un événement qui, à plusieurs titres, suggère quelques réflexions. Si elles ne sont pas d'ordre médical, elles apparaissent au moins d'ordre psychologique et c'est par ce côté qu'elles intéresseront peut-être les lecteurs.

On ne s'attend pas à ce que j'expose de nouveau les théories d'EINSTEIN dont j'ai donné, ici même (30 juillet 1921), une idée sommaire et approximative, car la relativité, qui est une constatation de bon sens, et TCHOUANG-TSEU, 300 ans avant notre ère, en faisait déjà la remarque, devient extrêmement obscure quand elle doit s'exprimer en langage mathématique sans supports expérimentaux. Or, tel est le cas pour la relativité générale. On s'était trop pressé, semble-t-il, d'en annoncer certaines vérifications, puisque la cause de l'avance de la planète Mercure sur son orbite ne paraît pas encore complètement élucidée, que la déviation de la lumière par la masse solaire, observée par EDDINGTON et CROMMELIN lors de l'éclipse du 29 mai 1919, et le déplacement vers le rouge des raies du spectre demeurent, comme l'a montré M. PÉROT à l'Académie des sciences (3 avril 1922), dans les limites des erreurs possibles et demandent à être contrôlées de plus près. Quant à l'expérience de MICHELSON, elle ne se trouve pas expliquée du fait qu'EINSTEIN a étendu le postulat de LORENTZ et l'a transformé en axiome, erreur de logique qui pèse sur tout le système. De là résulte que la théorie reste en l'air, dans l'abstrait des formules, sans liens directs avec nous. Par ces temps où le mysticisme renaît, où la métapsychique et la théosophie se font envahissantes, l'idée d'assister à une sorte d'initiation magique a probablement contribué à attirer le grand public aux conférences d'EINSTEIN.

* * *

Il s'y est présenté assez bonnement, un peu embarrassé de ses mains, tandis que ses managers

prenaient l'allure hiératique d'acolytes à l'autel. Sous sa chevelure ébouriffée, un sourire, ironique et narquois, éclairait son front vaste et plissait ses yeux vifs; car il sourit tout le temps, quand il parle et quand il écoute, quand on critique ses idées aussi bien que quand on les approuve. Que signifie ce perpétuel sourire qui n'est ni celui, hautain, de l'orgueil, ni celui, épanoui, de la vanité satisfaite? On dirait — ce n'est qu'une impression — un masque jeté volontairement, assidûment, sur des pensées profondes et lointaines que nul ne doit pénétrer. Après tout, le spectacle étrange qui se déroule devant EINSTEIN ne suffit-il pas à justifier cet énigmatique sourire? Voilà un savant, dont les conceptions ne peuvent être réellement comprises que par une douzaine de spécialistes, qui voit accourir pour l'écouter une foule bigarrée, académiciens et professeurs, hommes du monde et femmes élégantes, étudiants et curieux privilégiés, tous s'échauffant, applaudissant, et ceux qui n'y entendent goutte encore plus fort que les autres. N'y a-t-il pas de quoi surprendre et égayer le mystérieux chercheur? M. PAINLEVÉ, dans un article récent de la *Revue de Paris*, se réjouit de cet enthousiasme et y voit le signe d'un intérêt croissant pour les grandes synthèses qui s'essaient à démonter le mécanisme de l'Univers. A écouter les conversations, on se rendait compte, hélas! que, pour beaucoup, il s'agissait bien moins d'accéder à la relativité que d'assister à une grande première, plus sélecte, plus rare et pas plus embêtante, au fond, qu'un concert de musique dadaïste ou une exposition de peintres cubistes. Et EINSTEIN l'a senti; il a senti qu'aucune de ces belles dames, jamais, ne retiendra la différence des axes galiléens et des axes coperniciens, et que très peu de ces messieurs resteront à même de saisir le rapport entre la densité de la matière et la courbure de l'espace. C'est pourquoi il a tenté de soutenir que ses théories peuvent se passer d'expressions algébriques, à la condition qu'on jette quelques lueurs, dans leurs présentes ténèbres, par d'ingénieuses comparaisons. Faute grave, mais obligée, des relativistes, car comparer n'est pas expliquer. Il n'explique rien, M. NORDMANN, quand il compare l'*intervalle* d'EINSTEIN à l'hypothénuse d'un triangle rectangle, ni M. BOREL quand il nous fait marcher à la surface de la terre pour montrer que l'univers est fini tout en restant sans limites, ni M. LANGEVIN, ni M. PAINLEVÉ, avec leurs mètres et leurs horloges, qui se raccourcissent ou s'allongent, avancent ou retardent suivant la vitesse. Dans le domaine de la science, la comparaison est souvent dangereuse parce qu'elle trompe sur la nature des choses et semble apporter des preuves où il n'en existe pas. « Les théories d'EINSTEIN, déclarait M. DESLANDRES à l'Académie des sciences, reposent sur des bases discutables et fragiles. Il me paraît sage, avant de se prononcer sur leur valeur, de vérifier si toutes les conséquences astronomiques, annoncées par l'auteur, sont exactes. »

*
* *

Après la comédie de snobs parisiens acclamant, se disputant EINSTEIN avec la même frénésie qu'un ténor en vogue, le drame dans la coulisse. Il a été habilement préparé. Avant la guerre, personne en France, sauf de très rares physiciens, ne parlait d'EINSTEIN, bien qu'il eut déjà publié ses principaux travaux. En 1919, un bruit tout à coup circule : « La lumière est pesante, ma chère. C'est EINSTEIN qui a trouvé ça. » — « Qui, EINSTEIN? » — « Un boche. » — « Ah!... » Puis la nouvelle se répand; on en discute dans les revues scientifiques, dans la grande presse, dans les salons, des livres paraissent, ornés de titres sensationnels : *Nouvelle conception de l'Univers, Lueurs dans l'inconnu*, etc. En même temps, la figure de l'inventeur se dessine, ou plutôt on la dessine, « EINSTEIN n'est pas un boche, mais un suisse allemand, qui a refusé de signer le manifeste des 93 et voulait s'associer, au contraire, à l'*Appel aux Européens* de NICOLAÏ, qui y était opposé; depuis lors il n'a cessé de braver les persécutions (?) pour la vérité et la justice. Bref, c'est un homme d'une grande noblesse de caractère. » Dans cette histoire, le vrai et le faux sont adroitement mêlés. En réalité, EINSTEIN est né à Ulm, en 1879, mais vécut assez longtemps en Suisse et ce ne fut qu'en 1914 qu'il devint professeur à l'Université de Berlin et à l'Institut de recherches physiques Kaiser-Wilhelm. S'il ne signa pas le manifeste des 93, il ne paraît pas non plus qu'il en ait été très vivement sollicité, et si l'appel de NICOLAÏ, dont très peu de personnes ont eu connaissance, supprimait le « il n'est pas vrai », il soutenait que l'Allemagne, ayant été attaquée, avait le droit de se défendre et tout ce qui s'en suit. Quant à ses persécutions, à part quelques charivaris d'étudiants, nous demandons qu'on nous les énumère par le menu. On s'éloigne ainsi, tant soit peu, de la légende de ce brave homme d'EINSTEIN, martyr de ses idées de liberté; mais qui s'inquiète de vérifier ces détails? Quoiqu'il en soit, l'opinion ainsi préparée et devenue sympathique, quelques Français s'avisèrent d'appeler EINSTEIN à Paris, pour y faire l'exposé de ses théories. Le professeur berlinois hésita un peu et on raconte que M. Anatole FRANCE lui-même l'encouragea dans sa résistance. Tout pourtant s'arrangea sur ce programme : réception privée, auditoire choisi, contrôle rigoureux et, au besoin, forces de police pour empêcher les anciens combattants et les mutilés, les pères, les mères, les femmes, les enfants de ceux qui sont morts en défendant la patrie, de protester contre les hommages rendus à un Allemand, fut-il le plus grand savant de la terre. EINSTEIN arriva donc et ce fut l'apothéose.

Mais elle n'était pas complète pour un Allemand; il y manquait la *Schadenfreude*. Aussi EINSTEIN manifesta-t-il le désir, aussitôt satisfait, de visiter nos régions dévastées, et personne, parmi ses thuriféraires, ne se trouva pour lui faire comprendre l'inconvenance de cette démarche. Qu'a-t-il pensé, cet homme, en voyant Verdun, Reims, la Somme, les Flandres? Pendant qu'il contemplait nos ruines, que personne ne nous a aidé à relever, pas même ceux qui les ont faites, le sourire ironique et narquois errait-il encore sur ses lèvres? Enfin, son cœur a-t-il frémi de compassion au deuil immense de nos cimetières, ou bien s'est-il réjoui de haine à piétiner nos tombes?

Ainsi, à cet Allemand qu'on nous affirmait uniquement, épris d'idéal, que nous avons reçu avec honneur et couvert d'acclamations, il a fallu, irrésistiblement, la joie sadique du spectacle de nos villes détruites et de nos campagnes rasées. Il ne pouvait donc pas s'en passer? Comme ils sont tous les mêmes, ces boches; savant ou feldwebel, ils ont l'âme pareille. Et maintenant ça va continuer ou, plutôt, recommencer comme avant 1914. EINSTEIN a ouvert la porte; d'autres la franchiront à leur tour,

docteurs à lunettes, touristes curieux, espions camouflés, avant-coureurs et fourriers de la Germanie en armes.

Clairons du Rhin, sonnez le « garde à vous ! »

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 18 AVRIL 1922)

Hypertension et fibromes utérins. — M. Jean HEITZ insiste sur la fréquence avec laquelle on rencontre l'association de fibromes utérins et d'hypertension artérielle. Cette relation avait été déjà signalée par MM. Vaquez et Leconte. Dans la statistique personnelle de l'auteur, portant sur 208 femmes hypertendues, 45 étaient porteurs de fibromes ou avaient été traitées chirurgicalement ou médicalement pour cette affection. Les grands chiffres de tension artérielle étaient surtout fréquents chez les femmes dont les hémorragies avaient été arrêtées par l'hystérectomie ou par les rayons X.

Une proportion moins importante de malades conserve une pression normale dans les mêmes conditions; mais il est à noter que l'élévation de la pression ne se manifeste parfois qu'au bout de plusieurs années.

Ces constatations soulèvent une question intéressante de pathogénie : elles semblent peu favorables à la théorie qui considère toutes les hypertensions artérielles comme secondaires à l'évolution d'une néphrite. Au point de vue pratique, elles montrent qu'il peut y avoir inconvénients à supprimer par des mesures trop radicales les hémorragies des femmes atteintes de fibromes; la radiothérapie qn'on peut doser à volonté apparaît comme préférable à l'hystérectomie. Il importe aussi de maintenir ultérieurement sous la surveillance médicale, en ce qui concerne surtout leur état circulatoire, les femmes qui ont été traitées pour des fibromes utérins.

Un cas de spirochétose ictérogène. — MM. DUCAMP, CARRIEU et GUEIT rapportent un cas de cette maladie qui a été signalé dans la région de Montpellier. Le diagnostic fut particulièrement difficile et ne fut établi qu'à la suite d'une séro-réaction pratiquée par M. Pettit à l'Institut Pasteur. La recherche du parasite, faite à plusieurs reprises dans le liquide céphalo-rachidien, avait toujours été négative. Les auteurs montrent la nécessité, pour la reconnaissance de cette maladie, d'examens de laboratoire souvent répétés.

Recherches sur la viscosité sanguine au cours de l'intoxication morphinique. — M. P. SOLLIER, poursuivant avec M. Morat ses recherches sur le sang dans l'intoxication morphinique, en étudie la viscosité. Celle-ci est légèrement augmentée par l'hyperglobulie pendant l'intoxication, mais subit une augmentation très notable au moment du sevrage. Cette augmentation porte à peine sur le plasma, mais presque entièrement sur les hématies, dont les altérations nombreuses, signalées autrefois par Morat, en accentuent l'adhérence. La viscosité normale reparaît du dixième au vingtième jour après le sevrage. Ces variations se superposent à celles qu'on constate au point de vue globulaire et leucocytaire et montrent que l'intoxication et la désintoxication sont de nature organique, et que les troubles psychiques qu'elles entraînent sont d'ordre secondaire et non le fait d'une habitude psychique ou morale seulement.

(SÉANCE DU 27 AVRIL 1922)

Les maisons maternelles. — La discussion se poursuit à l'occasion du rapport de M. Léon Bernard sur cette question.

M. HERGOTT (de Nancy) reconnaît que cette loi serait d'une



utilité incontestable. Mais il est à craindre qu'en raison même de son importance elle ne se heurte à des difficultés budgétaires qui en retarderaient l'application. Elle présente un intérêt primordial pour la protection de l'enfant, aussi bien dans sa vie intra-utérine que dans les premiers mois de sa naissance. Elle aura aussi pour effet de remplacer de plus en plus l'allaitement artificiel par l'allaitement maternel, de diminuer le nombre des avortements et des infanticides. Cette loi qui doit avoir pour effet de relever la natalité est donc d'une extrême urgence. Il appartient à l'Académie d'éclairer les Pouvoirs publics.

M. BAR se déclare en parfait accord avec les vœux de la Commission. Les expériences si heureuses déjà faites à Tours, à Rouen, les résultats si encourageants déjà obtenus sont les meilleurs arguments qu'on puisse invoquer en faveur de cette institution de maisons maternelles.

M. Bar, à Tours, a vu la mortalité infantile passer de 50 p. 100 à 2,7 p. 100. Devant une semblable statistique, il ne saurait rester aucun doute sur l'utilité des maisons maternelles.

M. Bar émet quelques considérations sur leur fonctionnement. Il envisage successivement l'intérêt des femmes enceintes et celui des nouveau-nés.

Ce n'est pas la première fois, d'ailleurs, que l'Académie est saisie de cette question, et M. Bar rappelle les vœux déjà formulés en mai 1886 et en octobre 1917.

Pourquoi ces vœux sont-ils restés jusqu'ici lettres mortes? Dans ces vœux, il était spécifié qu'on devait laisser aux filles-mères le droit au secret. Elles devront conserver ce droit dans les maisons maternelles. Il y faudra également assurer aux femmes en couches tous les soins nécessaires, et, au besoin, leur assurer aussi les secours de la chirurgie. A ce point de vue, M. Bar estime que les maisons maternelles devraient être toujours édifiées dans le voisinage d'une maternité ou d'un hôpital. Il faudra qu'il puisse y avoir des rapports constants, une union intime entre les maisons maternelles et l'hôpital ou la maternité.

On a déjà dit que les femmes devront rester à la maison maternelle le plus longtemps possible, pendant l'allaitement. Il ne faudrait pas se faire d'illusions à ce sujet. Ces femmes auront le plus vif désir de rentrer dans leur foyer.

Comment assurer l'existence des maisons maternelles? Il y faut le concours simultané du département, des pouvoirs centraux et des œuvres privées. M. Bar entre dans de nouveaux détails d'organisation.

MM. WALLICH et MARFAN prennent aussi la parole pour apporter de nouveaux arguments en faveur des maisons maternelles.

— Il ne faut pas oublier que c'est M. Marfan qui présenta à l'Académie l'heureuse initiative de M. Bosc à Tours.

Obstétrique. — M. LEROY DES BARRES communique une observation dont le titre seul indique l'intérêt. Rétrécissement du bassin, déchirure du vagin, du col et du segment inférieur de l'utérus, à la suite de manœuvres exercées par une matrone, infection, extraction d'un enfant mort, putréfié, par les voies naturelles, hystérectomie abdominale, guérison.

Oléo-thorax thérapeutique. — M. BERNON a obtenu de bons résultats d'injections d'huile goménolée dans les pleurésies purulentes tuberculeuses.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 5 AVRIL 1922)

Ulcus peptique du côlon consécutif à une iléo-colostomie. — M. LECÈNE fait un rapport sur une observation de M. Pauchet dont voici le résumé :

Laparotomie pour fibrome et salpingite, rupture de la salpingite, nettoyage à l'éther, fermeture sans drainage.

Accidents de septicémie péritonéale : réouverture du ventre et drainage. Disparition des accidents, mais quinze jours plus tard occlusion intestinale aiguë, vomissements fécaloïdes.

Nouvelle opération sous anesthésie locale. Incision iliaque gauche. Prise de la première anse grêle qui se présente. Anastomose latéro-latérale avec le côlon iliaque. Fermeture du ventre.

Les accidents d'occlusion disparaissent : la malade guérit et quitte l'hôpital.

Un mois après, elle présente des accidents de colite ulcéreuse : hémorragies intestinales, glaires, ténesme, douleurs, amaigrissement. Tous les traitements échouent pendant six mois. Finalement, M. Pauchet pratique une opération très simple :

Réouverture de l'incision gauche. Recherche de l'anastomose. Section de l'iléon, de façon à reconstituer l'ancienne anse grêle et abandon de l'anse iliaque dans le ventre ; autrement dit, rétablissement absolu de l'état anatomique primitif. Disparition immédiate, instantanée de tous les accidents. Il semblerait, comme dit l'auteur, que la cicatrisation de la muqueuse se soit faite aussi vite que celle d'une peau au contact d'une fistule de l'iléon, après suppression de la fistule.

L'auteur rapproche cet accident de l'ulcus jéjunal qui est consécutif à la gastro-entérostomie. Il fait remarquer que le traitement était le même : il suffit de séparer la gastro-entérostomie pour que l'ulcus disparaisse. Le côlon n'est pas plus fait pour recevoir le suc digestif d'une anse grêle élevée que le jéjunum n'est fait pour recevoir le contenu hyperacide de l'estomac.

Leucocytothérapie. — M. Louis BAZY fait un rapport sur un travail de M. Regard qui a fait une série d'expériences consistant à isoler et à recueillir les leucocytes dans le sang d'un animal et à constituer ainsi un bouillon leucocytaire. Il a ensuite expérimenté chez des animaux témoins et chez des animaux préalablement vaccinés. Chez ces derniers, les leucocytes ont eu un pouvoir de vaccination. Il n'y a pas encore eu d'expériences chez l'homme.

Les amputations du pied. — M. BÉRARD (de Lyon) est un partisan déclaré de l'amputation de Chopart qui, d'ailleurs, a toujours été préconisée par les chirurgiens lyonnais. Il faut, dit-il, la pratiquer en temps opportun, faire un large lambeau plantaire et sectionner le tendon d'Achille. M. Bérard apporte vingt-deux faits. Avec MM. Quénu, Lapointe et Savariaud, il considère l'amputation de Chopart, bien faite, comme une excellente opération.

On peut, suivant les cas, transformer un Chopart en un Ricard, un Pyrogoff, un J.-L. Faure ou en un Syme.

Asystolie consécutive à un anévrisme artério-veineux. — M. GRÉGOIRE, en son nom et au nom de M. Lian, communique deux intéressantes observations.

Premier cas : blessé de 1914, plaie thoracique par balle, guérison. Puis apparaissent des signes d'asystolie; anévrisme artérioso-veineux, opération, disparition de tous les troubles cardiaques en vingt-quatre heures.

Deuxième cas : blessé de 1914, blessure de cuisse. Anévrisme artérioso-veineux, signes d'asystolie, état très grave. M. Grégoire pratique l'extirpation de l'anévrisme, disparition très rapide de tous les phénomènes d'asystolie grave.

Ces faits sont rares, M. Grégoire n'a pu en réunir que cinq cas.

Il s'agit là de cœur forcé, l'intervention s'impose.

M. TUFFIER partage cet avis, pourvu que l'anévrisme soit opérable. Ainsi dans un cas qu'il a observé, il s'agissait d'un anévrisme de la veine cave inférieure dans l'aorte abdominale.

Nouvelles indications de la cholécystectomie. — M. GOSSET estime qu'il y a lieu d'étendre les indications de cette opération. Chez les hépatiques qui ont des poussées douloureuses fréquentes, il faut faire une incision exploratrice permettant d'examiner leur vésicule biliaire; si celle-ci présente des adhérences, un aspect blanchâtre, des parois épaisses, on peut conclure qu'il s'agit de ces vésicules fraises sur lesquelles M. Gosset a déjà appelé l'attention. Il existe généralement, dans ces cas, sous l'épithélium, de petites concrétions de cholestérine, c'est-à-dire de la graisse de calculs. Ces vésicules doivent être enlevées. M. Gosset appuie cette conclusion sur 146 observations personnelles.

PRATIQUE MÉDICALE

LES ÉLÉMENTS VITAMINIQUES PEUVENT-ILS ÊTRE STABILISÉS ET CONSERVÉS?

Par O. ROLLAND et A. JOUVE.

Dans une note antérieure (voir *Gaz. des hôpit.*, 21 janv. 1922, nº 6) nous avons indiqué que, ayant obtenu un extrait vitaminé polyvalent, nous nous étions attachés à obtenir dans celui-ci la stabilisation et la conservation des éléments vitaminiques; nous laissions entendre que nous espérions avoir obtenu ce résultat par la « douceur » du traitement initial des substances vitaminifères, afin d'éviter l'amorçage de la désintégration que produit le chauffage à 70 degrés par exemple, ou même les triturations brutales, comme celle des cylindres métalliques qui, dilacérant les cellules végétales, dissocient plus ou moins leurs molécules constitutives. Nous ajoutions que des expériences *in anima vili* en cours d'exécution viendraient affirmer ou infirmer, un peu plus tard, la justesse de nos conceptions. Ces expériences étant terminées, nous voudrions en donner un rapide aperçu; mais que l'on nous permette auparavant de mentionner brièvement quelques recherches parallèles aux nôtres qui permettront de mieux situer l'état actuel de la question.

Rappelons tout d'abord qu'il est maintenant établi par de multiples expériences que, de tous les éléments vitaminiques, hydro et liposolubles, c'est le principe hydrosoluble antiscorbutique qui, de beaucoup, est le plus instable et le plus difficile à conserver intact car, relativement résistant à la chaleur, il se trouve très promptement détruit, dans les conditions ordinaires, par l'action de certaines oxydases; c'est ainsi que le jus de pomme de terre perd très vite sa valeur antiscorbutique du fait de la *tyrosinase* (W. Onslow) et de la *laccase* (G. Bertrand). Or, les acides, même à faibles concentrations, ont le pouvoir de paralyser l'action de ces oxydases, et notamment celle de la laccase. Les acides organiques ne semblent pas beaucoup inférieurs à ce point de vue aux acides minéraux et l'acide citrique, notamment, à une concentration assez faible, 0,65 p. 100, possède un pouvoir empêchant très net sur l'action destructive des oxydases de la pomme de terre. Des expériences effectuées sur le cobaye, et très démonstratives à ce point de vue, ont d'ailleurs été effectuées récemment par M. N. Bezssonoff, au laboratoire de M. le professeur G. Bertrand, à l'Institut Pasteur, et nous renvoyons le lecteur, pour plus de développement, à la très intéressante publication qui en a été faite (1).

Afin de nous rendre compte si notre extrait vitaminé polyvalent (*biotose*) qui s'était montré apte à guérir dans un délai très court les troubles de la carence peu après son extraction (et qui, celle-ci terminée, présente une concentration citrique de 0,21 p. 100) conservait son pouvoir antinévritique et antiscorbutique après plusieurs mois de conservation, nous avons opéré sur deux groupes de pigeons carencés, le premier groupe étant traité par de la biotose fraîchement préparée, le second par du produit extrait depuis onze mois et conservé in vitro dans les conditions ordinaires.

Voici les résultats de cette expérience comparative; pour ne pas allonger cette note nous ne ferons état ici que de deux pigeons du premier et du second groupe, tous les autres s'étant comportés très sensiblement de la même façon.

Le régime de carence a été le suivant : farine de riz, préalablement traitée par l'alcool à 80 p. 100, puis additionnée de 1,65 p. 100 de sels minéraux, et mise en bouillie avec parties égales d'eau ordinaire. Ration quotidienne : 50 centimètres cubes de bouillie correspondant à environ 25 grammes de riz.

Pigeons traités avec de la biotose récemment préparée. — PIGEON Nº 1. — Poids, 325 grammes.

Début de l'expérience : 15 janvier 1922.

17e jour : Apparition des manifestations polynévritiques.

25e jour : Contracture des griffes, marche ataxique, repose assis.

33e jour : Paralysie des pattes, opisthotonos, convulsions, poids, 250 grammes.

A 11 heures : Par voie buccale, 6 grammes de biotose préparée depuis quinze jours.

A 17 heures : Animal presque rétabli et d'apparence normale.

34e jour : Etat absolument normal, seul l'amaigrissement différencie l'état du pigeon de ce qu'il était au début de l'expérience.

PIGEON Nº 2. — Poids, 350 grammes.

Début de l'expérience : 15 janvier 1922.

8e jour : Poids, 345 grammes.

15e jour : Apparition des premiers symptômes pathologiques, plumage rebroussé, fatigabilité, poids, 285 grammes.

20e jour : Paralysie des pattes, convulsions, opisthotonos, poids, 278 grammes.

A 11 heures : Par voie buccale, 4 grammes de biotose préparée depuis quinze jours.

A 17 heures : Animal se tenant sur ses pattes, regard vif.

21e jour : Etat absolument normal, disparition de tout symptôme polynévritique.

Pigeons traités avec de la biotose datant de onze mois. — PIGEON Nº 1 *bis*. — Poids, 318 grammes.

Début de l'expérience : 1er janvier 1922.

18e jour : Apparition des troubles de carence, plumage rebroussé.

24e jour : Début de contracture des griffes.

27e jour : Contracture des griffes prononcée, démarche ataxique, assis sur le sol, ne se lève que si on l'excite.

28e jour : Incapable de se tenir debout ou de marcher, sensibilité des orteils très réduite, poids, 265 grammes.

A 17 heures : Par voie buccale, 6 grammes de biotose préparée en février 1921.

29e jour : Se tient assis, marche et vole, mais se fatigue vite, 4 grammes de la même biotose les jours suivants.

32e jour : Poids, 275 grammes, état général normal.

34e jour : Poids, 290 grammes, état général normal.

PIGEON Nº 2 *bis*. — Poids, 385 grammes.

Début de l'expérience : 1er janvier 1922.

19e jour : Apparition des troubles de carence, tête rétractée, plumage rebroussé.

24e jour : Mêmes symptômes, poids, 310 grammes.

27e jour : Démarche ataxique, assis au sol.

28e jour : Paralysie des jambes, opisthotonos.

A 11 heures : Par voie buccale, 6 grammes de biotose préparée en février 1921.

A 17 heures : Légère amélioration, regard vif, disparition de l'opisthotonos.

A 18 heures : Convulsions violentes, opisthotonos.

29e jour : Très fatigué, repose assis, ne peut marcher et se tenir debout, mais vole de façon presque normale.

Poids, 282 grammes, encore 6 grammes de la même biotose.

30e jour : État presque normal, 4 grammes de la même biotose les jours suivants.

34e jour : Excellent état, poids, 305 grammes.

NOTA. — *Les sujets de ces quatre expériences ont été gardés en observation pendant plusieurs semaines après la disparition des troubles de carence; leur rétablissement s'est intégralement maintenu.*

Ces expériences montrent d'une façon très nette que les éléments vitaminiques, dans des conditions déterminées, sont susceptibles de conserver fort longtemps leur activité. En fait, un extrait vitaminé, aqueux et maltosé, présentant une acidité citrique de 0,21 p. 100 et datant de onze mois, a permis de faire cesser très rapidement chez le pigeon des troubles prononcés de carence. L'essai comparatif avec ce même extrait fraîchement préparé montre bien un certain fléchissement de l'activité vitaminique chez l'extrait ancien, mais celui-ci, néanmoins, possède encore une valeur anticarence élevée, puisqu'il suffit à lui seul à faire disparaître tous les symptômes morbides en trois ou quatre jours. De nouvelles expériences effectuées sur le cobaye avec un extrait plus acide, se rapprochant de la teneur indiquée par M. Bezssonoff (0,59 à 0,77 p. 100), permettront peut-être de constater une activité encore plus intégralement conservée.

(1) N. BEZSSONOFF. Influence des oxydases sur la destruction rapide du principe antiscorbutique, *Bull. de la Soc. scient. d'hyg. aliment.*, 1921, nº 9.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN D IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Etude anatomo-radiologique des vaisseaux de la base du cœur vus de face, par le Dr Robert CHAPERON, assistant de radiologie des hôpitaux. 1 vol. de 62 pages avec figures et 11 planches radiographiques. — Prix : 6 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Annuaire médical Rosenwald, 1922. — Paris, 99, rue d'Aboukir (2e).

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 27 avril. — MM. Bloch (Marcel), 17; Bouttier, 18,27; Tzanck, 14; Lévy (Fernand), 18,27; Jacob, 16.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 28 avril. — MM. Monod, 15; Madier, 17; Rouhier, 19.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. *Lecture.* — Séance du 28 avril. — MM. Dufourmentel, 28; Bonnet, 24; Rouget, 29; Miégeville, 27.

— Une place de suppléant d'assistant de consultation est vacante à l'hôpital Bretonneau. Les anciens internes en médecine désireux de l'occuper peuvent en faire la demande au bureau du Service de santé, à l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — MM. les Drs Guyot et Labat, agrégés, sont nommés professeurs sans chaire.

— LILLE. — MM. les Drs Bédart, Gérard, Ingelrans, Dubois sont nommés professeurs sans chaire.

PALMES ACADÉMIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les Drs Balland (de Saint-Porchaire), Ernantène (de Saint-Palais), Jouve (de Marseille), Jullien (de Joyeuse), Larcher (de Paris), Lascoutx, médecin principal de 1re classe; Louste et Robine (de Paris), Roché (de Châtel-Censoir), Schmitt, médecin-major de 1re classe; Weill, médecin dentiste à Paris.

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Dhers (d'Arné), Dijonneau (de Bordeaux), Duclos (de Mont-de-l'If), Loppé (de La Rochelle), Maumus, attaché à l'hôpital de l'Institut Pasteur.

(Au titre étranger.) *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les Drs Barbatis (de Beausoleil), Svatek (de Prague).

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Costantino-Tomaso (de Tunis), Dobreff (de Philippopoli), Kayat (de Paris).

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — RÉORGANISATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le Conseil du S. M. S. s'est occupé activement, avec la collaboration de MM. les médecins inspecteurs Troussaint et Sabatier, d'établir un projet de loi réorganisant le service de santé. Ce projet comporte notamment la présence de praticiens dans le Comité consultatif, et auprès des directeurs de région, pour l'établissement et le contrôle d'une mobilisation rationnelle. Le Conseil du S. M. S. estime qu'en toute justice, et pour la bonne exécution du service, les médecins militaires (active et réserve) doivent être incorporés dans la hiérarchie générale.

LA LOI DES PENSIONS. — Le Conseil a fait auprès de M. le Préfet de la Seine, des démarches pressantes pour hâter le règlement des notes d'honoraires en retard et pour organiser un contrôle satisfaisant des notes contestées par l'administration.

Ces deux questions seront d'ailleurs exposées au cours de l'*Assemblée générale* qui aura lieu le mardi 9 mai 1922 dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine à 20 h. 30.

La date du mardi 16 mai a été retenue pour le banquet amical.

RÉCEPTION A LA SECTION DE MÉDECINE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS. — Les membres de la Section de médecine de l'A. organisent pour le vendredi 5 mai à 20 h. 30. la réception annuelle des professeurs de la Faculté. Cette réception, présidée par M. le doyen Roger, sera suivie d'une soirée artistique.

Tous les étudiants en médecine y sont cordialement invités. (Entrée gratuite sur production de leur carte d'immatriculation ou de toute autre pièce de la Faculté.)

INDEX DES PROCHAINS CONGRÈS MÉDICAUX. — (1922.)

Mai 9, 10, 11 (BOLOGNE). — IVe Congrès italien de radiologie médicale.

Mai 26 (MADRID). — Ier Congrès national de réorganisation sanitaire.

Mai 29, 31 (PARIS.) — VIIe Congrès de médecine légale de langue française.

Mai 30, 31 (PARIS). — Centenaire de la thèse de Bayle sur la paralysie générale. (V. *Gaz. des hôpit.*, 1922, p. 257.)

Mai 31 (PLYMOUTH). — Congrès d'hygiène. Renseignements : The Royale Institute of Public Health, 37, Russel Square, London WCI.

Juin 2, 3 (PARIS). — IIIe Réunion neurologique internatio-

nale annuelle. Secrétaire : Dr Henry Meige, 35, rue de Grenelle. (V. *Gaz. des hôpit.*, 1922, p. 161.)

Juin 1er, 4 (PARIS). — Ier Congrès international d'hygiène mentale. Secrétaire général : Dr Genil-Perrin, 1, rue Cabanis, Paris. (V. *Gaz. des hôpit.*, 1922, p. 350 et 449.)

Juin 6, 7, 8 (PARIS). — Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française. Secrétaire général : Dr Hudelo, 8, rue d'Alger, Paris. (V. *Gaz. des hôpit.*, 1922, p. 350.)

Juin 24, 25, 26 (TOURS). — Journées bretonniennes. (V. *Gaz. des hôpit.*, 1922, p. 369.)

Juin 25, 28 (BRUXELLES). — Deuxièmes journées médicales de Bruxelles, organisées par le *Bruxelles médical*.

Juillet 6, 8 (PARIS). — Congrès international de protection maternelle et infantile.

Juillet 10 (PARIS). — Ve Congrès de l'Association des pédiatres de langue française. (V. *Gaz. des hôpit.*, 1922, p. 482.)

Juillet 11, 13 (BRUXELLES). — IIIe Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose. (V. *Gaz. des hôpit.*, 1922, p. 482.)

Juillet 17, 22 (LONDRES). — IIIe Congrès international d'histoire de la médecine.

Juillet 17 (PARIS). — Congrès français d'oto-rhino-laryngologie. Secrétaire général, Dr G. Laurens, 216, boulevard Saint-Germain, Paris.

Juillet 19, 22 (PARIS). — Xe Congrès international d'oto-rhino-laryngologie.

Août (QUIMPER). — Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française.

Septembre. — XVIe V. E. M. (voyage aux eaux minérales). Pyrénées-Orientales, Sud-Ouest. Secrétaire : Dr Maurice Gerst, 94, boulevard Flandrin, à Paris (XVIe).

Septembre 20 (ROME). — IIe Congrès international de pathologie comparée.

Octobre 2-7. — XXXIe Congrès français de chirurgie.

Octobre 4. — Congrès français d'orthopédie; Congrès français d'urologie.

Octobre 12-14. — XVIe Congrès français de médecine. (V. *Gaz. des hôpit.*, 1922, p. 514.)

(1923.) *Juin* (STRASBOURG). — Centenaire de Pasteur.

Juillet (LONDRES). — Congrès international de chirurgie.

Octobre (VENISE). — Congrès international de thalassothérapie.

JURISPRUDENCE ET LEGISLATION

LOI DU 1er AVRIL 1922 PORTANT FIXATION DÉFINITIVE DE LA LÉGISLATION SUR LES LOYERS (1)

TITRE II *(suite)*

Clause en faveur des propriétaires. — Aux termes de l'article 13, le droit à la prorogation instituée par le paragraphe 2 de l'article 7, c'est-à-dire la prorogation facultative, n'est pas opposable au propriétaire qui justifiera d'un motif légitime pour occuper par lui-même ou faire occuper par ses ascendants ou descendants ou par ceux de son conjoint, à titre d'habitation.

Mais le droit du propriétaire, ainsi défini, ne peut être opposé : aux mutilés ou réformés de guerre, aux veuves de guerre, aux ascendants ayant recueilli la veuve ou les enfants de militaires ou de marins morts pour la France, bénéficiaires des lois des 31 mars et 24 juin 1919, aux sinistrés dont l'habitation a été détruite ou rendue inhabitable par fait ou accident de guerre, aux chefs de famille ayant au moins trois enfants mineurs habitants avec eux ou à leur charge, ou si le locataire est âgé de soixante-dix ans ou atteint d'une maladie ou infirmité grave dûment constatée. Si le propriétaire lui-même ou ses enfants appartiennent eux-mêmes à une de ces catégories le droit à une prorogation ne leur est pas opposable.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 29, p. 459; n° 30, p. 476, et n° 32, p. 498.

La disposition du premier alinéa de cet article n'est pas applicable aux propriétaires de fractions d'immeubles dont les acquisitions, autrement que par succession, n'ont pas date certaine avant le 1er février 1922 ou qui, postérieurement à cette date, auront acquis un appartement provenant d'un fractionnement d'immeuble effectué antérieurement.

Pour éviter que le propriétaire n'abuse du droit qui lui est conféré par le paragraphe 1er de l'article 13, la loi, dans son article 14, spécifie que le propriétaire ayant excipé des dispositions de ce paragraphe 1er et qui, dans le délai de trois mois à dater du départ du locataire et pendant une durée minima d'une année, n'aura pas occupé l'immeuble, devra, au locataire congédié, une indemnité qui ne pourra pas être inférieure à deux années de loyer du local précédemment occupé.

TITRE III

Dispositions diverses.

Ces dispositions diverses sont contenues dans le titre III de la loi et aussi, d'une manière éparse, dans les deux titres précédents.

Renonciation au bénéfice de la loi. — Aux termes de l'article 23, toute renonciation au bénéfice de la loi et antérieure à sa promulgation est réputée non écrite, sauf dans les cas formellement prévus par la loi.

Indemnité pour pertes de loyers.— L'article 5 de la loi prescrit que les bailleurs dont le droit à indemnité de 50 p. 100 pour pertes de loyers a été consacré par l'article 29 de la loi du 9 mars 1918 et qui ont été déclarés forclos, à raison du retard dans la production de leur demande d'indemnité, sont admis à présenter une nouvelle demande *dans un délai d'un an à dater de la promulgation de la loi nouvelle*.

Evacuation de locaux. — L'article 6 dispose que les ministères et administrations publiques dépendant de l'Etat, autres que les services des finances, des postes et des télégraphes, des pensions et des régions libérées, devront avoir abandonné, avant le 1er juillet 1922, les locaux privés à usage d'habitation qu'ils ont occupés postérieurement au 1er août 1914.

Loyers d'avance. — Les locataires dont les loyers d'avance ont été utilisés conformément à l'article 25 de la loi du 9 mars 1918 ne sont pas tenus de les reconstituer (art. 12).

Dommages-intérêts. — Les prorogations accordées par les différentes lois, y compris la loi nouvelle, ne peuvent ouvrir droit à des dommages-intérêts au profit, soit d'un acquéreur de l'immeuble, soit d'une personne ayant loué à bail dans cet immeuble antérieurement à la promulgation de la loi du 1er avril 1922. D'autre part, si la prise de possession d'un local loué à bail dans ces conditions se trouve retardée, le locataire futur qui voudrait résilier la convention devra, en ce cas, déclarer sa volonté de résilier la convention dans les trois mois de la promulgation de la loi.

Interdiction de transformer les locaux d'habitation. — Aucun local affecté à l'habitation ne peut être transformé en établissement de spectacles publics ou de danse, ou en local commercial ou industriel, jusqu'au 1er janvier 1925 (art. 15).

Toute infraction à cette disposition constitue une contravention poursuivie en vertu du paragraphe 15 de l'article 471 du Code pénal. Le juge de police *doit ordonner* la réaffectation des lieux en locaux d'habitation dans le délai qu'il impartira; et, faute d'exécution dans ce délai, le propriétaire et l'occupant sont traduits devant le tribunal correctionnel et punis d'une amende de 2.000 fr. à 10.000 fr. Le tribunal devra, en outre, ordonner l'exécution, aux frais des parties, des travaux de réaffectation.

(*A suivre.*)

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Par MM. CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

VAISSEAUX

Hypotension et oscillométrie en chirurgie. (J. TAUZIN. *Th. de Bordeaux*, 1921.) — L'hypotension engendre dans la circulation, et d'une façon générale dans le métabolisme d'un blessé, de telles modifications que le chirurgien ne saurait se dispenser de la rechercher, de la mesurer et de la combattre par tous les moyens possibles.

Les hypotensions peuvent être légères ou graves, déguisées ou manifestes, compensées ou décompensées; la plupart sont de nature mixte. Elles s'expliquent par une viciation du cœur, des vaisseaux ou du sang.

Mais leur physionomie clinique varie à l'infini suivant les sujets et les affections qui les accompagnent. On distingue ainsi les hypotensions chez les hémorragiques (ceux qui continuent de saigner et ceux qui ne saignent plus), chez les intoxiqués et les infectés (aigus et chroniques), chez les choqués (hémorragiques, toxémiques, septicémiques, nerveux), chez les cachectiques de dénutrition, chez les insuffisants glandulaires.

L'hypotension intéresse le chirurgien dans trois circonstances :

1° Choix et mode d'application de l'anesthésique;

2° Opportunité de l'intervention;

3° Traitement de l'hypotension.

La rachianesthésie doit être repoussée; de toutes les méthodes c'est celle qui entraîne l'hypotension la plus marquée.

L'anesthésie régionale à la novocaïne serait le procédé idéal, mais en attendant qu'elle soit mieux connue, on aura recours encore à l'anesthésie générale. Le protoxyde d'azote est le produit le moins dangereux, puis viennent le chlorure d'éthyle et l'éther. L'avenir semble appartenir au chloralose qui ne modifie pas la tension artérielle.

L'anesthésie ne sera pas poussée à l'extrême pour épargner myocarde et surrénales; elle sera cependant suffisante, car l'irritation douloureuse est cause d'hypotension. S'il s'agit d'interventions de longue durée, mieux vaudra opérer en deux séances.

Malgré ces précautions, la syncope par imprégnation toxique du myocarde est encore possible; elle est précédée de fibrillations du cœur que l'emploi de l'oscillomètre mettra en évidence et qu'il permettra souvent de combattre avec succès, dès leur apparition.

On interviendra, au plus tôt, chez les hypotendus légers ou compensés, chez les hémorragiques qui continuent à saigner, chez les toxémiques et les septicémiques, chez les choqués autres que les choqués nerveux et chez les cachectiques de dénutrition.

Au contraire, il faudra surseoir à l'opération dans les cas d'hypertension grave ou décompensée, chez les hémorragiques qui ne saignent plus, chez les choqués nerveux, les insuffisants glandulaires, les intoxiqués ou infectés chroniques.

Pour mettre ces blessés en état d'opérabilité, il conviendra, suivant les cas, de s'adresser au myocarde, à la masse sanguine, aux centres vaso-moteurs, souvent à tous à la fois.

L'oscillomètre permettra de dépister la variété étiologique de l'hypotension.

L'insuffisance du myocarde se traduit par la chute de Mn et surtout par celle de Mx et de Pv.

La diminution de la masse sanguine s'accompagne de la chute de Mn.

La déficience des centres vaso-moteurs entraîne des modifications manifestes de Io.

Enfin, l'insuffisance surrénale amène une diminution de Mx et de Mn et une élévation de Io.

On aura recours aux sérums salés, sucrés ou gommeux, isotoniques ou hypertoniques, à l'huile camphrée, aux toni-cardiaques classiques, à la transfusion sanguine, à l'opothérapie surrénalienne.

Physiologie pathologique du rétablissement circulatoire après ligature haute de l'iliaque externe, et mécanisme de l'adaptation fonctionnelle des artères du type élastique après ligature. (LERICHE et POLICARD. *Lyon chir.*, t. XVIII, n° 3, p. 356, mai-juin 1921.) — L'adaptation fonctionnelle des artères liées à l'étendue nouvelle du territoire qu'elles doivent irriguer, varie suivant que les artères considérées appartiennent au type élastique ou au type musculaire.

S'agit-il d'une artère musculaire, on voit après ligature le vaisseau se contracturer et diminuer de calibre. Petite, immobile, l'artère a l'air d'un cordon fibreux. Si sa lumière s'est rétrécie, c'est uniquement parce que le territoire qu'elle irriguera désormais est moins considérable. L'adaptation fonctionnelle s'est faite par simple contraction et la structure intime du vaisseau n'est pas modifiée.

S'agit-il d'une artère élastique? Après ligature, le vaisseau ressemble à un ruban; il est aplati, flasque et son calibre n'a pas changé; l'adaptation fonctionnnelle ne s'est donc pas faite par contracture.

Les auteurs n'ont pas eu l'occasion d'étudier à fond le phénomène, mais ce qu'ils ont observé corrobore singulièrement ce qu'a noté W. Halsted, dans un cas de ligature haute de l'iliaque externe. Cette artère n'est pas purement élastique; les fibres musculaires cependant y sont rares, et physiologiquement, le vaisseau n'est pas très contractile. Le rétablissement circulatoire s'opère, grâce aux anastomoses qui existent entre l'ilio-lombaire, branche de l'hypogastrique et les rameaux terminaux ténus de la circonflexe iliaque; puis par l'union de l'épigastrique et de l'obturatrice.

De ces considérations anatomiques, il ressort qu'au-dessous de la ligature et jusqu'à la naissance des artères circonflexe iliaque et épigastrique, le cours du sang est inversé et la pression faible. Dans ces conditions, l'ondée sanguine circulant dans l'iliaque externe est insuffisante à remplir la lumière de cette artère. Pour des raisons d'ordre structural, ce vaisseau demeure incapable de se contracter et par suite d'adapter son calibre au volume du sang qui le traverse. Cependant « l'adaptation de la paroi au contenu est une loi physiologique inéluctable ».

A défaut de contraction, il faut donc que des modifications histologiques se produisent au niveau de la paroi vasculaire et ramènent le calibre de l'artère aux dimensions nécessaires.

W. Halsted a démontré l'exactitude de cette hypothèse. Ayant lié une carotide primitive pour un anévrisme de la carotide externe. Il eut l'occasion, trois mois plus tard, de réséquer la carotide interne en faisant l'ablation de l'anévrisme non guéri. Le vaisseau présentait, bien que vide en apparence, trois fois les dimensions d'une radiale.

La coupe histologique établit que la paroi vasculaire était très épaissie par prolifération de l'endartère. Les auteurs ne croient pas que ce processus hypertrophique puisse jamais aboutir à l'oblitération complète.

Le spasme vasculaire cause du sphacèle postopératoire dans la gangrène sénile. Efficacité thérapeutique de la sympathectomie. (E. DARIAU. *Th. de Paris*, 1922.) — Quel est le meilleur traitement des gangrènes par artérite, en particulier des gangrènes séniles? On a hésité longtemps entre l'amputation haute, l'amputation basse et l'abstention. Ces hésitations s'expliquent par la possibilité d'un accident qui suit l'intervention d'une façon irrégulière, mais fréquente et imprévisible : le sphacèle secondaire.

Le sphacèle des lambeaux a été expliqué classiquement par l'artérite et on tend à croire aujourd'hui que, pour l'éviter, il est nécessaire d'opérer au-dessus de la zone des lésions artérielles dont l'étendue peut être déterminée par l'épreuve de Moscowickz ou par l'oscillométrie. Cependant, il y a des amputations qui guérissent parfaitement en pleine zone d'oblitération artérielle; et d'ailleurs, il faut reconnaître le rôle indéniable que joue, dans la genèse de l'accident, le traumatisme opératoire.

L'auteur expose une nouvelle théorie pathogénique, proposée par Chastenet de Géry (1) et que voici : l'opération provoque un spasme vasculaire dont l'effet ischémisant est d'autant plus nocif que les vaisseaux dont il s'agit sont déjà altérés. Cette hypothèse a pour elle une notion physiologique certaine qui est le réflexe de contraction des artères traumatisées, une notion pathologique, également bien connue; la fréquence des phénomènes vasoconstricteurs chez les artérioscléreux, enfin un fait thérapeutique : l'efficacité des méthodes vasodilatatrices dirigées contre le sphacèle secondaire.

Parmi ces méthodes, la meilleure, actuellement, est la sympathectomie de Jaboulay-Leriche qui, dans deux cas de gangrène où Chastenet de Géry l'employa, s'est montré capable d'empêcher le sphacèle secondaire et même de limiter l'extension de la gangrène primitive.

Par surcroit, la méthode fait disparaître les phénomènes douloureux.

En définitive, l'amputation économique accompagnée de la sympathectomie périartérielle reste, dans la plupart des cas, le traitement de choix des gangrènes séniles.

Contribution clinique à la suture de la veine porte. (GIORGIO-CIORGI. *Il Policlinico Sezione pratica*, 10 oct. 1921, p. 1361.) — Il n'y avait jusqu'ici, qu'une observation de suture de la veine porte appartenant à Schultes et pratiquée dans des conditions particulièrement favorables, puisqu'il s'agissait d'une blessure des vaisseaux au cours d'un acte opératoire. La suture, d'ailleurs, avait, dans ce cas, bien tenu et la veine était restée perméable ainsi qu'on put le constater de visu, la mort étant survenue le quatrième jour après l'opération.

L'auteur apporte une nouvelle observation de suture de la veine porte et celle-ci est peut-être plus intéressante que celle de Schultes, car elle fut nécessitée par une lésion traumatique de la veine.

Le blessé, un homme de trente-cinq ans, avait été atteint en diverses parties du corps par cinq balles de revolver. La blessure la plus grave était due à un projectile entré dans la région paravertébrale gauche à la hauteur de la Ire lombaire et sorti au niveau de l'hypocondre droit, à un doigt au-dessous du rebord costal sur la ligne mamillaire. A l'examen, on constatait une défense abdominale diffuse, mais plus marquée à droite avec des signes d'hémorragie profonde et une paralysie sensitivo-motrice des membres inférieurs.

Sous anesthésie générale, le ventre fut ouvert par une incision sous-costale droite combinée, à deux incisions verticales permettant la section et le relèvement des VIIIe et IXe cartilages costaux. Il y avait un hémopéritoine et une blessure du foie traversé obliquement de la face inférieure à la face supérieure. Ces deux plaies hépatiques furent suturées. Mais l'hémorragie continuait. L'estomac et le duodénum étaient intacts et le sang sortait par l'hiatus de Winslow. Incision du feuillet gastrocolique. L'exploration du pancréas et des gros vaisseaux fut négative. Revenant en avant, on finit par découvrir, dans le méso hépato-gastro-duodénal, une plaie allongée, de plus d'un centimètre par laquelle sortait le sang avec des intermittences rythmées par le relâchement expiratoire du méso. Mettant l'index gauche dans l'hiatus de Winslow, on put isoler le vaisseau blessé sur son côté interne, qui était la veine porte et saisir les bords de la plaie vasculaire avec deux pinces de Kocher. La suture comporta sept points de soie n° o et fut recouverte par le feuillet antérieur du méso hépato-duodénal. Drainage à la gaze. Les suites opératoires furent bonnes, sans aucun symptôme d'insuffisance de la circulation hépato-portale.

Mais la lésion médullaire avait déterminé une paralysie vésicale et une infection rénale ascendante emporta le malade, cinq mois après l'opération. A l'autopsie, on constata que la veine porte adhérait extérieurement, au niveau de la ligne de suture, au feuillet antérieur du méso-hépato-duodénal, mais avait un calibre régulier, sans aucune thrombose.

Cf. — La rupture spontanée de l'artère épigastrique et son traitement chirurgical. (KOTZAREFF. *Lyon chir.*, sept.-oct. 1921, t. XVIII, p. 579.)

NERFS

Essai sur la chirurgie des crises gastriques du tabes. (G. JEAN. *Lyon chir.*, mai-juin 1921, t. XVIII, n° 3, p. 339.) — Il existe deux variétés de crises gastriques tabétiques suivant que les lésions portent sur le pneumogastrique ou le sympathique. Les crises sympathiques sont de beaucoup les plus fréquentes et dans les cas mixtes c'est encore le syndrome sympathique qui domine. La collaboration du neurologiste est nécessaire. En indiquant la nature, les limites et le point de départ de la crise. Celui-ci permettra au chirurgien de faire œuvre utile.

L'acte opératoire consistera naturellement dans l'interruption de la voie sensitive.

Une première méthode s'adresse au pneumogastrique dont il importe de respecter les fibres motrices.

On peut sectionner la racine sensitive du vague entre le sillon latéral du bulbe et le ganglion jugulaire. C'est l'opération de Küttner qu'il faut abandonner parce que difficile et meurtrière.

On peut aussi réaliser une double vagotomie péricardique; c'est le procédé d'Exner, souvent inefficace, et qui entraîne des troubles graves dans le fonctionnement de l'estomac.

On peut, enfin, sectionner quatre rameaux du pneumogastrique sur le plan antérieur de l'estomac et un rameau sur le plan postérieur, puis pratiquer une gastro-entérostomie.

Cette intervention, en présence d'une forme pneumogastrique est la plus satisfaisante.

Une deuxième méthode vise les racines postérieures et les ganglions rachidiens.

Les procédés sont nombreux; quelques-uns seulement méritent de retenir l'attention.

L'opération de Foerster-Küttner consiste dans la résection intradurale des racines postérieures des 7e, 8e, 9e et 10e nerfs dorsaux.

Guleke libère les racines dans le canal rachidien, mais en dehors de la dure-mère et sectionne les racines postérieures près de la moelle.

Les préférences de l'auteur vont au procédé de Sicard-Desmarest qui consiste à charger l'étui dural enveloppant les deux racines, à le lier au ras de la moelle, à le sectionner, puis à le désunir par tractions du trou de conjugaison, en arrachant du même coup racines et ganglion. Ce procédé a le double avantage d'être extradural et d'agir forcément sur le sympathique. Il a contre lui le sacrifice des racines antérieures si rarement touchées dans le tabes. Pour obvier à cet inconvénient, l'auteur propose la modification suivante. Tout près du sac dural, à l'aide d'une aiguille courbe, on passe un fil non résorbable très fin entre les deux racines. Les chefs ramenés en arrière lient la racine postérieure qui est réséquée ultérieurement avec son ganglion. Ces deux procédés nécessitent une laminectomie.

On peut, enfin, à la manière de Franke, arracher le ganglion par traction du nerf intercostal, découvert à son émergence du trou de conjugaison.

Une troisième méthode s'adresse au sympathique viscéral. L'initiative en revient à Jaboulay. Elle consiste à réséquer la gaine périartérielle du tronc cœliaque et de ses branches. La technique opératoire est précise et bien réglée; les résultats sont relatifs et se traduisent par des accalmies passagères plutôt que par des guérisons. Si complète que paraisse l'opération elle ne saurait porter sur la totalité des filets neveux et laisse forcément intactes des voies de suppléance.

Toutes ces méthodes comportent des insuccès; l'opération n'est jamais exempte de danger; aussi est-il préférable d'atteindre le sympathique loin des racines rachidiennes entre « ses points de départ et d'arrivée ». C'est le nerf grand splan-

(1) CHASTENET DE GÉRY. La cause et le traitement préventif du sphacèle postopératoire dans les gangrènes séniles, *Gaz. des hôpit.*, 27 et 29 sept. 1921, n° 76, p. 1205.

chnique qu'il faut découvrir et sectionner. Deux voies s'offrent au chirurgien.

La voie abdominale transpéritonéale ou rétro-péritonéale est semée de difficultés en raison des nombreux organes à travers lesquels il faut cheminer; de plus le trajet sous-diaphragmatique du grand splanchnique est extrêmement court, souvent même nul, le ganglion semi-lunaire étant accolé aux piliers.

Mieux vaut donc recourir à la voie thoracique transpleurale plus sûre, moins dangereuse, préférable en somme, même au prix d'un pneumothorax inévitable.

Le malade étant placé en position dorso-latérale on pratique une résection sous-périostée de la 8e côte sur 12 ou 15 centimètres; la plèvre est ouverte: le pneumothorax se produit, et quand l'équilibre respiratoire s'est rétabli, dans le sinus costo-vertébral, à 3 centimètres de la veine azygos et en dehors d'elle, ou bien à deux travers de doigt du flanc des vertèbres, on incise verticalement la plèvre pariétale sur une longueur de 6 à 8 centimètres. La veine azygos est découverte. En dehors d'elle se trouve un cordon blanc qui est le grand splanchnique. Le nerf libéré est sectionné entre deux fils de soie qui servent à le soulever et préviennent sa régénération toujours possible. On attendra quelques semaines avant de pratiquer la même opération du côté opposé.

La technique de cette intervention plusieurs fois répétée sur le cadavre n'a pas été jusqu'à maintenant réalisée sur le vivant. L'auteur publie, en fin d'article, l'observation d'un malade opéré suivant la méthode « Sicard-Desmarest » avec les modifications qu'il propose d'y introduire.

Cf. — Résultat de deux anastomoses spino-faciales pour paralysie faciale. (Michel TITONE. *Lyon chir.*, sept.-oct. 1921, t. XVIII, p. 601.)

Le traitement chirurgical de la sciatique chronique. (J. Mill RENTON. *Glasgow med. Journ.*, août 1921, t. XCVI, p. 106.) — Parmi les sciatiques qui résistent au traitement médical et aboutissent à une impotence complète, il y en a beaucoup qu'une opération peut complètement guérir. Le traitement chirurgical, en pareil cas, n'a pas été apprécié à sa valeur pour deux raisons: d'une part on n'a pas su choisir les cas chirurgicaux, d'autre part on a fait l'élongation du nerf qui est une mauvaise opération.

Tout d'abord il faut éliminer toutes les névralgies qui ne dépendent pas directement ou indirectement de l'inflammation du tronc nerveux, c'est-à-dire les affections de la hanche, les tumeurs ou les lésions inflammatoires du pelvis, etc. Ensuite les sciatiques vraies devenues chroniques peuvent se présenter sous trois formes :

Dans la première, cliniquement la douleur nulle au repos n'apparaît qu'à l'occasion des mouvements ou d'attitudes particulières, anatomiquement l'inflammation du nerf a disparu, mais la périnévrite a laissé des adhérences et même quelquefois de véritables brides assez fortes pour dévier le nerf hors de sa situation normale. Cette forme est la meilleure au point de vue chirurgical.

Dans la seconde forme, la douleur persiste plus ou moins au repos, mais elle est nettement amplifiée par les mouvements. Ici le nerf est encore enflammé et il est adhérent. L'opération est le plus souvent efficace, mais il ne faut pas la faire trop tôt, trop près de la période aiguë, ni s'attendre à un résultat aussi rapide.

La troisième forme est caractérisée par une douleur mal définie, irrégulière qui, quelquefois, s'atténue dans les mouvements. Le nerf est normal et l'opération inefficace.

C'est Crawford Reuton qui, le premier, en 1897, a bien précisé les indications et la technique du traitement chirurgical de la sciatique. Cette technique est très simple. On découvre le nerf au-dessous du grand fessier par une incision longitudinale de 4 à 5 pouces et en l'attirant, on le libère de toutes ses adhérences depuis la grande échancrure sciatique jusqu'au milieu de la cuisse; les brides et les tissus adhérents sont excisés, mais il faut ménager les branches musculaires; puis la peau est suturée sur le nerf remis en place. Le malade est maintenu au lit dix jours.

Cette opération a été faite 32 fois par Crawford Reuton, et dans tous les cas il a obtenu, soit la guérison, soit une amélioration suffisante pour que le malade put reprendre une vie active.

L'auteur est personnellement intervenu 10 fois. Six cas étaient du premier type et ont complètement guéri. Trois étaient du second type et de ceux-là deux ont guéri, un n'a été qu'amélioré mais le malade a pu reprendre ses occupations. Enfin, le dixième cas appartenait au troisième groupe et n'a bénéficié en rien de l'opération.

Cf. — Le sarcome du nerf sciatique. (E. ALLENBACH. *Revue de chir.*, 1921, t. LIX, n° 2, p. 135.)

POUMON ET THORAX

Des interventions en deux temps pour kyste hydatique du poumon (méthode de Lamas). (Blanco ACEVEDO. *Presse méd.*, 22 oct. 1921, p. 843.) — Le kyste hydatique du poumon, relativement rare en France, est fréquent en Uruguay. L'auteur a pu en opérer douze en une seule année; aussi son opinion sur le traitement opératoire de cette affection est-elle intéressante à noter. Il donne nettement la préférence à la pneumotomie en deux temps, c'est-à-dire après création d'adhérences entre les deux feuillets pleuraux, parce qu'elle est la plus simple et la moins dangereuse. Voici la technique de cette opération.

Tout d'abord la localisation radiologique du kyste, aussi exacte que possible, doit être faite dans la position que prendra le malade au moment de l'opération. Et cette position sera le plus souvent celle « du jockey » car le kyste est généralement abordé par la voie postérieure ou latérale.

Sous anesthésie locale on enlève une côte sur 8 à 10 centimètres de longueur. Pour savoir si la plèvre est adhérente ou non, on emploie le procédé de Brauer qui consiste à dissocier avec la sonde cannelée le muscle intercostal voisin et à examiner par transparence le poumon sous-jacent mobile ou fixé. Quand la plèvre est adhérente, on fait évidemment la pneumotomie séance tenante. Dans le cas contraire, il faut faire naître les adhérences et pour cela irriter la plèvre par de petites éraillures, un attouchement iodé et surtout par un solide tamponnement à la gaze.

Dix jours plus tard, on exécute le deuxième temps, sans autre anesthésie qu'une injection de morphine. On ouvre le kyste, on le vide de ses membranes, et, après lavage à l'éther, on place un drain.

L'avantage de l'anesthésie locale est que le malade réveillé et assis peut se débarrasser en toussant du liquide kystique et du sang qui parfois inondent ses bronches et l'asphyxient quand il est couché et endormi. Mais il est important d'aborder le kyste par la voie la plus courte; une installation radio-opératoire est par suite commode; elle évite, en outre, des recherches pénibles quand le kyste s'est aplati en se vidant dans les bronches. Si, au moment du deuxième temps, les plèvres ne sont pas adhérentes, il vaut mieux ajourner l'ouverture du poumon et essayer à nouveau d'accoler les feuillets pleuraux. L'hémorragie, rarement importante, se traite par tamponnement. Et pour éviter autant que possible les accidents anaphylactiques, il faut que le liquide soit évacué rapidement et ne se répande pas dans les tissus. On éviterait sans doute ces accidents par l'injection préalable de petites quantités de liquide hydatique. Enfin, on peut supprimer le drainage assez vite et il ne faut jamais laver la cavité kystique.

Cf. — Quelques cas de tumeurs intrathoraciques. Diagnostic et traitement opératoire. (H. C. JACOBÆUS et EINAR KEY. *Acta chir. Scandinovica*, 1921, vol. LIII, f. 6, p. 573.)

Un cas d'association de tuberculose et de cancer du sein. (R. DUPONT et R. LEROUX. *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, 1921, t. X, p. 271.) — Il s'agit d'une femme de quarante ans qui présentait, au-dessous et en dedans du mamelon gauche, une tumeur du volume d'une noix, lisse, dure, mobile et légèrement douloureuse, sans adhérences cutanées ni retentissement ganglionnaire. Cette tumeur fut prise pour un adénome, mais en l'opérant sous anesthésie locale on dut l'enlever avec une coque du tissu glandulaire auquel elle adhérait, et l'examen histologique montra une masse épithéliomateuse entièrement atypique sans aucun élément acineux reconnaissable. Dans une seconde intervention, on fit donc l'ablation large du sein avec curage axillaire. L'examen de la seconde pièce permit des constatations intéressantes et inattendues. A côté de quelques boyaux épithé-

liomateux noyés dans un tissu conjonctif assez dense existaient des noyaux inflammatoires, organisés par places en follicules tuberculeux typiques avec cellules géantes et épithéloïdes.

Quelle a été ici l'influence réciproque du cancer et de la tuberculose? La tuberculose première en date, sans doute car la malade a eu autrefois un abcès froid costal, a pu favoriser le développement de la tumeur qui, à son tour, semble avoir réactivé le processus tuberculeux car les follicules tuberculeux sont en pleine évolution, ce qui contraste avec l'absence de tout symptôme local avant le début de la tumeur.

Cf. — Sur la tuberculose primitive des cartilages costaux. (A. GOUGET. *Revue de chir.*, 1921, t. LIX, p. 30.)

TUBE DIGESTIF ET ABDOMEN

La perforation de l'ulcère gastrique après la gastro-entérostomie. (J.-E. LARRIEU. *Revue de chir.*, LIX, 1921, n° 4, p. 278.) — Que vaut la gastro-entérostomie dans le traitement de l'ulcère? Il y a une quinzaine d'années elle était au premier rang. Aujourd'hui on restreint de plus en plus ses indications. Elle ne mérite probablement pas les derniers reproches qu'on lui a adressés, en particulier celui d'être insuffisante à prévenir la perforation. Aucune étude ne donne une idée nette de la fréquence des perforations postopératoires. Cependant, on aurait là un élément d'appréciation sur la valeur curative ou prophylactique de la gastro-entérostomie.

L'auteur a donc entrepris cette étude à l'aide de recherches bibliographiques et d'enquêtes près de divers chirurgiens français et étrangers. Les statistiques qu'il a groupées comportent pour 10.500 gastro-entérostomies, 81 cas de perforations de l'ulcère après l'intervention. Déjà ces chiffres sont intéressants ; ils suffiraient à prouver que la gastro-entérostomie a une action prophylactique certaine, car le pourcentage des perforations n'atteint pas ici 1 p. 100, alors que d'après Debove et Rémond il est de 13 p. 100 avec le traitement médical.

En étudiant les 81 cas de perforations postopératoires, on peut déterminer certaines des conditions dans lesquelles survient l'accident. Il y a lieu d'envisager successivement l'opération, l'ulcère, le sujet.

L'opération : les fils non résorbables sont dangereux et doivent être abandonnés. Certains anesthésiques, le chloroforme par exemple, sont irritants. Les manœuvres opératoires et surtout la rupture des adhérences périgastriques jouent un rôle très important dans la genèse de la perforation. Mais il ne faut pas négliger, dans les suites opératoires, l'effet des vomissements, des lavages d'estomac et du régime.

L'ulcère : quand il siège hors de la région pylorique, la gastro-entérostomie serait, dit-on, inefficace ; l'auteur ne croit pas cela. Les ulcères de la petite courbure et des faces de l'estomac déterminent des troubles réflexes de l'évacuation. D'ailleurs, les faits sont probants : sur 300 malades opérés par Roux, les guérisons que donne la gastro-entérostomie sont aussi nombreuses quand la lésion occupe le corps de l'estomac que quand elle siège près du pylore. Mais, il y a des formes d'ulcère particulièrement vouées à la perforation, d'abord le petit ulcère lenticulaire de Riedel qui progresse surtout en profondeur, puis les ulcères calleux dont la perforation, déjà réalisée et « recouverte » par des adhérences péritonéales, peut se démasquer à la suite des manœuvres opératoires, enfin les ulcères anciens qui s'accompagnent de zones de gastrites. D'autre part, la perforation peut résulter du fonctionnement défectueux de la bouche anastomotique.

Le sujet : il semble qu'il y ait une diathèse ulcéreuse; certains individus font des ulcères à répétition, malgré toutes les tentatives thérapeutiques et, en particulier, malgré la résection de la lésion.

Le diagnostic de la perforation se présente sous deux aspects. Quand l'accident est précoce et c'est le cas le plus fréquent, il est parfois difficile à reconnaître et peut être confondu d'abord avec la dilatation aiguë de l'estomac et un peu plus tardivement avec le circulus vicisous. La perforation survenant un assez long temps après l'opération est de diagnostic plus aisé, car elle se révèle alors par le syndrome péritonéal classique.

Le traitement devra, avant tout, être précoce. L'étendue des zones d'adhérences rend quelquefois difficile la découverte de la perforation et pour faciliter les recherches, on pourrait, comme l'a conseillé Barker, faire prendre au malade un cachet de bleu de méthylène.

De quelques considérations sur l'ulcère gastro-jéjunal consécutif à la gastro-entérostomie. (GELAS. *Revue de chir.*, 1921, n° 12, p. 669.) — L'auteur examine et cherche à interpréter diverses particularités de l'ulcère peptique dont la signification reste obscure. La lésion frappe l'homme à un âge moyen. Elle n'apparaît qu'après une période de tolérance, parfois très longue. Elle semble conditionnée par le siège de la lésion initiale qui est habituellement le pylore ou la région pylorique. Son développement est favorisé par l'exclusion du pylore surtout quand l'exclusion a été faite au fil. Sa structure ne diffère pas de celle de l'ulcère primitif. La technique opératoire de la gastro-entérostomie n'a plus dans sa pathogénie, le rôle important qu'on lui avait fait jouer tout d'abord. Et l'hyperacidité loin d'être une cause, n'est sans doute qu'un signe du processus ulcéreux. En somme, toutes les conditions étiologiques de la lésion sont en faveur de l'opinion de Delore, pour qui « l'ulcère gastro-jéjunal n'est qu'une récidive, sur une bouche stomacale voisine, de l'ulcère primitif ».

L'évolution clinique de l'ulcère gastro-jéjunal et les images radioscopiques, par lesquelles il se caractérise, sont maintenant bien connues. Quand au traitement, on sait qu'il ne peut être purement préventif, il n'y a pas de technique qui mette sûrement à l'abri de la récidive. Contre la lésion constituée, on adopte de plus en plus les opérations qui tendent à supprimer la bouche ulcérée.

Cf. — La perforation des ulcères gastriques et duodénaux. (VANDE WIELE. *Journ. de chir. et Ann. de la Soc. belge de chir.*, mai 1921, p. 179.)

La gastro-entérostomie complémentaire dans les interventions pour ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. (H. ALAMARTINE et Ch. DUNET. *Revue de chir.*, t. LIX, 1921, n° 2, p. 114.)

De la gastro-pylorectomie et duodéno-pylorectomie immédiates dans le traitement des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. (P. ULRICH. *Revue de chir.*, t. LIX, nos 7-8, p. 467.)

Contribution à la pathogénie de l'ulcère peptique du jéjunum. (BORTOLOTTI. *Archivio italiano di chirurgia*, vol. IV, oct. 1921, p. 210.)

Le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac. (Paul MATHIEU. In *Les Ulcères digestifs*. P. CARNOT, P. HARVIER, P. MATHIEU. Paris, 1922, J.-B. Baillière et fils.)

Les fistules jéjuno-coliques par ulcère perforant après gastro-entérostomie. (Georges LŒWY. *Th. de Paris*, 1921.) — Les fistules jéjuno-coliques, consécutives dans tous les cas à la gastro-entérostomie rétrocolique pour ulcère et qui n'ont été observées jusqu'ici que chez l'homme, surviennent dans 20 p. 100 des cas d'ulcère peptique.

La communication s'établit généralement entre le segment jéjunal efférent, voisin de l'anastomose qui est dilaté, congestionné, épaissi et le côlon transverse souvent rétréci en ce point.

La pathogénie des ulcères jéjunaux peptiques encore mal connue, n'est pas suffisamment expliquée par l'emploi des fils non résorbables. Elle relève, sans doute, de plusieurs facteurs qui sont, d'une part, l'atteinte de la paroi jéjunale d'origine traumatique, bactérienne ou nerveuse, d'autre part, l'hyperacidité.

La fistule jéjuno-colique peut ne se révéler que tardivement et ses manifestations cliniques, diarrhée, éructations fétides, vomissements fécaloïdes, amaigrissement sont en rapport avec la disposition anatomique de la fistule. C'est surtout par la radioscopie que se fera le diagnostic.

Le pronostic est grave en raison de l'évolution fatale de l'affection abandonnée à elle-même, des difficultés techniques de l'intervention et de la fréquence des récidives.

Le traitement opératoire doit être anatomique et physiologique. La reconstitution des intestins fistulisés avec ou sans excision de l'ulcère ne suffit pas à empêcher la récidive. L'opération la plus physiologique consiste à supprimer la

gastro-entérostomie. Mais elle n'est pas possible quand le pylore est fermé ou quand l'ulcère initial est encore en activité. Il faut alors, ou refaire la gastro-entérostomie ou recourir aux résections gastriques qui, dans le cas, où elles suppriment toute la région des glandes pyloriques, semblent diminuer l'acidité d'une façon durable.

Enfin, le traitement comporte, d'autre part, l'institution d'un régime anti-acide prolongé.

A propos de l'anus cæcal : le prolapsus de la valvule iléo-cæcale à travers l'orifice de cæcostomie. (Begouin et Papin. In *Journ. de méd. de Bordeaux et de la région du Sud-Ouest*, 25 juillet 1921, n° 14, p. 401.) — Les auteurs attirent l'attention sur une complication possible de l'anus cæcal temporaire. La malade dont ils publient l'observation, présentait un cancer à l'union du côlon descendant et de l'anse sigmoïde. Une cæcostomie fut faite six semaines environ avant l'ablation du néoplasme. Alors, que la guérison de la colectomie n'était pas encore obtenue, un prolapsus se produisit à travers l'anus cæcal ; ce ne fut pas seulement l'extériorisation banale d'un bourrelet muqueux, mais bien celle de tout un segment de l'iléon portant à son sommet la valvule de Bauhin Le contenu intestinal se déversa sur la peau qui en fut profondément altérée.

Comment éviter semblable complication ?

L'accident doit se produire d'autant plus facilement, que l'anus cæcal a été créé plus large, aussi Quénu et Duval ont-ils conseillé de se contenter d'une simple fistulisation. Les auteurs ont suivi cette méthode, mais quelques heures après l'opération, cæcum et côlon furent obstrués par des matières dures et abondantes, et il fut bientôt nécessaire, à cause des douleurs, du ballonnement et des vomissements, de transformer la fistule en une cæcostomie.

Chez une autre malade, opérée dans les mêmes conditions, se produisirent des phénomènes identiques.

L'établissement d'un anus cæcal est un pis-aller. Il n'y faut recourir qu'en cas de nécessité nettement établie.

Mieux vaut réséquer d'emblée le cancer du côlon suivant la méthode de Volkmann et terminer à la façon de Quénu et Duval par suture des deux demi-circonférences postérieures.

Dans le cas donné, le prolapsus fut traité par cerclage de l'anus cæcal, au fil d'argent. Le fil faufilé à travers les plans musculo-aponévrotiques tout autour de l'anus, fut lié, après réduction du prolapsus, puis serré jusqu'à obtention d'un minime orifice. Après rétablissement fonctionnel de l'anus normal, l'anus cæcal fut supprimé par opération intrapéritonéale.

Quelque temps plus tard, la malade présenta des signes d'occlusion aiguë. On fut sur le point d'intervenir de nouveau. Après fermeture définitive de la cæcostomie, l'iléon conserve manifestement une tendance à pénétrer dans la cavité cæcale et à y créer des accidents inquiétants. C'est là, probablement, ce qui s'était passé.

Il y a là une raison de plus d'éviter, autant que possible, l'établissement d'un anus cæcal dans le traitement opératoire du cancer du côlon.

Ascarides lombricoïdes dans une hernie crurale étranglée. (Franco de Gironcoli. *La Riforma medica*, 30 janv. 1922, p. 102.) — Il est, aujourd'hui, démontré que les ascarides peuvent perforer la paroi intestinale saine ou altérée. De nombreuses observations le prouvent, ainsi celles de Salieri, de Wœlfler et Lieblein, de Bellantoni, de Gilberti. On a beaucoup discuté sur la pathogénie toxique ou mécanique de la perforation, mais ce qui intéresse le chirurgien, ce sont les troubles qui résultent de la lésion et tous ceux d'ordre chirurgical, tel l'iléus, dans lesquels le ver joue son rôle.

L'ascaris a été rencontré dans la hernie étranglée. L'auteur en donne un exemple typique. Hernie crurale gauche étranglée chez un homme de trente-cinq ans, cypho-scoliotique, mais robuste. L'opération est pratiquée sous anesthésie locale. Dans le sac, avec un liquide hématique, on trouve une anse rouge présentant une zone altérée large comme un pièce de 5 centimes. La paroi, brun roussâtre en ce point, est ailleurs, comme contractée et l'on sent, par la palpation, une masse charnue évidemment constituée par des ascarides. L'anse extériorisé et dont la vitalité est compromise, est réséquée dans l'étendue de 12 centimètres environ. Anastomose termino-terminale et cure radicale de la hernie. L'intestin réséqué contenait un peloton de trois ascarides, fortement fixés à la paroi, dans la zone altérée et qui parut aussi mince qu'un papier vélin.

Suites opératoires normales jusqu'au troisième jour, où la mort survient, à la suite d'une aggravation rapide, caractérisée par la température élevée, l'affaiblissement du pouls, l'agitation et le délire.

A l'autopsie, on constata des lésions cardio-rénales; l'intestin suturé et le péritoine étaient intacts.

L'auteur discute la conduite à tenir dans les cas de ce genre. Il estime que le corps étranger doit être extrait par entérotomie si la paroi est en saine, par entérectomie si l'intestin est endommagé. L'anus contre nature est un pis-aller, indiqué seulement quand, par suite de l'état du malade, l'acte opératoire doit être aussi réduit que possible.

ORGANES GÉNITAUX

Contribution à l'étude des oblitérations blennorragiques de l'épididyme. (G. Lemoine. In *Arch. franco-belges de chir.*, nov. 1921, 25e année, n° 2, p. 144, avec 3 microphotographies.) — A la suite d'oblitérations blennorragiques épididymo-déférentielles le testicule peut conserver sa fonction et produire des spermatozoïdes plusieurs années encore après l'obstruction. Il est donc légitime de chercher à rétablir chirurgicalement la continuité du tractus spermatique. Delbet, Chevassu, Martin, ont pratiqué l'abouchement latéro-latéral ou termino-terminal du déférent et de l'épididyme et obtenu quelques résultats heureux. Mais il s'agissait le plus souvent de lésions unilatérales dont le contrôle physiologique ultérieur était impossible.

L'auteur relate l'observation d'un malade de vingt-huit ans atteint d'épididymites doubles récidivantes chez lequel il essaya, sans succès du reste, de restaurer la perméabilité des voies spermatiques.

L'épididyme gauche volumineux et dur, surtout au niveau de la queue était douloureux à la pression. L'organe fut incisé, il était formé d'un tissu compact infiltré de sérosité sans pus et on en fit l'ablation, puis le testicule ayant été incisé à son tour à une profondeur de 1 centimètre, on y implanta directement le canal déférent. Les phénomènes douloureux s'amendèrent. La guérison survint sans incident, cependant l'azoospermie persista.

Le malade voulut alors être opéré du côté droit. Après une radiothérapie qui n'eut pas d'effet appréciable, l'auteur pratiqua donc de ce côté une opération analogue à la précédente. Mais pour éviter une cause possible d'échec : l'atrésie cicatricielle du déférent, il perfectionna sa technique de la manière suivante : un crin de Florence fut introduit dans le canal jusqu'à l'anneau inguinal externe, au niveau duquel on l'attira hors du canal par une fine boutonnière, avant de lui faire traverser les téguments à l'aide d'une aiguille; puis l'extrémité libre du déférent fut divisée en deux valves respectivement suturées aux deux angles de l'incision testiculaire. On enleva le fil le troisième jour. L'opération eut des suites simples. Le sperme n'en resta pas moins stérile.

Devant la difficulté de rétablir la voie spermatique, il y a lieu de se demander si l'on ne pourrait intervenir utilement dès la phase aiguë de l'épididymite. Les Américains ont proposé l'incision de l'épididyme enflammé. Lemoine préfère la décapsulation de l'épididyme avec libération des anses canaliculaires.

L'auteur termine en rappelant les diverses techniques qui ont été employées pour anastomoser le déférent avec l'épididyme ou le testicule et l'opération de Lespinasse réalisant au niveau de la tête de l'épididyme un réservoir à spermatozoïdes, susceptible d'être ponctionné pour les besoins de la fécondation artificielle.

Des indications actuelles de la myomectomie. Grossesses après la myomectomie. (Goullioud [de Lyon]. *Presse méd.*, 25 fév. 1922, p. 169.) — « C'est, dit l'auteur, une erreur assez répandu de croire que la grossesse est trop exceptionnelle après cette opération pour qu'on ait à tenir compte de sa possibilité dans la parallèle de la myomectomie et de l'hystérectomie ou d'autres méthodes. » Et en faveur de l'opération

conservatrice il apporte des observations précises et des statistiques persuasives.

Sur 74 cas de myomectomie il y a eu 5 grossesses postopératoires soit 8 p. 100, mais 34 opérées étaient et sont restées célibataires, si bien que rapportées aux seules femmes mariées, les 5 fécondations donnent 12 p. 100. D'autre part sur ces 40 femmes mariées, 14 qui avaient dépassé quarante ans, peuvent être mises à part. Restent donc 26 femmes mariées de vingt-cinq à quarante ans dont 5 furent fécondées, c'est-à-dire à peu près 20 p. 100. Cette statistique date de 1913. Depuis, l'auteur a eu connaissance de 6 cas nouveaux de grossesses chez ses opérées. Il cite des cas de grossesses successives après myomectomie.

Cette opération doit donc garder une bonne place parmi les méthodes de traitements appliquées aux fibromes utérins. Mais il faut en préciser les indications. La myomectomie doit être réservée aux femmes dont la vie génitale n'est pas terminée et dont la ou les tumeurs évoluent plutôt vers la cavité péritonéale. D'ailleurs ces indications sont encore fort étendues car beaucoup de fibromes interstitiels du fond ou des faces de l'utérus sont énucléables et le volume ni la multiplicité des noyaux ne sont, dans certaines limites, un empêchement. Il faut que l'utérus puisse être bien reconstitué. Sinon l'hysterectomie s'impose et elle s'impose encore quand le cas est suspect de malignité ou compliqué de lésions annexielles. La radio et le radiumthérapie dont l'efficacité et la bénignité sont connues, seront réservées aux fibromes de moyen volume, hémorragipares des femmes non mariées ou âgées chez qui la question de fécondité ne se pose pas.

Cf. — Sur le traitement chirurgical du varicocèle. Une nouvelle méthode opératoire. (G. Bernabeo (de Naples). *La Médecine pratique*, janv. 1922, p. 10.)

NOTES POUR L'INTERNAT

ANURIE

CAUSES. SIGNES. DIAGNOSTIC

Il y a anurie quand une sonde introduite dans la vessie trois heures après la dernière miction ne ramène pas d'urine. C'est un *syndrome* qui traduit : soit le défaut de sécrétion urinaire, soit le fait que l'urine sécrétée ne peut plus passer dans le rein ou dans l'uretère. On réunit donc dans ce syndrome l'*anurie vraie ou sécrétoire* et l'*anurie excrétoire* (rénale ou uretérale).

Étiologie. — L'anurie peut être due à des causes multiples que l'on peut diviser en deux groupes : excrétoires et sécrétoires.

A. **Anuries excrétoires.** — L'obstacle à l'excrétion urinaire peut siéger dans l'uretère ou dans le rein.

I. Anurie uretérale. — L'uretère peut être oblitéré par trois mécanismes : occlusion, compression, coudure.

a. *Par occlusion.* — En dehors des *anomalies congénitales* rares et incompatibles avec la vie, la seule cause d'occlusion est la *lithiase* constituant l'*anurie calculeuse*; c'est une complication relativement fréquente de la lithiase rénale et dont la pathogénie a été très discutée.

En dehors des cas exceptionnels de *destruction complète des deux reins* constituant l'accident ultime de la lithiase, l'anurie est toujours due au calcul.

Il s'agit parfois d'un *bloquage bilatéral des voies d'excrétion*, conséquence naturelle de la bilatéralité fréquente de la lithiase.

Dans d'autres cas, un *rein est déjà supprimé* anatomiquement ou physiologiquement quand se réalise l'obstruction calculeuse du côté opposé; cela s'observe dans diverses conditions :

1. Anurie calculeuse dans un *rein congénitalement unique*;
2. Anurie calculeuse d'un rein unique, l'autre ayant déjà été supprimé chirurgicalement (néphrectomie);
3. Obstruction calculeuse d'un côté, le rein opposé étant perdu au point de vue fonctionnel par désorganisation avancée (l'anurique est un malade qui la veille vivait avec un seul rein). En réalité, pour annihiler totalement la sécrétion d'un rein, il faut la disparition complète du parenchyme rénal. Aussi admet-on que l'obstruction d'un uretère provoque dans le rein opposé des lésions dues à des substances néphrotoxiques.

L'anurie calculeuse s'observe, en effet, par obstruction d'un seul uretère bien que le rein opposé soit encore capable de fonctionner; il s'agirait d'un *réflexe inhibitoire* annihilant les fonctions du rein opposé; ce réflexe ne serait possible que grâce à des lésions préexistantes de néphrite, et on sait la fréquence des lésions rénales bilatérales au cours de la lithiase.

Quant aux causes qui déterminent l'arrêt du calcul dans l'uretère, elles peuvent être variables : tantôt il s'agit d'un calcul trop volumineux pour franchir les rétrécissements normaux (arrêt fréquent dans le tiers supérieur de l'uretère); tantôt le calcul est rugueux, irrégulier et s'agrafe dans la muqueuse. Cet arrêt peut d'ailleurs être favorisé par des rétrécissements anormaux de l'uretère dus à la cicatrisation d'érosions provoqués par des calculs précédents. Un spasme de la paroi musculaire intervient souvent pour compléter l'obstruction.

b. *Anurie uretérale par compression.* — Il s'agit habituellement d'une compression lente avec rétention rénale (uronéphrose).

Toutes les tumeurs du bassin sont susceptibles de comprimer l'uretère : la plus fréquente est le *cancer de l'utérus*.

Il faut citer encore :

Le *cancer de la vessie* et le *cancer de la prostate*.

c. *Anurie uretérale par coudure.* — C'est un mécanisme très rare qui a pu s'observer au cours d'une néphroptose double ou même unique, et au cours d'hydronéphrose double.

II. Anurie tubulaire. — L'obstacle à l'excrétion urinaire peut siéger au niveau des tubes urinifères dont le calibre irrégulier et le trajet tortueux constituent une prédisposition à l'oblitération.

a. *Obstruction des tubuli par des détritus épithéliaux ou des exsudats.* — S'observe dans :

les *néphrites aiguës infectieuses*, surtout de la *scarlatine* et du choléra;

les *néphrites aiguës toxiques* par le *sublimé*, la cantharide, l'acide phénique.

En réalité, dans les néphrites aiguës, le mécanisme de l'anurie est plus complexe : il y a association d'obstruction tubulaire et de lésions épithéliales; l'anurie est sécrétoire et excrétoire.

b. *Obstruction des tubes par des masses pigmentaires.* — C'est le cas de la *fièvre bilieuse hémoglobinurique*.

c. Obstruction par des cristaux d'acide urique et d'urates (anurie goutteuse?)

d. Obstruction des tubes et des vaisseaux par des *embolies microbiennes*.

B. **Anuries sécrétoires.** — La sécrétion urinaire est sous la dépendance de l'intégrité de l'épithélium rénal, d'un débit suffisant de sang, de l'intégrité du système nerveux. L'anurie peut donc résulter du trouble de l'une de ces trois fonctions : d'où trois groupes pathogéniques d'anurie sécrétoire. En réalité, l'anurie complète est rare; beaucoup plus souvent il s'agit d'oligurie.

I. *Anurie par lésions de l'épithélium rénal.* — C'est le cas des *néphrites aiguës ou chroniques* qui entraînent des lésions des tubuli.

II. *Anuries circulatoires* liées au déficit de la circulation rénale et dues :

a. A la *diminution de la masse sanguine* :

soit par *déshydratation massive* (choléra, diarrhées infantiles, dysenterie, sténose pylorique, cancer de l'œsophage, vomissements incoercibles);

soit par *formation rapide d'hydropisies* (néphrites, cardiopathies).

b. A la *chute de la pression artérielle* qui s'observe surtout dans l'*asystolie*.

c. A l'*oblitération des vaisseaux du rein* (infarctus, thrombose).

(*A suivre*.)

Le Directeur-gérant Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 35. — SAMEDI 6 MAI 1922. 95e ANNÉE. SAMEDI 6 MAI 1922. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 29 avril. — MM. Léon-Kindberg, 18,18; Heuyer, 18; Tinel, 19,45; Gaultier (René), 17,54.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 1er mai. — MM. Brocq, 17; Métivet, 18; Desplas, 20.

Séance du 3 mai. — MM. Bloch (René), 15 ; Charrier et Leveuf, 17.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. *Lecture.* — Séance du 1er mai. — MM. Ramadier et Bloch, 28; Halphen, 29.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le ministre de l'Instruction publique vient de prendre un arrêté approuvant la délibération du Conseil de l'Université de Paris portant création, à la Faculté de médecine, d'un Institut d'hygiène. (*J. O.*, 2 mai 1922.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Ont été nommés :

M. le Dr Dor (Antoine), chef de clinique des maladies des voies urinaires, en remplacement du Dr Pollienc).

M. le Dr Simon (Jean), chef de clinique oto-rhino-laryngologique, emploi nouveau.

M. le Dr Casabianca (Jérôme), chef de clinique dermatologique, en remplacement du Dr H. Perrin.

M. le Dr Marriq (Camille), chef de clinique de chirurgie infantile, emploi nouveau.

M. le Dr Périot (Maurice), préparateur du cours de physiologie du travail, emploi nouveau.

MM. les Drs Ed. Aubert et Tabet, chefs de clinique adjoints de chirurgie; M. le Dr Loriot, chef de clinique adjoint d'obstétrique ; M. le Dr Martin-Laval, chef de clinique adjoint d'urologie ; M. le Dr Jean Sédan, chef de clinique adjoint d'ophtalmologie; M. le Dr Rougy, chef de clinique adjoint d'oto-rhino-laryngologie.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'assemblée générale de l'Association générale des médecins de France aura lieu le dimanche 7 mai, à 2 heures, à la Faculté de médecine. Le soir, banquet au palais d'Orsay, sous la présidence de M. Strauss, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

CONSEIL CONSULTATIF D'HYGIÈNE DU GOUVERNEMENT TUNISIEN. — MM. les Drs Brun, chirurgien de l'hôpital Sadiki, Burnet, sous-directeur de l'Institut Pasteur, Conseil, directeur du bureau d'hygiène de Tunis, Durand, directeur de la Santé maritime, et Masselot, médecin de l'hôpital civil français, sont nommés membres du Conseil consultatif d'hygiène auprès du gouvernement tunisien.

LA UNION MEDICA FRANCO-IBERO-AMERICANA (U. M. F. I. A.). — L'U. M. F. I. A., créée en 1912 par les Drs Dartigues, Gaullieur L'Hardy, Bandelac de Pariente et Mathé vient de reprendre son activité et de tenir sa première assemblée générale d'après-guerre.

Le bureau actuel est composé de MM. Dartigues, président; Bandelac de Pariente, E. Delaunay et Gaullieur L'Hardy, vice-présidents; Mathé, secrétaire général; Mazeran, secrétaire général adjoint; Stepinski, trésorier général; Armengaud, archiviste.

Nous rappelons que l'U. M. F. I. A. qui rendit de si grands services à la fraternité latine, est ouvert à tous les médecins de France connaissant l'espagnol ou le portugais ou ayant des liens de parenté avec des Espagnols ou des Américains du Sud et du Centre.

Pour tous renseignements, s'adresser au président, M. Dartigues, 85, rue de la Pompe, ou au Dr Mathé, 29 *bis*, rue Demours, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Albert Balestre, ancien agrégé de la Faculté de Montpellier, inspecteur des services d'hygiène du departement des Alpes-Maritimes, à Nice; Léon-J.-B. Boucher (de Bourges), Adolphe Capdeville et Emile Guiraud (de Marseille) ; le professeur Kuény, de la Faculté de pharmacie de Strasbourg; Alphonse Mégevand (de Genève) et L. Séailles, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique, à Paris.

LIVRES NOUVEAUX

Diagnostic chimique, microscopique et parasitologique (1), par J. GUIART et L. GRIMBERT (2e édition) [*Précis de médecine*]. Ouvrage couronné par l'Institut.

Voici la 4e édition de ce bel ouvrage maintenant classique. Les auteurs y ont introduit tous les perfectionnements apportés pendant les dernières années dans les diverses méthodes de recherches chimiques, microscopiques et parasitologiques appliquées au diagnostic. Ils sont néanmoins restés fidèles à la règle qu'ils s'étaient imposée dès leur première édition : ne donner que les méthodes qui ont fait leurs preuves.

C'est ainsi qu'on trouvera dans ce livre les méthodes nouvelles pour le diagnostic rapide des maladies infectieuses : paludisme, fièvres typhoïde et paratyphoïde, diphtérie, méningite cérébro-spinale, etc.

Dans la partie clinique qui a subi de nombreux remaniements, le lecteur trouvera les procédés les plus récents pour l'examen du sang, des urines, du suc gastrique, des liquides pathologiques.

Présentée avec un véritable luxe de figures et de chromolithographies, cette édition est assurée de retrouver auprès des étudiants et des praticiens le même succès que les éditions précédentes. L. G.

Technique chirurgicale oto-rhino-laryngologique, Ier fascicule : *L'Oreille et ses annexes* (2), par le professeur MOURE (de Bordeaux), G. LIÉBAULT et G. CANUYT.

Ce fascicule est le premier d'une triade chirurgicale qui est appelée à tenir une excellente place dans l'enseignement de la technique opératoire oto rhino-laryngologique.

Dans un premier chapitre, les auteurs traitent de l'anesthésie, spécialement de l'anesthésie régionale et locale. Puis c'est l'exploration et la technique générale de l'oreille : beaucoup de petits détails qui apprendront au débutant comment ménager la sensibilité de son malade tout en faisant de la bonne besogne.

Les chapitres suivants commencent chacun par un exposé d'anesthésie locale en rapport avec la région opératoire qu'ils vont traiter. C'est d'abord la chirurgie, surtout esthétique, du pavillon; puis celle du conduit auditif (sténoses, corps étrangers) qui nous amène aux interventions tympaniques et ossiculaires avec leurs indications bien étudiées. Vient ensuite la description de la trépanation mastoïdienne et de l'évidement pétromastoïdien, suivant la technique spéciale du professeur Moure. Dans un dernier chapitre se succèdent les complications plus graves des otites moyennes suppurées : thrombophlébites, abcès intracraniens à leurs différents stades, labyrinthites. Indications, acte chirurgical, soins postopératoires en sont très clairement exposés.

Le lecteur ne doit pas s'attendre à trouver dans cet ouvrage une compilation des différentes techniques ou une bibliographie encombrante. Les auteurs s'en défendent dans leur préface et il faut les louer d'avoir voulu cette simplicité d'exposition, d'avoir surtout cherché à mettre sous les yeux du praticien « un procédé », celui qui leur est familier et leur a donné, jusqu'à présent, toute satisfaction. C'est donc l'école de Bordeaux que nous visitons en tournant chaque feuillet du livre. La longue pratique du professeur Moure nous est un sûr garant que nous y trouverons de bons conseils et le meilleur sens clinique. J. FOURNIÉ.

La Stérilité féminine. Ses causes. Son traitement (3), par le docteur Jules BATUAUD.

Le docteur Batuaud, qui a déjà beaucoup écrit sur la gynécologie, concentre dans ce volume les résultats de son expérience. A propos de la question si importante des causes et du traitement de la stérilité féminine, il passe en revue une grosse partie de la gynécologie et surtout celle des inflammations génitales et des déviations utérines que le médecin rencontre chaque jour dans sa clientèle.

Conçu dans un esprit absolument clinique, passant rapidement sur les cas exceptionnels pour insister longuement sur les cas de pratique journalière, mettant entre les mains du médecin des méthodes de traitement efficace, sans exiger de lui ni une technique chirurgicale compliquée, ni un outillage coûteux, ce volume s'adresse uniquement au praticien.

M. DELESTRE.

(1) In-8 relié. — Prix : 44 francs. — Paris, J. Lamarre, éditeur, Librairie scientifique et littéraire, 4, rue Antoine-Dubois.

(2) In-8, 228 figures. — Paris, G. Doin.

(3) In-8 de 315 pages avec 23 figures dans le texte. — Paris, G. Doin.

CONGRÈS

XXXIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (2-7 oct. 1922). — Le XXXIe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 2 octobre 1922, sous la présidence de M. Henri Hartmann, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Résultats actuels des greffes osseuses*. — Rapporteurs : MM. Cunéo (de Paris) et Rouvillois (armée).

2° *Résultats éloignés des opérations portant sur les gros troncs*. — Rapporteurs : MM. Leriche (de Lyon) et Paul Moure (de Paris).

3° *Techniques et résultats de l'extirpation des tumeurs du gros intestin (rectum excepté)*. — Rapporteurs : MM. Abadie (d'Oran) et Ockinczyc (de Paris).

MM. les Membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 31 juillet, le titre et les conclusions de leurs communications à M. le Dr J.-L. Faure, secrétaire général, 10, rue de Seine.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

CONGRÈS FRANÇAIS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le Congrès français d'oto-rhino-laryngologie aura lieu le 17 juillet 1922 à la Faculté de médecine de Paris sous la présidence de M. Georges Laurens (de Paris), et la vice-présidence du prof. Jacques (de Nancy).

La date de ce Congrès, habituellement réuni dans la première quinzaine de mai, a été changée cette année à la suite d'un referendum établi sur la demande de nombreux confrères de province désireux de la voir coïncider avec le Congrès international d'otologie.

Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° *Classification des surdités chroniques*. — Rapporteurs : MM. Escat et Rigaud.

2° *Vaccinothérapie en oto-rhino-laryngologie*. — Rapporteurs : MM. Baldenweck, Jacod, Moulonguet.

Le programme détaillé des communications sera publié ultérieurement.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Georges Liébault, secrétaire général de la Société française d'oto-rhino-laryngologie, 216, boulevard Saint-Germain, Paris, 7e.

RENSEIGNEMENTS

MÉDECIN EXPÉRIMENTÉ, ayant dirigé longtemps établissement médical, accepterait direction et organisation Preventorium ou Sanatorium ou similaire, ou situation paramédicale. COGAN, 54, rue Jacob, Paris.

REVUE GÉNÉRALE

LOCALISATIONS CÉRÉBELLEUSES[1]

Par M. L. LANGERON,
Ancien interne des hôpitaux de Lyon.
TRAVAIL DU SERVICE DE NEUROLOGIE DES HÔPITAUX DE LYON
(DOCTEUR BÉRIEL)

VI. **Valeur localisatrice des symptômes cérébelleux.** — Nous avons à examiner maintenant par un mouvement inverse quelle valeur localisatrice il convient d'accorder à un symptôme ou à une série de symptômes cérébelleux. Nous n'avons pas la prétention de faire ici le bilan de la séméiologie cérébelleuse, mais simplement l'intention d'examiner ce qui a trait dans cette symptomatologie à la doctrine des localisations cérébelleuses.

On ne compte plus les cas de latence complète, ou accompagnés de réaction cérébrale générale seule, de lésions cérébelleuses même étendues, simples trouvailles d'autopsies. Parmi les observations les plus récentes, citons celle de Stephen Chauvet et Volt, A. de Verbizier et Robin, Duret. Faut-il parler de zone silencieuse, invoquer l'intégrité des noyaux centraux, signalés dans la première de ces observations comme dans celles que nous avons déjà rapportées? La question est encore trop récente et les données trop sommaires pour qu'on puisse répondre.

Le syndrome cérébelleux considéré dans son ensemble est suffisamment bien connu pour qu'il soit inutile de le rappeler ici. On sait aussi que, pris d'une façon globale, il est loin de posséder en clinique, *une valeur localisatrice régionale absolue*, partageant en cela la fortune de beaucoup d'autres symptômes cérébraux dits de localisation; discuter ce point de vue serait par trop sortir de notre sujet. Qu'il s'agisse de lésions des multiples et lointaines voies de connexions cérébelleuses, de l'hypertension intra-crânienne toujours commode à incriminer ou d'encéphalite diffuse, on a signalé les symptômes cérébelleux dans une foule d'affections encéphaliques, tumeurs ou lésions de la zone motrice, lobules paracentraux (Claude et Lhermitte), zone frontale, corps calleux, zone pariétale, méninges, épendyme, lésions protubérantielles, labyrinthiques, syndromes post-commotionnels (Pitres et Marchand), etc., il s'agit souvent de simple similitude et non d'identité absolue, telle, par exemple, l'ancienne ataxie frontale de Bruns et le plus souvent le contexte clinique : commémoratifs, signes moteurs sensitifs, permettront un diagnostic régional exact.

On peut du reste à ce point de vue établir une différence radicale entre deux ordres de faits :

A) Ceux d'abord où il s'agit d'une lésion réelle du système cérébelleux envisagé dans son ensemble, voies de connexion cérébro-cérébelleuses étendues en hauteur dans la protubérance, le pédoncule cérébral, la couche optique, le centre ovale et la corticalité cérébrale et dans lesquels il n'est pas étonnant de voir des symptômes de la série cérébelleuse déclanchés par une atteinte de ce système.

On peut en effet, se représenter le système cérébelleux de régulation motrice, comme un arbre dont les racines plongent dans la moelle et le bulbe et les branches s'élèvent jusqu'à la corticalité cérébrale par la protubérance et les pédoncules, le cervelet n'en représentant que le tronc et il est facile de concevoir que, sur un territoire si étendu, de multiples causes peuvent survenir, extracérébelleuses, qui se traduiraient par une perturbation de la fonction de régulation motrice dite cérébelleuse. L'analogie est évidente avec le système moteur volontaire, dont la perturbation peut réaliser l'hémiplégie motrice, sous l'influence de causes étagées sur toute la hauteur de la voie pyramidale. Il y a là une place spéciale à faire aux fibres cortico-ponto-cérébelleuses dont le voisinage dans la calotte pédonculaire avec le IIIe ventricule explique l'atteinte fréquente, au cours des hydrocéphalies, des épendymites, en un mot de toutes les lésions s'accompagnant à un degré quelconque de dilatation ventriculaire, entraînant l'œdème, l'infiltration ou la compression des régions voisines par où passent les fibres en question.

B) Il y a ensuite les cas où l'on peut incriminer l'hypertension, l'encéphalite ou un processus d'inflammation diffuse réalisant une atteinte moins directe du système cérébelleux. Dans ces deux ordres de faits, le contexte clinique, moteur, sensitif ou autre permettrait le plus souvent d'établir dans les signes de réaction cérébrale générale, la part exactement cérébelleuse, comme la situation topographique de la lésion, comme le même raisonnement permet de le faire appliquer aux diverses causes, en hauteur, d'hémiplégie motrice.

Pour Barany, la différence paradoxale des phénomènes spontanés et provoqués, labyrinthiques notamment, la variabilité et la disparition des symptômes après trépanation décompressive sont propres aux lésions extracérébelleuses; seuls les signes de déficit constant sont le fait du siège cérébelleux, exception faite cependant de l'atteinte de la VIIIe paire où, d'après lui, toute discrimination serait impossible, dans le cas de signes uniquement cérébelleux.

De ce diagnostic différentiel, nous ne disons pas plus, supposant résolue la question de savoir que la lésion affecte bien le cervelet et nous nous limiterons volontairement à l'étude, suffisamment vaste de la *valeur localisatrice cantonale* des symptômes reconnus cérébelleux, restant ainsi dans notre point de vue des localisations cérébelleuses.

Parmi ces symptômes, il en est de suffisamment connus et d'aisément reconnaissables pour qu'il ne soit besoin que de les citer à leur place; titubation, tremblement, synergie, dysmétrie, chute et latéropulsion, œdème papillaire, etc. D'autres, au contraire, de connaissance plus récente et d'interprétation plus délicate, méritent une attention un peu plus prolongée; ce sont : le vertige, le nystagmus, l'épreuve de Barany, la passivité de A. Thomas et la résistance d'Holmes Stewart, l'appréciation des poids de Lotmar. Une fois que ces signes nous seront bien connus, il ne nous restera plus qu'à en examiner le mode de groupement dans leur rapport avec les lésions.

1° Le *vertige* est un symptôme banal quand il est indéfini, qu'il ne présente pas de rapports fixes entre la direction des objets et la position du malade. Défini au contraire, déplacement dans un sens fixe, horizontal le plus souvent et rarement vertical, il a été observé dans les lésions du *vermis*, quelquefois d'une façon variable avec la compression par une tumeur dans le decubitus latéral sain par exemple. Stewart et Holmes, cités par Bérard, pensent tirer de son analyse les indications suivantes : dans les

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 33, p. 517.

tumeurs intra et paracérébelleuses, les objets extérieurs paraissent se mouvoir du côté opposé à la lésion, dans les tumeurs intracérébelleuses, le mouvement illusoire du corps est dirigé de la lésion vers le côté sain, dans le même sens que les objets extérieurs; c'est le contraire pour les tumeurs paracérébelleuses.

La chute est fréquente, jointe à ces troubles de l'équilibre, mais sa direction est variable. Le seul caractère vraiment cérébelleux est de n'être pas en rapport avec la position de la tête (c'est le contraire pour le vertige labyrinthique).

2° Le *nystagmus* est plus discuté quant à sa valeur séméiologique. Les physiologistes sont du reste loin d'être d'accord sur son mécanisme. Horizontal, vertical, rotatoire ou oblique, composé d'une secousse lente et d'une secousse brusque qui, plus facile à constater, est admise généralement comme indiquant le sens du nystagmus, il a été d'abord assimilé au strabisme, à une crampe musculaire, à une paralysie associée de latéralité, à une défense automatique contre la déviation conjuguée continuelle des yeux, hypothèses qui excluaient son origine cérébelleuse. Bard, se basant au contraire sur les données anatomiques exposées plus haut, on fait un réflexe double d'origine corticale et cérébelleuse. Le nystagmus pour lui est un réflexe d'origine double : corticale et cérébelleuse. Le centre cortical réalise la déviation conjuguée des yeux dans chaque sens, les yeux regardent du côté du centre excité ou de la région paralysée. Son excitation anormale : rotation, chaleur, pôle positif, *donne la secousse lente du nystagmus*, le centre droit, par exemple, donnant la secousse lente gauche droite par excitation, visible si à ce moment on diriger les yeux vers la gauche. Au contraire, de sens inverse, la deuxième secousse brusque du nystagmus est due au centre cérébelleux; c'est un phénomène de dysmétrie qui se produit là comme dans la musculature des membres.

Le nystagmus est donc bien, en partie, un phénomène cérébelleux, et des rapports de la secousse brusque et lente, le centre cortical étant supposé ou reconnu sain, on est en droit d'en conclure pour la localisation d'une lésion au cervelet. Il faut, du reste, ajouter, qu'il n'y a pas encore de cas clinique cérébelleux, du moins à notre connaissance, ayant été diagnostiqué par cette méthode.

Pour Coppez, au contraire, le cervelet n'a aucun rôle dans le nystagmus, au moins direct, car il n'agit que par l'intermédiaire des noyaux vestibulaires qui forment, il est vrai, une véritable portion oberrante du cervelet. Mais, au point de vue qui nous occupe, le nystagmus perd toute valeur localisatrice cérébelleuse.

Quoi qu'il en soit de ces explications, le nystagmus sera, en pratique, ou spontané ou provoqué par les diverses épreuves labyrinthiques, rotatoire, calorique, l'épreuve voltaïque n'étant pas conseillée pour l'étude des réactions cérébelleuses (Escat).

Ces épreuves : rotatoire de Mack, calorique de Barany, pour ne parler que des principales ont pour résultat, leurs principes et leur technique ne pouvant être exposés ici, de déterminer une sensation vertigineuse, du nystagmus et la chute. Normalement, les résultats sont constants : perception de la rotation et nystagmus postrotatoire rapide en sens inverse de la rotation, ou du tympan chauffé dans le sens de l'oreille refroidie. Les difficultés commencent avec les cas pathologiques, indépendamment du fait d'une lésion labyrinthique que nous n'avons pas à envisager ici, mais de l'adjonction d'une lésion cérébelleuse.

Barany a montré que la lésion cérébelleuse supprime le nystagmus postrotatoire et post-calorique, ou qu'elle le fait changer de sens, à moins encore que le labyrinthe n'intervienne du côté opposé pour donner la réaction, mais alors dans un sens paradoxal; il signale de plus la possibilité du nystagmus spontané dans n'importe quelle compression cérébrale ou cérébelleuse, et son absence dans une lésion cérébelleuse s'il n'y a pas une compression suffisante.

D'après Lannois et Courjon, l'absence de nystagmus provoqué ou la discordance du nystagmus spontané et provoqué indiquerait une lésion du cervelet, le sens de la chute n'étant également plus en rapport avec celui du nystagmus. D'après Berthaud, le nystagmus d'origine cérébelleuse pourrait se produire spontanément lorsque le regard se dirige du côté de la lésion; d'après Mills, au contraire, ce fait n'a qu'une importance secondaire. D'après Oppenheim, le decubitus sur le côté sain le ferait apparaître (par compression). D'après Rothman, le nystagmus est en rapport avec les lésions extracérébelleuses. Mills et Weissenbourg ont vu, au contraire, au cours d'une intervention, le nystagmus apparaître dans la direction du regard à gauche et surtout dans l'œil gauche, après incision d'une région située à la limite du vermis et du lobe semilunaire gauche, fait qui concorde avec les expériences de Magendie, Flourens et Ferrier rapportées ci-dessus.

On voit quelle est la complexité de la question, qui touche aux problèmes les plus controversés de la neurologie, les rapports du vestibule et du cervelet aux points de vue physiologique et pathologique. On peut conclure pour le moment de la façon suivante :

1° *Spontané*, le nystagmus est de constatation banale, on discute encore son origine cérébelleuse, il ne renseigne aucunement sur une localisation possible, à moins de n'apparaître que dans un decubitus latéral, qui est celui du côté sain.

Au nystagmus spontané d'origine cérébelleuse, on reconnaît également souvent un caractère d'accroissement progressif (celui d'origine labyrinthique évoluant plutôt en sens contraire) et le fait qu'il se fait souvent dans un sens qui est en désaccord avec celui du nystagmus provoqué.

2° *Provoqué,* il semble ou bien manquer après les épreuves labyrinthiques et c'est du côté du cervelet atteint, ou bien il se fait d'une façon paradoxale par rapport au nystagmus spontané et cette discordance, si elle témoigne d'une lésion, sinon sûrement cérébelleuse, au moins endo-cranienne, rend extrêmement délicate sinon impossible, l'appréciation de sa valeur localisatrice. Telles sont les données qu'on est en droit de retenir, semble-t-il, pour localiser une lésion cérébelleuse, à l'aide du nystagmus spontané ou provoqué; on voit qu'elles sont minimes et d'interprétation souvent fort délicates et Barany lui-même reconnaissait en 1913 qu'on ne pouvait, dans le cas de lésion du VIIIe, discréminer la part revenant au vermis ou aux noyaux vestibulaires, non-seulement dans le trouble apporté aux réactions labyrinthiques, mais aussi aux perturbations de l'équilibre en général.

3° L'*épreuve de l'index de Barany*, dérivée des méthodes d'investigation labyrinthique, nous est suffi-

samment connue parce que nous en avons dit plus haut dans ses principes et dans son application. G. A. Weill lui a substitué pour plus de commodités et avec les mêmes détails pour l'exploration segmentaire d'un membre, l'inscription graphique sur une planchette ou sur une ardoise. On peut se demander maintenant quelle est sa valeur séméiologique exacte au point de vue localisation d'une lésion cérébelleuse.

1° *La déviation spontanée.* — Pour Barany, la déviation spontanée, pour qu'en soit reconnue l'origine cérébelleuse, doit coexister, en même temps, avec l'absence de nystagmus provoqué par les excitations labyrinthiques rotatoire ou calorique, et l'absence également de déviation provoquée du bras postnystagmique et ainsi est démontrée la solution de continuité labyrintho-cérébelleuse, le contexte clinique témoignant de l'origine cérébelleuse de la lésion ; nous avons vu, de plus, qu'elle indiquait une lésion des centres de direction, situés dans l'écorce hémisphérique aux endroits précis signalés par cet auteur. Rothman a prétendu que cette déviation spontanée pouvait se voir en dehors de toute affection cérébelleuse et il a apporté une observation, vérifiée anatomiquement, d'hémorragie traumatique de la région de gyrus supermarginalès gauche (lobule marginal, lobule du pli courbe), où existait de la déviation spontanée du bras droit ; l'épreuve calorique donnait des résultats normaux, fait prouvant l'intégrité cérébelleuse et l'existence, en dehors du cervelet, et dans le cas présent, sur la corticalité cérébrale, d'autres centres de direction ; c'est un argument de plus en faveur des relations fonctionnelles étroites entre les hémisphères cérébraux et cérébelleux ; mais, si cet exemple permet de concevoir, facilement, l'établissement de suppléances pathologiques, il se pose à l'encontre de la valeur spécifique de l'épreuve de la déviation spontanée, au point de vue localisation d'une lésion à l'écorce hémisphérique cérébelleuse. Pour garder sa valeur, ce signe ne peut être isolé du reste des symptômes cérébelleux.

2° *La déviation provoquée.* — Les renseignements susceptibles d'être demandés à la réaction cérébelleuse, déviation du doigt postnystagmique vestibulaire, au point de vue du diagnostic de localisation entre les régions cérébelleuses, peuvent se schématiser ainsi (d'après Claoué).

Epreuve à pratiquer, calorique de préférence : rotative excite les deux labyrinthes; voltaïque, non applicable ici (Escat).

L'excitation de chaque labyrinthe donne des réactions vestibulaires (nystagmus, vertige) et cérébelleuses (déviation du doigt postnystagmique) normales, des deux côtés ou du côté excité = intégrité vestibulaire et cérébelleuse.

L'excitation d'un labyrinthe donne, seulement, réaction vestibulaire d'un côté, sans réaction cérébelleuse = intégrité vestibulaire, lésion cérébelleuse.

L'excitation d'un labyrinthe ne donne ni réaction vestibulaire, ni réaction cérébelleuse. On s adresse alors à l'autre labyrinthe et trois éventualités sont possibles :

1° Aucune réaction non plus, ni vestibulaire, ni cérébelleuse, il y a labyrinthe double ou seul ou avec lésion cérébelleuse. La méthode ne peut pas dire plus.

2° Réaction vestibulaire, mais *absence de réaction cérébelleuse.*

Des deux côtés : Lésion cérébelleuse bi-latérale.

D'un seul côté : Lésion cérébelleuse de ce côté.

3° Réaction vestibulaire, *mais réactions cérébelleuses des deux côtés* : Labyrinthite du côté opposé avec intégrité cérébelleuse.

Inutile d'ajouter que la méthode ne peut être séparée du contexte clinique général.

4° L'*épreuve de la passivité*, comme celle *de la résistance d'Holmes Stewart*, longuement décrites par A. Thomas, dans son ouvrage sur les blessures du cervelet, auquel nous renvoyons, pour plus de détails, consiste à explorer par segment de membre, l'état de la tonicité musculaire et l'aptitude à corriger rapidement et en dehors de l'attention volontaire, des attitudes anormales imprimées au membre. Cette méthode a fait ses preuves en physiologie expérimentale et en clinique humaine, pour ce qui est de sa valeur séméiologique générale, mais nous n'avons pas d'éléments qui nous permettent d'apprécier son importance pour la localisation exacte d'une lésion. Les blessés dont A. Thomas rapporte l'histoire, n'ont point donné lieu notamment à des vérifications anatomiques.

5° L'*épreuve de l'appréciation du poids*, qui est perçu plus léger du côté de la lésion cérébelleuse, a été préconisée par Lotmar. C'est, du reste, d'après cet auteur, un signe d'excitation et non de déficit cérébelleux. Elle ne peut, naturellement, fournir que des renseignements limités au côté de la lésion.

La connaissance exacte de ces différents signes est évidemment des plus intéressantes, mais on ne doit pas s'étonner qu'en pratique, leur recherche, environnée d'une foule de difficultés et de causes d'erreur, soit d'abord extrêmement délicate et qu'ensuite, elle ne conduise pas toujours à des résultats exacts. En effet, le cérébelleux, en clinique humaine, est rarement, uniquement cérébelleux, il faut penser à tous les autres symptômes que peut entraîner une lésion encéphalique, même limitée : troubles psychiques, en particulier, et qui vont gêner singulièrement l'investigation clinique. Les ramollissements cérébelleux, notamment, dont on serait en droit d'attendre, par analogie avec ce qui s'est passé pour les localisations cérébrales, les renseignements les plus précis, sont rarement isolés : la coexistence d'autres foyers de ramollissement encéphalique obscurcit le tableau clinique, empêche la recherche des épreuves cliniques dont nous venons de parler ou en fausse complètement les résultats. Aussi bien, la description théorique d'un syndrome pathologique ou de la séméiologie d'un organe est une chose facile à faire dans une belle ordonnance, l'application à la clinique humaine en est une autre singulièrement plus délicate et plus décevante.

Les symptômes cérébelleux nous étant donc suffisamment connus, il reste à interpréter leur mode de groupement au point de vue localisation lésionnelle cantonale.

La bilatéralité et la distribution multiple des lésions seront soupçonnées, quand on constatera la bilatéralité des symptômes, l'existence au complet du syndrome cérébelleux ou du moins la grande abondance de ces symptômes.

Au contraire, leur prédominance ou leur existence uni-latérale, la percussion douloureuse localisée, la céphalée spontanée à prédominance ou existence uni-latérale, la contracture de la nuque localisée ou prédominante d'un côté, l'abolition d'un réflexe cornéen variant avec la position du malade dans les

conditions déjà citées pour le vertige (Oppenheim), l'exophtalmie uni-latérale (Hans), le ptosis uni-latéral (Robin), l'œdème de la papille uni-latéral, plaideront en faveur d'une localisation uni-latérale qui sera *omonyme* par rapport aux symptômes. Il y a cependant des exceptions. Sur 52 cas d'œdème papillaire uni-latéral, Duret l'a constaté 36 fois du côté de la lésion, 16 fois du côté opposé. Freiher Eiselberg a vu l'abolition du réflexe cornéen limitée au côté sain ; pour ce qui est du sens de la chute, il est des plus variables. Nous ne répétons pas ce que nous avons dit à propos du vertige, du nystagmus, des épreuves de Barany, Thomas et Lotmar. Comme on le voit, si le diagnostic du côté atteint, indépendamment naturellement, de tous les autres symptômes non cérébelleux, commémoratif, otite suppurée, compressions nerveuses de l'angle ponto-cérébelleux, etc. que l'on devra rechercher avec soin, mais que nous n'avons pas à examiner ici, si donc le diagnostic du côté atteint pourra, le plus souvent, être posé de par l'examen purement cérébelleux, on devra toutefois s'attendre à des surprises et reconnaître parfois, pièces en mains, que l'on s'est trompé.

En dehors de cette localisation grossière de côté, peut-on aller plus loin et localiser une lésion au vermis, aux hémisphères, voire même aux noyaux centraux ?

1° Les troubles marqués de l'équilibre, la titubation, la raideur de la nuque intense, les troubles bi-latéraux, la tendance au recul et la chute en arrière, l'incurvation de la colonne vertébrale avec affaiblissement progressif des muscles, l'émission de cris inconstants, la démarche..., avec latéro ou rétro-pulsion, la lenteur particulière des mouvements de la tête et du cou ; l'hydrocéphalie intense, les caractères, déjà cités, de vertige et de nystagmus, la lenteur, le peu de méthode de la parole ont été particulièrement signalés dans *les lésions du vermis* par Nothnagel, Duret, Bing, Thomas, Robin, Rothman, Babinski et Tournay, Goublot, Pasquale. Des observations existent cependant où, avec des signes vermiens, on trouvait une lésion hémisphérique, telle celle de Leclerc et Charvet. Peut-être pourrait-on invoquer, avec Tallemer, l'action du poids de la tumeur. appuyant sur le vermis dans le décubitus latéral du côté sain, les signes disparaissent alors dans le décubitus latéral du côté malade.

L'unilatéralité des symptômes, la dysmétrie et l'asynergie limitées aux membres, avec début par les extrémités, l'exagération unilatérale des réflexes avec leur type pendulaire (A. Thomas), le signe de l'index de Barany, provoqué et spontané, sont plus particuliers *aux lésions des hémisphères :* Duret, Bing, Babinski et Tournay, Rothman, Thomas et Jumentié, Barany. On peut y ajouter les phénomènes signalés de vertige, de nystagmus, de la passivité et de l'appréciation des poids.

Les spasmes toniques unilatéraux, le vertige intense, les troubles marqués de l'équilibre, les attitudes spéciales et involontaires du corps, les phénomènes catatoniques ou de catalepsie cérébelleuse, les crises convulsives ont été observés dans les *lésions des noyaux centraux.* Schulmann et Pradal, Horsley, Rothman (nous avons insisté à différentes reprises sur l'importance physio-pathologique de ces noyaux).

La rotation suivant l'axe longitudinal du corps, la déviation des yeux du côté opposé à la lésion, la déviation oblique des yeux, l'un en haut et en dedans, l'autre en bas et en dehors, ont été vues par Bertaud dans les *lésions du pédoncule cérébelleux moyen.* La rotation et l'inclinaison latérale sont pour Thomas et Jumentié, un des signes de lésions des voies cérébelleuses (ou du cervelet). La tendance à la chute serait aussi un signe de lésion du pédoncule moyen : Robin, Nothnagel, Freidherg, Belhomme, Romberg ; il n'y a du reste que pour le pédoncule moyen que *pourront* se voir des signes purement cérébelleux ; pour lui et les pédoncules supérieur et inférieur, ce sont, comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire, les signes adjacents qui fixent sur la topographie de la lésion.

Les troubles de mouvement de latéralité des yeux signalés parfois seraient plutôt pour Gaussel, un signe par irritation ou compression du voisinage. Coutelas se range également à cette opinion : les observations de paralysies associées des yeux rapportables uniquement à une lésion du cervelet ne sont pas suffisamment démonstratives, et c'est dans les régions voisines et sus-jacentes, noyau du VI, fibres d'assocation du VI et du III, région des tubercules quadrijumeaux, qu'il faut en chercher la cause.

On peut voir, par cette énumération, que si la symptomatologie cérébelleuse est riche, elle est loin d'être aussi précise. Cependant, la doctrine des localisations a apporté à cette précision une contribution précieuse, en permettant d'attribuer aux différentes parties du cervelet des fonctions différentes et, partant, des signes différents de perturbation pathologique. Comme nous le disions, en commençant ce travail, cette question, en clinique humaine, vient à peine d'entrer dans la pratique quotidienne, si les résultats en sont jusqu'ici peu importants et limités, le champ qu'elle ouvre aux recherches ultérieures est en revanche infiniment vaste. Nous nous sommes efforcés d'établir le bilan actuel de la question et de fournir une base à ces investigations dont on ne peut espérer que des résultats intéressants.

Conclusions générales. — L'anatomie comparée et la physiologie expérimentale sont arrivées chez l'animal, à des données assez précises pour être, d'ores et déjà, retenues, sur l'existence de localisations fonctionnelles dans l'écorce et les noyaux cérébelleux.

Chez l'homme, une telle transposition serait encore prématurée, à part les faits intéressants que nous avons signalés, chemin faisant, comme dignes d'être mentionnés, la question est encore en pleine étude ; on peut espérer, dès maintenant, qu'elle aboutira à des résultats intéressants, malgré la rareté des cas où elle peut être faite et les difficultés qu'elle présente.

Néanmoins, l'existence de ces localisations implique, dès maintenant, des directives précises dans l'examen du cérébelleux ; à côté du syndrome global, il faut savoir dépister les troubles segmentaires minimes en mettant en cause les divers procédés d'investigation dont nous avons parlé : examen des mouvements passifs, actifs, épreuve de Barany, toutes recherches qui, en dernière analyse, traduisent un trouble de la contraction musculaire : dysmétrie, asynergie ou anisosthénie, élément essentiel de la fonction cérébelleuse, liée logiquement à une localisation fonctionnellé.

C'esi sur ce fait d'un examen détaillé plus précis, nécessaire à l'établissement d'un diagnostic cérébel-

leux, que nous désirons insister en terminant, car c'est, en somme, la principale conclusion pratique que l'on puisse actuellement tirer des localisations cérébelleuses chez l'homme.

L'existence de ces localisations comporte-t-elle des sanctions thérapeutiques? En dehors de l'indication grossière du côté, qu'on arrivera, la plupart du temps, à établir, malgré que des constatations nombreuses inclinent encore à une réserve prudente, on ne peut guère préciser davantage et le temps ne semble pas encore arrivé où l'on trépanera dans une zone limitée reconnue comme exactement responsable. L'exemple est là, du reste, des localisations cérébrales, depuis plus longtemps étudiées et fouillées, et pour lesquelles on en est encore à préconiser les trépanations larges, dans l'ignorance où l'on reste le plus souvent de l'exactitude réelle du diagnostic de localisation que l'on a posé.

BIBLIOGRAPHIE

I. Ouvrages et articles principaux où l'on pourra retrouver les indications bibliographiques antérieures :

BABINSKI. *Soc. de neurol.*, 9 nov. 1899; — *Revue mens. de méd. int. et de thérap.*, mai 1909.

BABINSKI et TOURNAY. *Rapport au XVIIe Congrès intern. de méd.*, Londres, 7-12 août 1913.

BÉRARD. Diagnostic et traitement des tumeurs du cervelet, *Th. de Lyon*, 1910.

BING. Rapport sur la physio-pathologie du cervelet, *Revue suisse de méd.*, déc. 1911; — *Revue de neurol.*, 1912, p. 90.

DÉJERINE. *Séméiologie nerveuse*, 1914.

ESCAT. *Technique oto-rhino-laryngologique*, 1921, 3e édition, Maloine et fils.

RICHET. *Dictionnaire de physiologie*, Art. CERVELET, Mendelsohn.

ROTHMANN. Localisations cérébelleuses, *Rapport au XVIIe Congrès intern. de méd.*, 7-12 août 1913.

SANO. Physiopathologie du cervelet, *Congrès belge de neurol. et de psych.*, VIIe session, Ypres-Tournai 1912.

THOMAS (André). Le cervelet, *Th. de Paris*, 1896-1897; — *La Fonction cérébelleuse*, 1911; — *Les Blessures du cervelet*, 1918.

THOMAS (A.) et DURUPT. *Localisations cérébelleuses*, 1913; — Recherches expérimentales sur les fonctions cérébelleuses et les localisations, *L'Encéphale*, déc. 1913, p. 21.

Traités d'anatomie et de physiologie.

II. Principaux auteurs cités ou consultés à propos de l'anatomie comparée et de la physiologie expérimentale :

ABUNDO (D'). Localisations cérébelleuses, *Revue de neurol.*, 1912, p. 396.

BOLCK. Cité par THOMAS. *Localisations cérébelleuses. Fonction cérébelleuse.*

EDINGER. Localisations cérébelleuses, *Revue de neurol.*, janv. 1913, p. 821; — Cité par A. THOMAS. *Localisations cérébelleuses.*

FERRIER. Cité par THOMAS. *Localisations cérébelleuses.*

GALANTE. Action du cerveau sur le cervelet, *Revue de neurol.*, janv. 1916, p. 87.

Gilberto ROSSI. Extirpation du cervelet, *Revue de neurol.*, janv. 1916, p. 50.

GREEKER. Localisations cérébelleuses, *Revue de neurol.*, janv. 1912, p. 556.

Ettore GREGIO. Compression du cervelet, *Revue de neurol.*, 1912, p. 721; janv. 1914, p. 750; nov. 1914, p. 666.

HORSLEY, HULSHOFF POL, KUTZENSTEIN, LAURIER, MARASSINI, NEGRO, PAGANO. Cités par A. THOMAS. *Ibid.*

PREISIG. Localisations cérébelleuses, *Revue de neurol.*, janv. 1913, p. 81.

PRÜSS. Cité par A. THOMAS. *Ibid.*

RONCATO. Rapports des canaux semi-circulaires et des hémisphères cérébelleux, *Revue de neurol.*, nov. 1917, p. 82.

ROSENDA. Cité par THOMAS. *Ibid.*

ROTHMAN. Loc. cit., et cité par A. THOMAS. *Ibid.*

ROTLIN. Incitation cérébelleuse chimique, *Revue de neurol.*, 1920.

SHERINGTON, VAN RYNBECK et VINCENZANI. Cité par THOMAS. *Ibid.*

III. Principaux auteurs cités ou consultés à propos des données anatomo-cliniques :

ALQUIER et CLARFELD. Tumeurs ponto-cérébelleuses, *Gaz. des hôpit.*, 1911, p. 873 et 1033.

BARANY. Diagnostic des tumeurs du cervelet, *Revue de neurol.*, janv. 1913, p. 823; — Cité par THOMAS. *Localisations cérébelleuses.*

BARD. Rôle des centres nerveux dans la production du nystagmus thermique, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1918, p. 788; — Mécanisme et signification du nystagmus voltaïque, *Ann. de méd.*, 1918, p. 238; — Production du nystagmus d'origine rotatoire, *Revue de neurol.*, 1919, p. 177; — Mécanisme physiologique du nystagmus d'origine labyrinthique, *Ann. de méd.*, 1919, p. 1.

BÉRIEL, P. DURANT et MALESPINE. Syndrome de Babinski, Nageotte, *Lyon méd.*, 1913.

BÉRIEL. Syndromes bulbaires supérieurs, *Lyon méd.*, 31 mai 1914.

BERTHAUD. Tumeurs du cervelet chez l'enfant, *Th. de Paris*, 1917-1918.

CADE et BANCEL. Kyste du vermis, *Lyon méd.*, nov. 1903, p. 116.

CHATELIN et BEHAGUE. Hypersthénie des antagonistes d'origine cérébelleuse, *Soc. de neurol.*, 5 déc. 1918.

CHATELIN et DE MARTEL. *Blessures du crâne et du cerveau*, 1917, Collection Horizon, Masson et Cie.

CLAOUE. *Le Nystagmus vestibulaire et les réactions du mouvement*, 1918, Maloine et fils.

Stephen CHAUVET et VOLT. Kystes cérébelleux latents, *Bull. de la Soc. anat.*, 1911, p. 435; — *Presse méd.*, 1911, p. 617.

CLAUDE et BAUDOIN. Pseudo-tumeur cérébrale, *Revue de neurol.*, janv. 1911, p. 122.

CLAUDE et LHERMITTE. Signes cérébelleux dans les lésions des lobules paracentraux, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 mai 1916.

CLAUDE et LAGER. Atrophie cérébro-cérébelleuse croisée, *L'Encéphale*, 1912, p. 345.

CLAUDE et QUERCY. Syndrome de la calotte pédonculaire, *Revue de neurol.*, janv. 1914, p. 840.

COPPEZ. Rapport sur le nystagmus à la Société française d'ophtalmologie, *Clinique ophtalmologique*, 1913, p. 400.

COURJON. Abcès labyrinthique et abcès cérébelleux, *Th. de Lyon*, 1911.

COUTELAS. Essai sur la coordination des mouvements des yeux, *Th. de Paris*, 1907-1908.

DUVAL et LABORDE. *Journal de l'Anatomie*, Paris 1880, p. 72.

DURET. *Rapport sur les tumeurs cérébrales*, 1903.

FREIHERR EISELBERG. Sur la valeur du réflexe cornéen comme signe de localisation cérébelleuse, *Revue de neurol.*, 1912, p. 341.

FROGNITO. Signes cérébelleux dans une tumeur frontale, *Revue de neurol.*, nov. 1916, p. 31.

GALLAVARDIN et REBANTU. Syndrome cérébelleux guéri par le traitement spécifique, *Lyon méd.*, 1909, p. 281.

GARDEN. Tumeur frontale avec signe cérébelleux, *Revue de neurol.*, 1919, p. 373.

GARNIER et THIERS. Tubercule du cervelet gauche, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 8 fév. 1912.

GAUSSEL. Les paralysies des mouvements des yeux dans les affections du cervelet, des tubercules quadrijumeaux et de la protubérance, *Revue de méd.*, 1905.

GOUBLOT. Tubercules du cervelet, *Th. de Paris*, 1903-1904.

HANS. Tubercule du lobe gauche du cervelet, *Semaine méd.*, 15 juin 1912.

HAUTANT. Le réflexe nystagmique, *Arch. d'ophtalm.*, 1920, p. 662.

JELGERSMA. Atrophie du cervelet, *Revue de neurol.*, 1920.

JOSE T. BORDA. Tumeurs du corps calleux à signes cérébelleux, *Revue de neurol.*, nov. 1917, p. 28.

JUMENTIÉ. Tumeurs ponto-cérébelleuses, *Th. de Paris*, 1911; — Tubercules multiples du cervelet, *Revue de neurol.*, janv. 1914, p. 776.

KONOVA. Atrophies croisées cérébro-cérébelleuses, *Th. de Paris*, 1912.

LAIGNEL-LAVASTINE. Syndromes cérébelleux par lésions pédonculaires, *Soc. de neurol.*, 6 nov. 1919.

LANNOIS. Diagnostic entre les abcès labyrinthiques et cérébelleux, *Revue de méd.*, 1911, et *Livre jubilaire* du prof Lépine, p. 402.
LANNOIS et DURAND. Tumeurs ponto-cérébelleuses, *Ann. oto-rhino-laryngol.*, juin 1909, n° 6.
LONG. Syndrome de Babinski-Nageotte, *Revue de neurol.*, 1913, p. 641.
LASALLE-ARCHIMBAULT. Atrophie du cervelet, *Revue de neurol.*, 1920, p. 388.
LECLERC et CHARVET. Tumeurs du cervelet gauche, *Lyon méd.*, 10 mars 1912.
LÉRI. Blessures du vermis, *Revue de neurol.*, nov. 1917, p. 455; — *Revue de méd.*, 1916, p. 555-556.
LÉVY-VALENSI. *Syndrome cérébelleux et syndrome vestibulaire. Essai de schématisation*, Paris, Alcan 1922.
MARIE (L.) et FOIX. Hémiplégies cérébelleuses, *Semaine méd.*, 8 janv. et 26 mars 1913.
MAUBLANC. Tumeur du cervelet, *Th. de Lyon*, 1904-1905.
MILNES et WEISSENBOURG. *Localisations cérébelleuses chez l'homme*, cités par THOMAS : LES BLESSURES DU CERVELET.
MONTET (DE). Abcès du cervelet diagnostiqué par la méthode de Barany, *Revue de neurol.*, janv. 1914, p. 31.
NOÏCA. Rôle du cervelet dans l'exécution des mouvements volontaires des membres, *Revue de neurol.*, 1921, p. 264.
OPPENHEIM. Influence du décubitus sur l'apparition des signes cérébelleux, *Revue de neurol.*, nov. 1913, p. 24.
ŒLSNITZ (D') et CORNIL. Syndromes cérébelleux par lésions des pédoncules, *Réunion méd.-chir. de la VIIe région*, 15 août 1918, n° 8; — *Revue de neurol.*, 1920, p. 834.
PALLASSE. Tumeurs ponto-cérébelleuses, *Lyon méd.*, 20 avril 1913.
PIERRET et GIRAUD. Localisations visuelles dans le flocculus, *XXe Congrès des alién. et des neurol.*, Bruxelles 1910.
PITRES et MARCHAND. Syndromes cérébelleux postcommotionnels, *Revue de neurol.*, 1916, t. II, p. 298.
ROBIN. Tuberculose du cervelet, *Th. de Montpellier*, 1911.
ROME. Epilepsie jacksonnienne, *Th. de Lyon*, 1906-1907.
ROYER et COLLET. Affection cérébelleuse systématisée avec parole scandée, *Arch. de neurol.*, 1893.
ROTHMAN. Sur la valeur du signe de Barany, *Revue de neurol.*, janv. 1917, p. 217.
SALES. Pseudo-tumeurs cérébrales, *Th. de Lyon*, 1911-1912.
SAUVINEAU. Le nystagmus, *Encyclopédie française d'ophtalmologie*, 1909, t. VIII.
SCHULMANN et PRADAL. Attaque cérébelleuse, *Revue de neurol.*, nov. 1918, p. 57.
THOMAS. *Revue de neurol.*, 9 juillet 1914, p. 134-476; — *Localisations cérébelleuses chez l'homme*; — Loc. cit.
THOMAS et KANOVA. Atrophies croisées cérébro-cérébelleuses, *Revue de neurol.*, janv. 1912, p. 321.
THOMAS et JUMENTIÉ. Attitudes et anisasthénie d'origine cérébelleuse, *Revue de neurol.*, août et sept. 1915.
THIERS. Hémiplégie cérébelleuse, *Th. de Paris*, 1917.
VIDONI. Lésion pariétale avec signes cérébelleux, *Revue de neurol.*, 1920, p. 102.
VIGOUROUX et CORNET. Atrophies cérébro-cérébelleuses croisées, *Bull. Soc. clin. de méd. ment.*, juin 1914, p. 206.
VINCENT (Cl.). Ataxie frontale, *Revue de neurol.*, janv. 1911, p 206.
WEIL. Procédé dérivé de celui de Barany, *Soc. paris. oto-rhino-laryngol.*, 10 juillet 1913.
WENCESLAS LOPEZ ALBO. Un cas de tumeur du cervelet diagnostiqué et vérifié par le procédé de l'index de Barany, *Acad. de scienci med. de Bilbao*, 30 nov. 1917, in *Revue de neurol.*, 1920, p. 835.

Questions neurologiques d'actualités. Vingt conférences faites à la Faculté de médecine de Paris en 1921, par MM. S. A. R. WILSON (Londres), Ch. CHATELIN, H. CLAUDE, G. ROUSSY, GUILLAIN, LHERMITTE, SOUQUES, BABONNEIX, And. LÉRI, P. SAINTON, A. SICARD, CROUZON, POULARD, Ch. FOIX, LAIGNEL-LAVASTINE, VURPAS, BOURGUIGNON, BÉHAGUE, BOUTTIER, Pierre MARIE. Introduction par M. le professeur Pierre MARIE. In-8 de 552 pages avec 142 fig. — Prix : 28 francs. — Paris, Masson et Cie.

LETTRE D'AMÉRIQUE

Tempora mutantur !... L'Académie de médecine discute les programmes d'enseignement et la Clinique des maladies des enfants annonce un cours d'hygiène scolaire. Il est fort réjouissant de voir les autorités médicales prendre ici la place qui leur appartient en simple justice, mais il faudrait avoir la mémoire courte pour ne pas se rappeler que cette place est loin de leur avoir toujours été reconnue. A l'époque, pourtant pas encore si lointaine, où le baccalauréat était le but de mes ambitions, les programmes n'étaient point soumis aux médecins pour leur approbation ; ils étaient l'apanage exclusif des pédagogues. Aujourd'hui, les noms de Roux, de Quénu, de Linossier, se trouvent à côté de celui de Bergson, le philosophe, et de ceux des maîtres du corps enseignant. Et c'est bien. Cela montre que l'école d'aujourd'hui ne s'occupe plus exclusivement de cultiver des intelligences, mais prend aussi soin des corps. L'enfant y apprend à vivre et à se développer physiquement aussi bien qu'intellectuellement et, pendant sa période de formation, il y est protégé contre les maladies, infectieuses ou autres, dont le rôle est si prépondérant, voire même presque exclusif, dans la genèse des défauts et infirmités physiques de la jeunesse et de l'âge adulte qui limitent la capacité de travail de l'individu et diminuent sa valeur tant pour lui-même que pour la société.

En cette matière d'hygiène scolaire, comme d'ailleurs dans toutes celles qui sont surtout affaire d'application pratique de notions courantes bien établies, les Américains ont marché très vite. Ce n'est certainement pas des villes américaines, grandes ou petites, que l'on peut dire que l'inspection scolaire y est lettre morte. Au contraire, son domaine s'étend de jour en jour et les résultats sont remarquables. Ceci est, en grande partie, dû à l'étendue des pouvoirs des Commissions sanitaires *(Boards of Health)*. Nous avons déjà eu l'occasion de parler de cette autorité et l'occasion nous semble propice pour en reparler, car il est peu de questions qui soient d'actualité aussi brûlante que l'hygiène publique.

Au point de vue juridique, les pouvoirs des Boards of Health sont tous fondés sur le droit de police de l'Etat. Or, il n'est point de base plus vaste ou plus élastique. Tout ce qui, de près ou de loin, touche à une phase *quelconque* de la santé publique, rentre, *ipso facto*, dans leurs attributions. De telle sorte que, pour établir leur autorité dans une direction quelconque, ils n'ont qu'à montrer la possibilité d'une telle relation. Et la promulgation des ordonnances et leur mise en vigueur sont aussi choses des plus simples, sans formalités dilatoires ou restrictions encombrantes. La Commission se réunit et décide d'ajouter à tel article du Code sanitaire telle nouvelle section et édicte de suite les réglements nécessaires pour appliquer ladite nouvelle section. Et c'est tout. C'est là du despotisme, diront tous ceux dont les idées ne sont point radicalement avancées, et des révolutions ont été faites pour renverser des autocrates dont le pouvoir n'était pas plus absolu. Peut-être, mais c'est un despotisme qui ne cherche que le bien des autres et non le profit personnel du despote. L'opinion publique, ici, semble fort bien s'accommoder de ce despotisme; l'Américain, d'ailleurs, prend l'hygiène,

tant personnelle que sociale, très au sérieux. Cela vient de ce qu'on a commencé à lui apprendre l'hygiène à l'école et que la propagande pour l'hygiène publique se poursuit ici sans trève et sans relâche.

Plus une agglomération est grande, plus les exigences sanitaires deviennent une chose complexe et, par conséquent, plus les activités du *Board of Health* deviennent multiples. C'est ainsi que dans une ville comme New-York, la commission sanitaire peut, pour ainsi dire, se mêler de tout. Elle réglemente, en partie, l'emploi des immeubles, en interdisant l'usage de certains comme locaux d'habitation, en obligeant les propriétaires à chauffer suffisamment leurs appartements et à maintenir leur plomberie en bon état, en imposant les conditions sous lesquelles certains bâtiments peuvent être utilisés comme restaurants, boulangeries, etc. ; elle s'immisce dans le travail personnel de l'individu en interdisant à certains, l'exercice de certaines professions : cuisiniers, garçons de restaurant ou de café, épiciers, coiffeurs ; elle intervient dans les conditions d'exercice du commerce ou des professions, en prescrivant comment les marchands de denrées alimentaires doivent disposer leur étalage, comment les coiffeurs doivent s'habiller pour leur travail, stériliser leurs instruments, ne pas se servir de plats à barbe communs à plusieurs personnes, comment les marchands de tabac ne doivent point avoir de coupes-cigares communs dans leurs boutiques, dans quelles conditions un docteur peut établir un laboratoire de radiologie, etc... Et, en cas d'urgence, elle soutient avoir le droit de se mêler de l'horaire des transports en commun, pour éviter l'encombrement, problème si sérieux à New-York, et le pouvoir de réquisitionner les approvisionnements de charbon, lait, provisions et autres produits de première nécessité et d'en surveiller la distribution. Et, quoique les circonstances n'aient point jusqu'à présent rendu nécessaire la mise à l'épreuve de ces prétentions, il ne faut pas oublier que les tribunaux sont toujours très disposés à donner, dans la mesure la plus large possible, l'appui de leur autorité aux *Boards of Health*.

En présence d'une organisation aussi puissante, une crainte surgit immédiatement à l'esprit, à savoir qu'il n'y ait de nombreux empiètements sur le domaine de la clientèle privée et une tendance marquée à l'établissement d'une médecine officielle d'Etat. Mais une conception, éminemment sensée, empêche les conflits avec les droits des praticiens. Cette conception est la suivante : il y a certaines choses qui doivent être faites, certaines précautions qui doivent être prises ; pourvu que le résultat soit obtenu, le Board of Health ne se soucie pas par qui il est obtenu ; de fait, il préfère beaucoup que ce soit le malade lui-même ou son médecin qui fasse l'ouvrage, Il n'intervient *jamais*, aussi longtemps qu'un médecin compétent prend la responsabilité sanitaire d'un cas. Il lui *délègue implicitement tous ses pouvoirs*, mais *sous condition expresse que le médecin se charge de faire obéir les règlements*. S'il ne le fait pas, ou si le malade refuse de le faire, le Board of Health rentre immédiatement en scène. En somme, cela revient à dire que l'hygiène publique est une chose qui doit être appliquée, de préférence par éducation et persuasion, mais aussi qui doit être imposée au besoin, dans certains cas. Et je ne crois pas que le bien fondé de cette conception soit sujet à discussion, d'autant plus qu'il y a une règle très simple qui permet de distinguer les cas où les méthodes de contrainte sont applicables, de ceux où les procédés de persuasion sont seuls de mise. Quand l'intérêt de *plusieurs* est en jeu, les premières sont justifiées ; si l'intérêt *personnel* de l'individu est seul en jeu, on ne peut avoir recours qu'aux derniers.

Ces explications générales nous ont assez longuement écarté de notre sujet primitif qui était l'hygiène scolaire ; mais elles permettent de comprendre combien, avec de tels principes directeurs, le rôle du médecin est grand dans les écoles des villes américaines. En fait, la coopération des autorités enseignantes et médicales est continue. A New-York, c'est le Board of Health qui notifie à l'école quand la quarantaine d'un élève atteint de maladie contagieuse peut être levée et l'enfant ne peut être admis à l'école, avant que cette notification ait été reçue. Dans chaque école, il y a, tous les matins, une infirmière expérimentée du Board of Health qui examine tous les enfants qui ont été absents pour cause de maladie et décide, en dernier ressort, s'ils peuvent entrer en classe ou doivent retourner à la maison. Tout élève qui semble, à son professeur, souffrir d'un défaut physique quelconque est signalé et les parents sont immédiatement notifiés et priés de mener l'enfant à leur médecin. S'ils ne le font pas, on fait une enquête pour savoir pourquoi ; si c'est par négligence, les avis continuent à pleuvoir à la maison, jusqu'à ce que la répétition constante produise son effet ; ou bien, si le cas le justifie, les Sociétés de protection de l'enfance, qui coopèrent intimement, dans cette direction, avec le *Board of Education* et le *Board of Health* font comparaître les parents devant un magistrat. Car, si l'infirmité de l'enfant le rend incapable de suivre le travail de l'école si cette infirmité est déclarée par le médecin inspecteur susceptible de correction ou d'amélioration et si ceux qui sont responsables ne prennent pas les mesures nécessaires, l'enfant est exclu de l'école temporairement et les parents deviennent, de ce fait, des délinquants. On n'admet pas ici, en matière d'hygiène, que les parents aient un pouvoir discrétionnaire absolu sur leurs enfants, lorsque les mesures correctives sont sans danger. S'il s'agit d'une opération, cependant, les parents ont le droit de refuser, mais alors, aucun effort n'est épargné pour les convaincre des avantages que l'opération proposée présenterait pour l'enfant et, généralement, on réussit, tôt ou tard. Ce cas se présenta, surtout, à propos des amygdales et des végétations adénoïdes. Tout enfant dans les écoles publiques est examiné au moins une fois par an ; la vue, l'ouïe, les dents, la gorge et le cœur reçoivent le plus d'attention. Pour ceux qui ne peuvent payer un médecin, l'on a prévu et organisé toutes les cliniques nécessaires, de telle sorte que la pauvreté ne peut être invoquée comme excuse.

Les résultats obtenus dans l'une de ces branches d'activité, à New-York, ont été publiés dans un des récents Bulletins hebdomadaires que le Board of Health envoie gratis à tous les médecins de la ville ; ils valent la peine d'être résumés pour donner une idée de l'étendue de la tâche. Il s'agit de la clinique des yeux, ou plutôt des cliniques, car il y en a neuf dans la ville et il en faudrait davantage. Elles ont un triple but : 1° Dépister et traiter toutes les maladies oculaires contagieuses ; 2° découvrir et corriger les vices de réfraction chez les enfants qui ne sont pas déjà en traitement pour cette cause ; 3° exami-

ner tous les candidats pour les classes spéciales d'enfants à vue faible (*Sight Conservation* classes) ou aveugles et surveiller ces classes.

Il y a vingt-huit de ces classes spéciales pour la conservation de la vue et dix classes pour les aveugles où l'on se sert de la méthode Braille ; dans celles pour enfants à vue faible, les livres sont imprimés en gros caractères spéciaux, les conditions d'éclairage sont particulièrement soignées ; les pupitres sont ajustables et les cartes sont en relief. Tout enfant dont la vision du meilleur œil ne dépasse pas 20/50, est un candidat pour une de ces classes. Il est remarquable de voir comment ces enfants, qui, dans une classe ordinaire, semblent arriérés, deviennent normaux pendant que leur vue s'améliore. Beaucoup d'enfants, entrés avec une acuité visuelle de 20/70 ou moins, retournent, après un certain temps, à une classe ordinaire avec une vision de 20/50, 20/30 ou même quelquefois de 20/20. En 1921, les cliniques ophtalmiques pour écoliers ont eu 86.261 visites en tout; 22.319 nouveaux malades s'y sont présentés, parmi lesquels il n'y avait que 345 cas de trachome, alors que ces cas se comptaient par milliers, il y a quelques années.

La place nous manque pour parler de bien d'autres branches d'activité d'hygiène scolaire ; signalons seulement les classes spéciales pour cardiaques avec service automobile qui vient chercher les enfants et les ramène à domicile et les classes en plein air pour les débiles et prétuberculeux ; l'enseignement précoce de l'hygiène à l'école primaire, où l'on consacre beaucoup de temps à apprendre, à l'enfant, à se tenir dans une attitude correcte et à bien respirer ; où on lui enseigne comment et quand il doit manger et boire, combien d'heures il doit dormir, combien d'heures, il doit passer au grand air, par jour. (Le travail des enfants est interdit dans la plupart des Etats, avant l'âge de seize ans.)

Au point de vue heures, la journée de l'écolier américain est de cinq heures, quelquefois de cinq heures et demie, avec cinq jours de classe par semaine, le samedi étant jour de congé. Dix heures de sommeil sont recommandées, jusqu'à quatorze ou quinze ans. L'exercice physique fait partie intégrante des programmes scolaires, depuis les plus petites classes jusqu'aux Universités, où il est encore obligatoire. La grande Université de Columbia, à New-York, ne décerne pas de diplôme à moins que le candidat ne soit capable de traverser à la nage la piscine du gymnase. Imaginons-nous que la Sorbonne ou la Faculté de droit refuse un diplôme de licencié es lettres ou de docteur en droit, parce que le candidat ne sait pas nager ! Je ne sais ce que l'on en dirait maintenant, mais, de mon temps, l'idée aurait paru bouffonne. Cela montre combien, en Amérique, on réalise l'importance du développement physique, non seulement pour les forts, les athlètes, mais pour tous. La rivalité athlétique entre écoles, pour tous les âges, est des plus intenses. C'est probablement pour laisser à l'enfant plus de temps pour son développement corporel que l'on donne, de façon générale, beaucoup moins de devoirs à faire à la maison qu'on ne le fait en Europe. Il ne semble pas que les progrès intellectuels en souffrent.

Un dernier point : le *Board of Education* a des *psychologistes* attitrés et, de plus en plus, on tend à classer les enfants d'après leurs aptitudes générales et spéciales déterminées par l'examen à la Binet. Il y a des classes pour enfants anormaux et arriérés et les résultats sont parfois remarquables.

Tout cela, dira-t-on peut-être, est bien de l'ouvrage et doit coûter fort cher. Certes, cela occasionne des dépenses. Mais, comme l'on dit ici « cela paie ». Il n'y a pas d'argent placé à plus gros intérêts pour l'avenir.

FAXTON E. GARDNER
(de New-York).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 AVRIL 1922)

Cheminement capillaire, diffusion et déplacement. — M. Louis LUMIÈRE.

Influence de la chaleur et de quelques dissolvants sur la viscosité du sérum de cheval. — M. A. VILA.

Recherches histomicrobiologiques sur la paralysie générale Existence du tréponème dans le cytoplasme des cellules nerveuses de l'écorce cérébrale. — M. Y. MANOUÉLIAN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 MAI 1922)

M. LE PRÉSIDENT déclare une place vacante dans la section d'anatomie pathologique, en remplacement de Ranvier.

Appareil à fracture datant de l'ère celtique. — M CAPITAN présente un appareil en terre cuite, datant de l'ère celtique, pour fractures du poignet.

Résultats éloignés de la cholécystectomie. — M. HARTMANN, en son nom et au nom de M. Dutaillis, donne les résultats de 100 observations de malades opérés de cholécystite qu'il a pu suivre de un à vingt ans. Ces résultats permettent de juger de la valeur réelle de la cholécystectomie. Chez 54 de ces malades les résultats immédiats ont été parfaits, 36 ont présenté quelques troubles gastro-intestinaux dont ils ont fini par guérir sous l'influence d'un traitement médical; 3 ont eu des crises hépatiques, mais beaucoup moins accentuées que les crises antérieures et qui ont fini par disparaître; 4 ont présenté des troubles digestifs en rapport avec des adhérences du duodénum ou du côlon avec le foie; 2 ont succombé à un cancer du foie, donc sur ces 100 malades, 92 ont été, avec ou sans un traitement consécutif, complètement débarrassés de leurs troubles antérieurs à l'opération; 4 seulement ont dû subir une opération secondaire pour des troubles du transit digestif causés par des adhérences. De cette série de faits on peut conclure qu'il y a lieu d'étendre les indications de la cholécystectomie.

Cette conclusion est absolument conforme à celle que M. Gosset a formulée dans une récente communication à la Société de chirurgie.

Etalonneur ionométrique. — M. BÉCLÈRE présente un nouvel appareil de M. Solomon, complément indispensable de son ionomètre radiologique présenté l'an dernier.

Discussion sur les maisons maternelles. — M. PINARD, ainsi qu'on devait s'y attendre, vient appuyer de son autorité les conclusions de la Commission. En sa qualité de « vieux puériculteur » il considère comme indispensable cet armement contre la mortalité infantile. Il rappelle les efforts déjà tentés par Tarnier dès 1875, et surtout par lui à maintes reprises. Il souligne quelques bons résultats obtenus dans certaines maternités, dans certains établissements, dans l'un, en particulier, où sur 145 enfants 127 sont morts. Il plaide, avec sa chaleur habituelle, en faveur de tous les moyens capables de diminuer cette effrayante mortalité.

Profitant de la présence, d'ailleurs assidue, de M. le ministre de l'Hygiène à l'Académie, il s'adresse directement à

lui, le louant de ce qu'il a déjà fait et l'adjurant d'appuyer de sa haute autorité les conclusions de l'Académie.

Résultats actuels de la démutisation. — Très intéressante communication de M. CASTEX qui, en son nom et au nom de M. Thollon, présente sept jeunes sourds-muets chez lesquels on peut admirer les résultats obtenus.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 25 AVRIL 1922)

Hernie diaphragmatique congénitale. — MM. PAPILLON et PICHON présentent des pièces de hernie diaphragmatique droite et des radiographies faites avant et après pneumopéritoine. Ces dernières montrant bien la lésion.

Nystagmus chez un albinos. — MM. PAPILLON et LESTOQUOY présentent un enfant de cinq ans albinos, avec un nystagmus constant. Aucun signe d'affection nerveuse quelconque.

Maladie d'Addison à évolution rapide chez l'enfant. — MM. LEREBOULLET et PEIGNAUX présentent les pièces d'une fillette de quinze ans morte en cinq semaines d'une maladie d'Addison typique. Lésions pulmonaires très discrètes, au contraire tuberculose surrénale avancée et sans lésions macroscopiques du sympathique.

Hypertrophie considérable du thymus sans signes cliniques. — M. G. BLECHMANN présente un enfant de cinq mois qui, passé aux rayons X pour tout autre chose, présente à la radiographie une énorme hypertrophie thymique que ne révèle aucun signe clinique.

M. GUINON remarque qu'une seule exposition aux rayons X suffit parfois pour faire beaucoup diminuer ces hypertrophies.

Anomalie vertébrale et mal de Pott. — MM. MOUCHET et RŒDERER présentent une jeune fille de seize ans traitée depuis trois ans pour mal de Pott dorsal inférieur possible à forme scoliotique. Or la radiographie montre au-dessous du foyer un spinabifida postérieur portant sur deux vertèbres.

Cyphose avec déformations osseuses. — MM. MOUCHET et RŒDERER présentent les radios d'un jeune cyphotique avec deux vertèbres aplaties en avant. Ils pensent qu'il s'agit d'une anomalie congénitale et non d'une adaptation.

Ostéomyélite aiguë. Vaccinothérapie. Mort. — MM. A MARTIN et A. JOLY, rapportent un cas d'ostéomyélite aiguë de l'extrémité inférieur du fémur traitée pendant vingt et un jours par le sérum antistaphylococcique. Etat général très grave appelé le vingt et unième jour, M. Martin intervient immédiatement. Mort quelques heures après La vaccinothérapie fait perdre un temps précieux.

Discussion. — MM. HALLOPEAU et BARBARIN appuient ces conclusions et rappellent leurs publications au congrès de Strasbourg ainsi que celle de Frœlich. La guérison par le vaccin seul est une exception et on doit beaucoup de morts au temps que fait perdre le vaccin. Il faut opérer d'abord et appliquer le vaccin ensuite.

Influence des injections de sérum antipneumococcique à haute dose sur les courbes de poids des nourrissons atteints de lésions pulmonaires et de troubles digestifs. — MM. RIBADEAU-DUMAS et J. MEYER ont injecté à dose de 40 à 80 centimètres cubes par jour ce sérum chez des nourrissons atteints de troubles digestifs et de lésions pulmonaires. Il agit sur la déshydratation efficacement, et comme complément d'alimentation plus efficacement que le sérum glucosé.

MÉDECINE PRATIQUE

LE PROCÉDÉ DE L'ENCRE VIOLETTE POUR LE DIAGNOSTIC DES ICTÈRES

Le Dr J.-L. Roumaillac (de Captieux) indique dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (25 mars 1922), un procédé pratique pour renforcer la teinte subictérique discrète qui échappe à la simple inspection.

Ce procédé est basé sur la théorie du contraste des couleurs de Chevreul.

Pour mettre en évidence la jaunisse sur la peau, avant que les conjonctives soient même teintées, M. Roumaillac procède ainsi : avec la plume de son stylo chargé d'encre violette il trace une raie sur la peau de la paume de la main du sujet à examiner, ou mieux sur la face antérieure du poignet où le tégument est fin et richement vascularisé. Cette ligne divise le champ cutané en deux territoires ou plages. Les bandelettes de chacun de ces deux champs respectifs qui longent de part et d'autre la ligne violette de séparation apparaissent aussitôt à l'œil, colorées en jaune ou jaune verdâtre si l'ictère non apparent existe. L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 10 mai. — Jury : MM. Legueu, président; Delbet, Couvelaire et Gosset. — M. VIGNARD (Albert). Des résultats anatomiques et fonctionnels de la staphylorraphie. — M. ANDRÉ (Alphonse). Radiographie et pyélographie dans la tuberculose rénale. — M. GOURDEAU (Edmond). Contribution à l'étude du traitement des états cachectiques du nouveau-né présumé syphilitique. — Mlle CHAUVEAU (Marcelle). Contribution à l'étude des ostéites tuberculeuses. — M. GIRARD (René). Traitement de l'abcès iléo-pelvien.

Jeudi 11 mai. — Jury : MM. Broca (André), président ; Desgrez, Marfan et Brindeau. — M. LEGRAND (Pierre). Nouvelle contribution à l'étude du pemphigus épidémique des nouveau-nés. — M. SANNIÉ (Charles). Contribution à l'étude du dosage de l'acide urique dans l'urine. — M. FABRE (André). Sur un cas de pyonéphrose tuberculeuse. — M. LEPENNETIER (François). Les rayons X, la haute fréquence et l'électrolyse associés (traitement des séquelles de l'adénite).

Jury : MM. Widal, président; Jeanselme, Nobécourt et Guillain. — M. BORRIEN (Henri). Contribution à l'étude radiologique de la muqueuse gastrique. — M. PERNIN (Louis). Le bouton d'Orient. — M. BOURGUIN (Fernand). De l'organisation administrative de la lutte antivénérienne. — M. LANGERON (J.). La diphtérino-réaction et sa valeur sémiologique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Année médicale pratique, publiée sous la direction de C. LIAN. Préface du professeur E. SERGENT. In-8. — Prix : 20 francs. — Paris, A. Maloine et fils.

Le Cou. Anatomie topographique. Les aponévroses. Les loges. Préface de M. le professeur SEBILEAU. In-8 jésus avec 70 figures et planches originales. — Prix : 18 francs. — Paris, Louis Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne.

Myosites aiguës Typhoïde et paratyphoïde (*Archives françaises de pathologie générale et expérimentale et d'anatomie pathologique*), par J. SABRAZÈS, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin des hôpitaux. In-8 raisin de 120 pages avec 4 planches hors texte. — Prix : 10 fr. — Paris, G. Doin.

Diagnostic, traitement et expertises des séquelles des blessures et des accidents des régions maxillo-faciales, par les docteurs L. DUFOURMENTEL, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, et L. FRISON, directeur de l'Ecole dentaire de France. In-16 de 151 pages avec 87 figures. — Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Technique de la réaction de déviation du complément de Bordet et Gengou (2e édition), par les docteurs P.-F. ARMAND-DELILLE, médecin des hôpitaux, et L. NÈGRE, de l'Institut Pasteur. In-8 de 196 pages avec 25 figures et 1 planche en couleurs. — Prix : 9 francs net. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 4 mai. — MM. Bith, 14,54; Schulmann, 17,18; Donzelot, 16,09; Weill (Henri), 18,18; May, 19.

Séance du 6 mai. — MM. Rouillard, 18,36; Dumont, 18,63; François, 17,63; Leconte, 18,9.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 5 mai. — MM. Bloch (G.), 16; Lorin, 17; Girode, 14; Gouverneur, 17.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. *Epreuve clinique.* — Séance du 5 mai. — MM. Bonnet, 16; Bloch, 20; Dufourmentel, 17.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Dieppe. — Le poste d'interne en chirurgie de l'hôpital de Dieppe est vacant. Pour tous renseignements, s'adresser au directeur des Hospices. Les demandes devront parvenir avant le 15 juin 1922.

— Sage-femme interne est demandée pour le 1er août 1922. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire-directeur des Hospices. Les demandes devront parvenir avant le 10 juillet 1922.

— Marseille. — Un concours pour une place de dermato-vénéréologiste sera ouvert, àMarseille, le 19 juin 1922.

— Un concours pour une place de chef de laboratoire de l'hôpital de la Conception s'ouvrira, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, le 26 juin 1922.

S'adresser au secrétariat des hospices à Marseille.

— Versailles. — Un concours pour la nomination de deux internes en médecine aura lieu les 29 et 30 mai 1922.

Conditions de l'internat : Les internes sont nourris, logés, chauffés et éclairés; ils reçoivent, en outre, un traitement annuel de 1.200 francs, plus une indemnité de vie chère de 600 francs.

Un prix annuel de 100 francs (fondation de Bizy) et un prix biennal de 600 francs (fondation Despagne) ont été institués en faveur des internes les plus méritants.

Par autorisation de l'Université de Paris, les élèves de 3e et 4e année (A. R.) et 4e et 5e année (N. R.) d'études médicales peuvent faire, comme internes à Versailles, le stage hospitalier exigé par la Faculté de médecine.

Les candidats au concours devront se faire inscrire au secrétariat, à l'hôpital civil. Le registre d'inscription sera clos le 24 mai 1922.

Tout candidat doit être de nationalité française ou naturalisé français, avoir satisfait à la loi militaire. Il devra justifier qu'il a subi avec succès les deux premiers examens (anatomie et physiologie).

Les candidats pourront avoir des renseignements complémentaires au cabinet du directeur, à l'hôpital eivil, de 9 à 11 heures du matin et de 2 à 4 heures du soir.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Leçon inaugurale de M. le prof. Claude. — M. Henri Claude, professeur du cours de clinique des maladies mentales et de l'encéphale, fera sa leçon inaugurale au grand amphithéâtre de la Faculté le mardi 16 mai 1922, à 17 heures.

LES PROFESSEURS ANGLAIS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Samedi dernier, sir Sidney Russell-Wells, vice-chancelier de l'Université de Londres, a fait dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, une leçon en anglais sur le « rétrécissement mitral ».

Cette leçon qui est la première d'une série dont nous donnons plus loin la liste, a été l'occasion d'une véritable solennité universitaire : le recteur de l'Université de Paris, le doyen et les professeurs de la Faculté de médecine ont tenu à honneur de recevoir en robe leurs éminents visiteurs. Ceux-ci, d'autre part, sont venus accompagnés du massier de l'Université de Londres, le Dr Eckenstein, qui a servi dans l'armée française et est décoré de notre Croix de guerre.

Les leçons suivantes auront lieu aux dates ci-après :

11 mai : Sir Wilmot Herringham, la « Fièvre des tranchées » (en français) ; 13 mai : M. Sampson Handley, « Pathologie lymphatique » ; 18 mai : M. E.-H. Starling, la « Compensation dans les maladies du cœur » (en français) ; 20 mai :

M. H.-J. Warling, « Pancréatite aiguë »; 27 mai : M. G. Elliot Smith, la « Vision stéréoscopique et l'évolution de l'homme ».

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS — Sont nommés :

M. Brin, professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Monprofit, décédé.

M. Tesson, professeur de pathologie chirurgicale, en remplacement de M. Brin.

PALMES ACADÉMIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les Drs Bourier (de Choisy-le-Roi), Leichnam (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les Drs Lacroix (J.-B.-M.-V.) et Moreau (G.-H.-L.) [de Paris], Taichaire (de Montpellier).

(Au titre étranger.) *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les Drs de Castro (de Lisbonne), Hanus Jelinck (de Prague), Leppick, de la légation d'Esthonie à Paris.

VOYAGES D'ÉTUDES MÉDICALES DE STRASBOURG. — Le voyage, qui aura lieu du 2 au 5 juin 1922, a pour but de faire connaître aux praticiens d'Alsace et de Lorraine quelques-unes des nombreuses stations hydrominérales et climatiques de la Savoie ;

D'une durée de quatre jours, par la Suisse à l'aller et au retour, ce voyage d'études sera également une merveilleuse randonnée touristique en auto-cars, à travers les sites les plus réputés de cette partie des Alpes, il comprend Evian, Saint-Gervais, Brides, Challes et Aix-les-Bains.

Le coût du voyage, dont les places sont limitées, est évalué à 160 francs environ, y compris tous frais de chemins de fer, auto-cars, hôtels, etc.

Les confrères désireux de participer à ce voyage sont priés d'avertir sans retard, et au plus tard le 15 mai, le secrétaire général, le Dr Emile Arbinet La Bessède, 26, avenue de la Marseillaise, à Strasbourg.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE RÉSERVE. — ECOLE D'INSTRUCTION ANNEXE DU SERVICE DE SANTÉ. — La prochaine réunion aura lieu le lundi 15 mai 1922, au Cercle militaire, à 21 heures.

La Conférence sera faite sur le sujet suivant : « Organisation du Service de santé en campagne : Les liaisons », par M. le médecin-major Garnier, professeur adjoint à l'École supérieure de guerre.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU. — CONFÉRENCES MÉDICO-CHIRURGICALES DE GASTRO-ENTÉROLOGIE PRATIQUE. — M. le prof. A. Gilbert, M. Maurice Villaret, agrégé, médecin des hôpitaux, M. Lardennois, agrégé, chirurgien des hôpitaux, et M. Chabrol, médecin des hôpitaux, feront en mai et juin, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), les mercredis et les samedis à 10 h. 3/4, une série de conférences médico-chirurgicales de gastro-entérologie pratique avec présentation de malades.

Des démonstrations pratiques endoscopiques, radiologiques et chimiques seront faites, en dehors des conférences cliniques, par MM. Jomier, ancien chef de clinique ; Dufourmentel, chef de clinique oto-rhino-laryngologique; Deval, chef de laboratoire de chimie, et Lagarenne, chef du laboratoire radiologique central et de la clinique médicale.

La première conférence sera faite par le prof. A. Gilbert, le samedi 13 mai, à 10 h. 3/4.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE (M. Pierre SEBILEAU, directeur des travaux scientifiques). — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en 10 leçons, par MM. les Drs L. Dufourmentel, R. Miégeville, Fl. Bonnet, P. Truffert, commencera le lundi 15 mai 1922, à 2 heures et continuera les jours suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 150 fr. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — Le Dr Pierre Robin, stomatologiste des hôpitaux commencera le jeudi 11 mai à 10 h. 1/2, une série de conférences de stomatologie avec présentation de malades. Il les continuera les jeudis suivants, jusqu'au 29 juin compris. Le jour de l'Ascension, 25 mai, il n'y aura pas de cours.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs A. Leblois (de Châteauneuf-sur-Sarthe), Lourties, ancien sénateur des Landes, ancien ministre; Pénières, ancien député de la Corrèze; Fernand Rozier (de Paris), Thuau (de Baugé), et Mlle Valentine Propper, docteur en médecine, interne à l'hôpital Sadiki à Tunis.

CONGRÈS

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES. — Les Journées médicales organisées par notre excellent confrère le *Bruxelles médical* vont retrouver, en 1922, le même succès triomphal qu'elles ont remporté l'an dernier. Nous apprenons, en effet, que leurs majestés le Roi et la Reine viennent d'accorder leur haut patronage aux Journées médicales de 1922 qui se tiendront au Palais des Académies, du 25 au 28 juin.

S. E. M. de Margerie, ambassadeur de France; le comte Gaston d'Ansembourg, chargé d'affaires du Grand Duché de Luxembourg; MM. Georges Theunis, premier ministre, ministre des Finances; Henri Jaspar, ministre des Affaires étrangères; le vicomte Berryer, ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène; Eugène Hubert, ministre des Sciences et des Arts; Albert Devèze, ministre de la Défense nationale; Adolphe Max, ministre d'Etat, bourgmestre de Bruxelles, et Emile Beco, gouverneur du Brabant, ont bien voulu accorder leur patronage au Congrès.

Le Comité d'honneur comprend MM. le prof. Paul Heger, président du Conseil d'administration de l'Université libre; Antoine Depage et Jean Verhoogen, professeurs de clinique chirurgicale; Paul Vandervelde et René Verhoogen, professeurs de clinique médicale; le prof. van Ermengem, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de médecine; O. Velghe, directeur général de l'hygiène; Vince, président du Collège des médecins, et Wibin, inspecteur général du Service de santé de l'armée.

Le programme scientifique est en voie d'élaboration. A côté des séances préparatoires, des démonstrations cliniques et de pratique médicale qui se donneront dans les différents hôpitaux, instituts et policliniques, il y aura une intéressante démonstration du fonctionnement de l'inspection médicale et de la clinique scolaires, des causeries se rapportant aux différentes spécialités et une excursion à la station thermale de Spa et au sanatorium de Borgoumont. Cette excursion qui occupera toute la journée du 28 juin se fera en train et en auto et sera agrémentée de réceptions et d'un déjeuner au casino de Spa offerts aux congressistes.

Les grandes conférences seront faites du côté français, par MM. les Drs Babinski (de Paris), Regaud, de l'Institut Pasteur, et Joltrain (de Paris). Du côté belge, par MM. les prof. Albert Brachet (de Bruxelles) et Henry Fredericq (de Liége). M. le prof. de Donder, de la Faculté des sciences de Bruxelles), a bien voulu, pour les congressistes, exposer les théories d'Einstein qui sont à l'ordre du jour des associations scientifiques.

Durant les Journées médicales, une exposition internationale de produits pharmaceutiques, de mobilier opératoire et d'instruments de chirurgie, se tiendra au Palais des Académies. Seuls les exposants des pays alliés ou amis y seront admis.

De nombreuses réceptions et une représentation théâtrale seront offertes aux congressistes et à leurs femmes, pour lesquelles le Comité des dames élabore un programme spécial.

La cotisation aux Journées médicales est de 20 francs pour les médecins (10 francs pour les abonnés à *Bruxelles médical*), 10 francs pour les dames et 5 francs pour les étudiants.

Les inscriptions et les demandes de renseignements doivent être adressées au Dr René Beckers, secrétaire général des Journées médicales, 36, rue Archimède, à Bruxelles.

LES CONCEPTIONS ACTUELLES DE

L'HYDROCÉPHALIE

Par MM. L. BABONNEIX et H. DAVID.

Le problème de l'hydrocéphalie comportait encore, jusqu'à ces derniers temps, passablement d'inconnues. Dans quelles conditions se forme l'épanchement ventriculaire? Pourquoi est-il ici, très abondant, et là, minime? Quel est le siège exact des lésions causales? Quelle est leur nature? Sous quelle influence les divers traitements chirurgicaux restent-ils le plus souvent inefficaces? Autant de questions restées sans réponse et que, dans une série de travaux du plus haut intérêt, [a cherché à résoudre M. Dandy [de Baltimore (1)]. Nous exposerons d'abord la conception de cet auteur, puis nous la discuterons, et, enfin, nous verrons quelles conclusions l'on peut tirer de cette discussion.

* * *

Exposé de la théorie. — Les idées personnelles de M. Dandy peuvent être rangées sous trois chefs, selon qu'elles concernent :

— le mécanisme;
— l'anatomie pathologique;
— le diagnostic;
— le traitement.

A. Mécanisme de l'hydrocéphalie. — On peut, à son sujet, formuler les propositions suivantes :

1° *A l'état normal*, le liquide céphalo-rachidien *circule* dans un système de vaisseaux clos, aussi bien délimité que les systèmes analogues, qu'il s'agisse du sang, de la lymphe, de la bile ou de l'urine.

Il est *sécrété* par les plexus choroïdes. Les plus importants de ces plexus occupant les ventricules latéraux, ce sont eux qui constitueront l'origine principale de ce liquide, dont les origines accessoires seront représentées par les plexus choroïdes des IIIe et IVe ventricules.

Des ventricules latéraux, tapissés par l'épendyme, épithélium cubique et « columnar », le liquide *passe* :

— dans le IIIe ventricule, par les trous de Monro;
— du IIIe au IVe, par l'aqueduc de Sylvius;
— du IVe, par les trous de Luschka et de Magendie, dans les espaces sous-arachnoïdiens, que tapissent des cellules plates, « mésothéliales », et où il est *résorbé*, cette résorption ayant, pour siège principal, beaucoup plus les canaux situés à la face externe des hémisphères cérébraux que les confluents chiasmatique et interpédonculaire.

A noter que :

1. La *circulation collatérale* du liquide céphalo-rachidien est *à peu près nulle*, soit dans son secteur ventriculaire, soit dans les espaces sous-arachnoïdiens, si bien que l'obstruction d'une de ces voies aura l'hydrocéphalie pour conséquence inéluctable, de même que l'obstruction d'un uretère a pour conséquence l'hydronéphrose.

2. Que *la paroi du ventricule ne contribue, en aucune façon, à résorber le liquide céphalo-rachidien.*

Expérimentalement, en effet, on peut produire l'hydrocéphalie de diverses manières :

a. *Obstruction des trous de Monro.* — A l'obstruction unilatérale correspond une hydrocéphalie unilatérale; à l'obstruction bilatérale, une hydrocéphalie bilatérale. Toutefois si, dans le premier cas, on a, auparavant, enlevé tous les plexus choroïdes du ventricule, non seulement, il ne devient le siège d'aucun épanchement, mais même il s'aplatit.

L'épendyme ne joue donc aucun rôle dans la production du liquide céphalo-rachidien, lequel est sécrété, *in toto*, par le plexus choroïde.

b. *Obstruction de l'aqueduc de Sylvius.* — Elle détermine une dilatation des ventricules latéraux et du IIIe ventricule, mais si l'on a pris soin, au préalable, d'extirper les plexus choroïdes des ventricules latéraux, l'épanchement sera beaucoup moins abondant, le liquide céphalo-rachidien provenant uniquement, dans ce cas, du plexus choroïde du IIIe ventricule.

c. *Ligature de la veine de Galien*, pourvu que cette ligature soit placée à l'origine de la veine; est-elle placée plus en arrière, ou sur le sinus droit, l'hydrocéphalie manque, les anastomoses veineuses rétablissant la circulation; il y aurait alors surproduction de liquide céphalo-rachidien.

d. *Application, sur le mésocéphale, d'une bande de gaze imprégnée d'un liquide irritant.* Il se produit ainsi des adhérences qui empêchent le liquide céphalo-rachidien d'atteindre les espaces sous-arachnoïdiens situés à la face externe des hémisphères cérébraux et d'y subir la résorption; ce qui le prouve, c'est que, si l'on vient chez l'animal expérimenté, à injecter de l'encre de Chine dans les espaces sous-arachnoïdiens, de la moelle, on voit, à l'autopsie, la coloration noire remontée jusqu'à l'endroit où a été appliquée la bande de gaze, et, là, s'arrêter brusquement, respectant entièrement la face externe des hémisphères cérébraux, ainsi qu'en font foi les belles planches annexées aux mémoires de M. Dandy.

2° Les *conditions pathologiques* qui, chez l'homme, président au développement de l'hydrocéphalie peuvent donc, abstraction faite de la compression de la veine de Galien, être de deux ordres, selon que l'obstacle siège :

a. Sur l'un des pertuis par lesquels le liquide céphalo-rachidien, parti des ventricules latéraux, arrive aux espaces sous-arachnoïdiens : trou de Monro, aqueduc de Sylvius, trous de Luschka et de Magendie.

b. Sur les espaces sous-arachnoïdiens du cerveau.

Dans le *premier* cas, où les voies qui permettent à la circulation du liquide céphalo-rachidien de s'effectuer normalement, sont oblitérées en un point quelconque de leur trajet, l'hydrocéphalie est dite *obstructive*.

Dans le second, où ces voies sont libres, mais où l'obstacle, siégeant sur les espaces sous-arachnoï-

---

(1) **Bibliographie.** — Dandy, W. E. and Blackfan, K. D. An experimental and clinical study of internal hydrocephalus, *J. Am. M. Ass.*, Chicago, 1913, exi 2216. — *Id.* Internal hydrocephalus, an experimental, clinical and pathological study, *Am. J. Dis. Child.*, Chicago, 1914, VIII, 406-482. — *Id.* Internal hydrocephalus, *Am. J. Dis. Child.*, Chicago, 1917, XIV, 424-443. — *Id.* Experimental hydrocephalus, *Ann. Surg. Philad.*, 1919, LXX, 129-142, 13 pl. — *Id.* Experimental hydrocephalus, *Tr. Ann. Surg. Ass. Philad.*, 1919, XXXVI, 397-428. — *Id.* The diagnosis and treatment of hydrocephalus due to occlusions of the foramina of Magendie and Luschka, *Surg., Gyn. and Obst.*, fév. 1921, p. 112. — *Id.* The diagnosis and treatment of hydrocephalus resulting from strictures of the aqueduct of Sylvius, *Surg., Gyn. and Obst.*, oct. 1920. — *Id.* The cause of so-called idiopathic hydrocephalus, *The Johns Hopkin's Hospital.*

diens, s'oppose à la résorption du liquide, elle est dite *communiquante*.

B. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Dans l'hydrocéphalie OBSTRUCTIVE, l'obstacle siège généralement en deux points définis, aqueduc de Sylvius, trous de Luschka et de Magendie, et, dans un cas comme dans l'autre, elle peut être congénitale ou acquise.

Congénitale, elle consiste en une malformation pouvant aller, selon les cas, de l'atrésie simple à l'imperforation : elle atteint surtout l'aqueduc de Sylvius et explique 50 p. 100 des hydrocéphalies congénitales.

Acquise, elle est d'origine inflammatoire.

Sur l'*aqueduc de Sylvius*, elle est due à la prolifération du tissu névroglique, laquelle arrive à obstruer plus ou moins complètement la lumière du canal, dont l'épithélium disparaît en partie ou en totalité.

De même, les *trous de Luschka et de Magendie* peuvent être, à la suite de méningites, parfois restées latentes, obstrués par du tissu inflammatoire, et, s'ils sont pris tous deux et que l'oblitération soit complète, il en résulte, immanquablement, une hydrocéphalie volumineuse. Si, au contraire, l'un de ces orifices reste perméable, l'hydrocéphalie manque, à condition que les espaces sous-arachnoïdiens soient normaux.

Dans l'hydrocéphalie COMMUNICANTE, l'obstruction peut siéger :

— sur les *confluents* (surtout mésocéphalique),

— sur les *larges canaux* qui conduisent le liquide, des confluents chiasmatique et pédonculaire, vers les sillons cérébraux. Les branches principales sont-elles prises en totalité, l'hydrocéphalie constatée est identique à celle que produit l'oblitération des confluents. Certaines d'entre elles demeurent-elles perméables, l'hydrocéphalie peut n'être que partielle, et même guérir spontanément si les branches demeurées perméables suffisent à la résorption.

Ici comme précédemment, l'obstruction peut être due à une *malformation*; absence congénitale des confluents sous-arachnoïdiens ou de leurs branches, ou à une *inflammation*; il s'agit alors d'adhérences consécutives à une méningite : « Ces adhérences sont des signes infaillibles de méningite ancienne. Des antécédents cliniques de méningite peuvent se rencontrer ou non dans le passé des malades. Ces occlusions postméningitiques ne sont pas en rapport avec la sévérité de la maladie, ni avec le nombre des adhérences, mais plutôt avec leur localisation. »

A noter que les tumeurs de la protubérance, de la moelle ou du mésocéphale peuvent également produire l'occlusion des mêmes confluents, et aboutir ainsi à la production d'une hydrocéphalie communicante.

C. DIAGNOSTIC. — Si ces conceptions sont exactes, elles comportent une déduction importante : à savoir que la thérapeutique doit varier avec le siège de la lésion causale. D'où la nécessité d'un diagnostic précis. Il se fonde sur un certain nombre de « tests » et sur l'emploi des ventriculogrammes.

I. TEST A LA PHÉNOLSULFONEPHTALÉINE. — 1. Si l'on injecte, dans le ventricule latéral d'un sujet normal, 1 centimètre cube d'une solution neutre de phénolsulfonephtaléine, la substance colorante diffuse, et, dans un délai de trois à huit minutes, elle a gagné les espaces sous-arachnoïdiens du rachis, ainsi qu'en témoigne la ponction lombaire. De plus, 30 à 60 p. 100 du produit se retrouvent dans les urines dans les deux heures qui suivent l'injection.

Soit, maintenant, un cas d'hydrocéphalie. Si la substance colorante n'apparaît, ni dans le liquide retiré par ponction lombaire ni, consécutivement, dans les urines, c'est que l'on a affaire à une hydrocéphalie *obstructive*. Si elle apparaît dans le liquide retiré par la ponction lombaire, c'est qu'elle est *communiquante*.

2. Pratiquons, chez un individu sain, une ponction lombaire et injectons, dans le liquide céphalo-rachidien, 1 centimètre cube de la même solution; la coloration apparaît dans les urines au bout de dix minutes, et la totalité de la phénolsulfonephtaléine s'élimine en deux heures.

Appliquons maintenant la même méthode au diagnostic de l'hydrocéphalie.

La matière colorante apparaît-elle dans les urines et est-elle éliminée dans les délais normaux, c'est que l'hydrocéphalie est due à une lésion ne s'opposant pas à la résorption du liquide céphalo-rachidien : il s'agit donc *d'hydrocéphalie par obstruction*.

Apparaît-elle tard dans les urines et est-elle éliminée incomplètement, c'est que l'hydrocéphalie est due à une lésion s'opposant à la résorption du liquide céphalo-rachidien, c'est-à-dire qu'elle est *communiquante*.

II. VENTRICULOGRAMMES. — 1. Supposons qu'il s'agisse d'*hydrocéphalie par obstruction*. Reste encore à savoir où siège la lésion.

Il suffit, pour cela, d'injecter de l'air dans un ventricule latéral, et de faire une radiographie du crâne, prise de profil. Deux éventualités principales :

a. Les ventricules latéraux et le IIIe ventricule sont seuls dilatés, le IVe ventricule ayant gardé son volume normal; c'est que la lésion siège sur l'*aqueduc de Sylvius*;

b. Tous les ventricules sont dilatés; la lésion siège sur les *orifices de Luschka et de Magendie*.

Dans un cas comme dans l'autre, l'obstacle empêche les bulles gazeuses de fuser vers les canaux de la face externe des hémisphères.

2. Soit, maintenant, une *hydrocéphalie communiquante* : l'air injecté dans les espaces sous-arachnoïdiens du rachis est arrêté par l'obstacle; il ne fuse pas, comme normalement, vers les canaux situés à la face externe des hémisphères cérébraux. La radiographie du crâne montre l'absence de bulles d'air à la face externe des circonvolutions.

Ainsi, dans l'hydrocéphalie par *obstruction* : non apparition, dans les urines, ni dans le liquide retiré par ponction lombaire, de la matière colorante injectée dans le ventricule latéral; apparition précoce dans les urines et élimination rapide de la même matière introduite dans le liquide céphalo-rachidien par ponction lombaire; sur les ventriculogrammes, dilatation ventriculaire, non apparition, à la face externe du cerveau, de l'air injecté dans le ventricule.

Dans l'hydrocéphalie *communiquante*, apparition dans le liquide retiré par ponction lombaire du colorant injecté dans le ventricule latéral; apparition tardive et incomplète, dans les urines, de la même matière, introduite dans le liquide céphalo-rachidien par ponction lombaire; sur les ventriculogrammes, absence, à la face externe du cerveau, de

l'air injecté dans les espaces sous-arachnoïdiens du rachis.

D. Traitement. — Aucun traitement médical n'a fait ses preuves et, quant aux tentatives chirurgicales entreprises pour établir une communication entre les ventricules et la surface du cerveau, elles ont toutes échoué, l'ouverture ne tardant pas à se refermer, et l'espace sous-dural ne se prêtant pas à la résorption du liquide céphalo-rachidien.

Il convient, si l'on veut être plus heureux, de s'opposer à la cause même du mal, ce qui est possible en cas d'hydrocéphalie obstructive.

1. Lorsque c'est l'*aqueduc de Sylvius* qui est oblitéré, il suffit d'en former un autre : après incision médiane du vermis, on introduit dans l'aqueduc un drain de caoutchouc qu'on laisse en place deux à trois semaines. Au bout de ce temps, un nouveau canal s'est formé, et, sans doute, s'est recouvert d'un épithélium ; par suite, il n'aura plus la moindre tendance à se fermer. Cette opération a été pratiquée chez deux enfants : le contact du drain avec la paroi de l'aqueduc est assez pénible, mais les résultats définitifs sont bons : un des petits malades est mort de pneumonie plusieurs semaines après l'opération ; le second, chez lequel l'intervention remonte à un an, est en parfaite santé.

2. L'occlusion porte-t-elle sur les *trous de Luschka et de Magendie*, la lésion peut être découverte et supprimée par une opération délicate qui a été déjà effectuée deux fois déjà avec succès.

* * *

Critique. — La théorie de M. Dandy est assurément ingénieuse, et il faut lui reconnaître le très grand mérite d'expliquer infiniment mieux que les précédentes les diverses modalités de l'hydrocéphalie. Elle permet aussi d'espérer que, très prochainement, nous serons mieux armés pour lutter avec choix contre une affection jusqu'à présent considérée comme incurable.

Mais on peut lui adresser de sérieuses objections :

1° Les injections d'air dans le ventricule latéral sont loin d'être toujours inoffensives, et l'on sait que, faites avec toutes les précautions d'asepsie, elles ont parfois été suivies de mort rapide ou même subite.

2° Les opérations recommandées et exécutées par l'auteur ne pêchent point par excès de timidité. La région du IVe ventricule n'est pourtant pas une de celles où les chirurgiens se trouvent à l'aise, et la dilatation de l'aqueduc de Sylvius par un drain de caoutchouc sans crainte de « fausses routes » nous apparaît comme singulièrement osée. Dilater un « col » avec une laminaire, soit, mais appliquer le même procédé — ou presque — à un aqueduc de Sylvius de nourrisson, voilà bien de quoi confondre l'esprit!

3° La méthode ne s'applique nullement à l'hydrocéphalie communiquante qui reste aussi incurable *après qu'avant* les recherches de M. Dandy.

* * *

Conclusions. — Les travaux de M. Dandy jettent une vive lumière sur la question, restée jusqu'ici bien obscure, de l'hydrocéphalie, et en particulier nous fournissent de précieux renseignements sur son mécanisme et sur le siège des lésions qui la causent. Mais nous n'oserions suivre l'auteur dans les déductions thérapeutiques qu'il tire de ses expériences, et même ce n'est qu'avec les plus vives appréhensions que nous croirions devoir recourir à certaines des méthodes diagnostiques auxquelles il a coutume de s'adresser et qui sont loin d'être toujours inoffensives.

SYNDROME D'ANÉMIE MORTELLE

AU COURS D'UNE LEUCÉMIE LYMPHATIQUE TRAITÉE PAR LA RADIOTHÉRAPIE

Par J. COLOMBE.

L'anémie a été maintes fois signalée au cours de l'évolution des leucémies. Dans la leucémie aiguë, elle fait habituellement partie, à un degré variable, du syndrome hématologique. Elle n'est pas rare non plus dans les leucémies chroniques, qu'elle s'observe avant toute intervention thérapeutique ou qu'elle survienne après irradiation de la rate et des ganglions : apparaissant tantôt à la suite de séances d'irradiation trop répétées ou trop intensives, tantôt pendant un traitement conduit avec méthode et circonspection, cette complication de la radiothérapie se présente, suivant les cas, comme un phénomène transitoire, rapidement curable, ou comme un accident grave que l'interruption de la radiothérapie n'enraye pas et qui aboutit, en un délai bref, à la mort; dans le mémoire où ils ont rapporté deux observations de ce genre, appartenant l'une à la leucémie lymphatique, l'autre à la leucémie myéloïde, Œttinger, Fiessinger et Sauphar (1) insistent sur la rareté de cas semblables. Enfin, dans certains faits, le syndrome hématologique se montre plus complexe : il s'agit d'un état intermédiaire entre l'anémie pernicieuse et la leucémie aiguë [Nobécourt, Géraud et Ch. Richet fils (2)] ou d'une anémie pernicieuse initiale terminée par une leucémie aiguë [A. Chauffard et Mlle M. Bernard (3)] : cas de transition, « plis de passage » rappelant « combien restent délicates, à la limite, l'individualisation de certains types morbides et leur classement comme entités pathologiques » [A. Clerc (4)].

L'observation suivante, malgré les lacunes qu'elle présente dans l'étude hématologique et l'absence de constatations anatomo-pathologiques, constitue un nouvel exemple d'anémie grave, mortelle, apparaissant au cours d'une leucémie lymphatique subaiguë, à la suite de plusieurs séances de radiothérapie.

J..., cinquante-trois ans, vient consulter, le 28 avril 1921, pour une diarrhée habituelle, alternant avec des périodes de constipation : les selles sont glaireuses, les douleurs abdominales fréquentes. Le malade tousse pendant l'hiver et signale une expectoration matinale.

Dans ses antécédents, on note deux crises de rhumatisme articulaire aigu, l'une à trente-trois ans, l'autre à quarante-trois ans, et des troubles digestifs répétés.

Le malade est pâle, maigre. L'examen somatique ne révèle qu'une légère diminution du murmure vésiculaire au sommet du poumon droit. Un traitement dirigé contre les troubles intestinaux améliore légèrement son état : les selles sont plus

(1) W. Œttinger, N. Fiessinger et Sauphar. *Arch. des mal. du cœur, des vaisseaux et du sang*, mai 1910.

(2) Nobécourt, Géraud et Ch. Richet fils. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 juin 1918.

(3) A. Chauffard et Mlle M. Bernard. *Presse méd.*, 3 juillet 1919.

(4) A. Clerc. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 25 nov. 1921.

régulières, les douleurs abdominales moindres; mais le malade se plaint d'une asthénie plus marquée. A ce moment (21 mai), la rate est percutable sur une étendue de deux ou trois travers de doigt.

Au début de juillet, la diarrhée réapparaît plus intense. On note à cette date la pâleur accentuée des téguments, l'hypertrophie nette de la rate dont on sent le pôle inférieur dans les inspirations profondes et dont la percussion décèle l'étendue, l'hypertrophie de plusieurs groupes ganglionnaires, en particulier dans les creux sus-claviculaires, l'aisselle gauche, les plis inguinaux; ces amas lymphatiques ont cependant de petites dimensions. Un examen du sang, pratiqué comme les suivants par M. Foulkes, indique (28 juillet) :

Globules rouges	4.290.000
Globules blancs	112.000
Polynucléaires	3
Mononucléaires	24
Lymphocytes	72

A la fin de juillet, la diarrhée a cessé; la rate mesure 15cm5 de matité dans son grand axe, 8 centimètres dans son petit diamètre; le foie mesure 9 centimètres de matité sur la ligne mamelonnaire; les ganglions sont plus volumineux, surtout au cou et à l'aisselle gauche.

Le traitement radiothérapique est commencé par M. le docteur Couturier. Première séance, le 30 juillet : localisation sur le pôle supérieur de la rate; ampoule à 20 centimètres de la région splénique; quantité de rayonnement : 5 H; filtre de 3 millimètres d'aluminium; durée de la séance : 22 minutes. (La technique a été la même pour toutes les séances ultérieures.)

Le 2 août, le pourcentage leucocytaire donne les résultats suivants :

Lymphocytes	62
Mononucléaires	36
Polynucléaires	2

(On n'a pas pratiqué de numération globulaire.)

Le 6 août, deuxième séance d'irradiation sur la région moyenne de la rate.

Examen du sang après cette séance :

Globules rouges	3.820.000
Globules blancs	88.000
Hémoglobine (Tallqvist)	60
Valeur globulaire	0,79
Lymphocytes	56
Mononucléaires	32
Polynucléaires	12

Il existe de nombreux débris de globules blancs.

A cette date (8 août), le malade éprouve quelque amélioration : la fatigue est moindre, les troubles digestifs ont cessé, le poids a légèrement augmenté. La matité splénique est de 12 centimètres; le poids du malade de 55kg200.

Le 13 août, troisième séance d'irradiation sur la partie inférieure de la rate.

Examen du sang après cette séance :

Globules rouges	3.900.000
Globules blancs	80.000
Hémoglobine	70
Lymphocytes	64
Mononucléaires	31,4
Polynucléaires	4,6

En raison de la persistance d'un certain degré d'anémie, on espace les séances de radiothérapie.

Le 27 août, quatrième séance d'irradiation sur la partie moyenne de la rate.

Examen du sang, le 28 août :

Globules rouges	4.080.000
Globules blancs	68.000
Hémoglobine	70
Lymphocytes	65
Mononucléaires	31
Polynucléaires	4

Le 2 septembre, l'état clinique est à peu près stationnaire : la rate a une matité de 9cm5 dans son grand axe, le foie de 10cm5 sur la verticale mamelonnaire.

Le 10 septembre, cinquième séance d'irradiation, au-dessus de la région splénique irradiée dans la séance précédente.

Examen du sang, le 19 septembre (un examen pratiqué le 11 avait donné les mêmes résultats) :

Globules rouges	2.015.000
Globules blancs	8.000
Hémoglobine	50
Lymphocytes	77
Mononucléaires	19
Polynucléaires	4

Le 20 septembre, le malade se plaint d'une asthénie très marquée et d'une dyspnée permanente; il est anorexique. L'examen montre une pâleur très grande des téguments et des muqueuses; la percussion et l'auscultation pulmonaires ne révèlent aucune anomalie respiratoire; on n'entend pas de souffle jugulaire; le pouls est rapide et faible. La matité hépatique mesure 10 centimètres; la matité de la rate, dont on sent toujours le pôle inférieur dans les inspirations profondes, 12 centimètres; les paquets ganglionnaires, surtout inguinaux, ont diminué de volume.

En présence de ces symptômes alarmants, la radiothérapie est définitivement suspendue; on institue un traitement par l'arséniate de soude, le protoxalate de fer et l'opothérapie médullaire.

Le 10 octobre, l'état ne s'est nullement amélioré. La rate mesure 13 centimètres de matité; les ganglions inguinaux se sont de nouveau hypertrophiés.

Examen du sang (15 octobre) :

Globules rouges	950.000
Globules blancs	6.500
Hémoglobine	25
Lymphocytes	65
Mononucléaires	33
Polynucléaires	2

Le malade part ce jour pour la campagne où il meurt quelques jours plus tard.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

L'évolution de ce cas de leucémie lymphatique a présenté, en résumé, au cours du traitement radiothérapique, deux phases distinctes. Pendant une première période, la chute du nombre des globules blancs se fait progressivement, passant de 112.000 à 68.000; la proportion des lymphocytes varie peu et le retour vers la formule normale s'ébauche seulement après la troisième séance d'irradiation, et encore d'une façon passagère; le nombre des globules rouges, légèrement diminué dès le début, au lieu de s'accroître comme il est de règle, demeure aux environs du chiffre initial. Dans une seconde période, qui succède immédiatement à la cinquième séance de radiothérapie, à la leucémie se superpose une anémie intense, prédominante, véritablement pernicieuse, puisqu'aucun signe de régénération sanguine ne se manifeste et qu'elle amène en moins d'un mois et demi, une issue fatale, malgré la cessation des irradiations et l'institution d'un traitement approprié; si le chiffre des globules blancs est devenu normal, la proportion des lymphocytes par rapport aux autres formes de leucocytes s'est encore exagérée, tandis que le nombre des hématies et la quantité d'hémoglobine décroissent d'une manière progressive et irrémédiable (voir le tableau ci-après).

Cette observation suggère quelques réflexions relatives aux caractères hématologiques du syndrome et à la pathogénie de l'anémie terminale.

I. La formule sanguine du début est celle d'une leucémie lymphatique, avec cette importante particularité que le nombre des grands lymphocytes y

est assez élevé. Ces éléments, qui représentent environ 4 sur 5 des mononucleaires moyens et grands, ont les caractères du lymphoblaste ou cellule embryonnaire : mononucléaire à noyau ovalaire, régu-

Dates	Gl. rouges	Hém.	Gl. blancs	Polyn.	Monos et gr. lymph.	Lymph.
28 juillet.......	4.290.000		112.000	3	24	72
Radio, 30 juillet.. 2 août........				2	36	62
Radio, 6 août, 10 h. 6 août, 15 h....	3.820.000	60	88.000	12	32	56
Radio, 13 août.... 13 août........	3.900.000	70	80.000	4,6	31,4	64
Radio, 27 août... 28 août........	4.080.000	70	68.000	4	31	65
Radio, 10 sept.... 19 sept........	2.015.000	50	8.000	4	19	77
15 oct...........	950.000	25	6.500	2	33	65

lier, volumineux, relativement peu coloré, à protoplasma non granuleux, entourant le noyau d'une mince sertissure. Cependant, la proportion de ces cellules demeure toujours très inférieure à celle des petits lymphocytes; elle n'atteint pas, à beaucoup près, le chiffre prééminent constaté dans les leucémies aiguës (83,5 p. 100 dans l'observation de L. Laederich, R. Debré et Gastinel (1); 79 p. 100 dans l'observation de G. Paisseau et E. Alcheck (2). Pour modeste qu'elle soit, leur présence constante n'en apparente pas moins ce cas, au point de vue de la formule hématologique, aux leucémies aiguës ou subaiguës.

Sur les lames, après les premières séances de radiothérapie se voient des débris de leucocytes altérés, masses effilochées, en comète, dépourvues de noyau pour la plupart.

L'anémie est modérée.

Durant tout le temps de l'observation, les caractères des globules blancs ne se sont pas modifiés. Le nombre des leucocytes a subitement baissé; mais le type et le pourcentage en sont restés les mêmes.

Plus intéressantes, sont les variations observées, au cours de l'évolution de l'anémie progressive, dans les caractères des hématies : dans la première phase, tant que l'anémie reste modérée, on trouve des globules rouges déformés, en raquette, en massue ou ovalaires, de diamètre inégal, et de très rares hématies nucléées de dimensions moyennes; à la phase terminale, les globules rouges sont plutôt grands; il n'existe plus ni anisocytose, ni poïkilocytose, ni hématies nucléées; après coloration au Pappenheim de sang séché, on ne voit pas d'hématies granuleuses. A l'anémie faiblement orthoplastique du début succède une anémie aplastique d'allure pernicieuse. Le malade meurt « bien plus par la cellule rouge du sang que par la cellule blanche » (Chauffard), cette transposition hématologique ne dérivant sans doute pas, ici, uniquement d'une évolution spontanée de la leucémie primitive, mais aussi des modifications profondes causées à l'équilibre cytologique du sang ou à l'hématopoïèse par la radiothérapie.

II. Si, au cours des leucémies lymphatiques chroniques ou des leucémies aiguës, l'anémie peut atteindre un tel degré [Chauffard, et Laederich (3)], si la leucopénie peut s'observer à la fin d'une leucémie aiguë et donner à la formule hématologique une singulière ressemblance avec celle de l'anémie pernicieuse (Paisseau et Alcheck), on ne doit pas, semble-t-il, éliminer dans le cas présent, l'influence des irradiations spléniques sur l'aggravation subite, coïncidant après la cinquième séance de radiothérapie avec une chute très considérable du nombre des leucocytes, d'une hypoglobulie jusque-là modérée. La proportion des grands lymphocytes ou cellules embryonnaires, loin de s'accroître, en effet, après cette séance, a diminué; la proportion des petits lymphocytes a, au contraire, augmenté : il ne s'agit donc pas vraisemblablement d'une brusque transformation en processus aigu d'une évolution auparavant subaiguë : ni les signes hématologiques, ni les symptômes cliniques ne plaident en faveur de cette hypothèse.

On ne saurait davantage incriminer une brusque infection sanguine, dont on connaît l'action sur les chutes leucocytaires dans les leucémies : le malade n'a jamais présenté d'élévation thermique notable et continue.

L'anémie seule rend compte, par l'allure grave et progressive qu'elle revêt après la cinquième séance de radiothérapie de l'évolution fatale. Il n'existait pas d'hémorragies, donc pas de cause capable d'engendrer un syndrome aussi redoutable en dehors d'un trouble profond de l'hématopoïèse. Les lacunes que présente cette observation, au point de vue hématologique, si complètement étudié, au contraire, dans le mémoire d'Œttinger, Fiessinger et Sauphar, ne permettent aucune conclusion relative à la pathogénie de l'anémie terminale; il faut, cependant, constater qu'ici, la chute leucocytaire intense à la suite du traitement radiothérapique a été, non pas même rapidement suivie, comme dans la première observation de ces auteurs, mais accompagnée par une chute considérable des globules rouges; la leucolyse et l'anémie grave ont été simultanées et ont poursuivi, après suppression des irradiations et malgré une thérapeutique dirigée contre le déficit de l'hématopoïèse, une allure incoercible; et chez J..., comme chez le second malade d'Œttinger, Fiessinger et Sauphar, « la marche de la leucolyse a été trop massive pour permettre toute réparation complète, et la mort s'en est suivie ». Pour lui aussi, la conclusion biologique de ces auteurs paraît valable : à la leucolyse précoce exercée par l'irradiation splénique s'ajoute une leucolyse prolongée, due à une leucotoxine diffusible, laquelle « agit indirectement sur l'hématopoïèse rouge et, par action indirecte, provoque ce que le ferment hémolytique fait directement », d'où l'anémie terminale.

Comment éviter cet écueil dans le traitement radiothérapique des leucémies? Il est évident que s'imposent la plus grande circonspection dans la technique des irradiations et la répétition des séances, un contrôle rigoureux et continuel des effets produits sur la formule sanguine et, comme le disent Oudin et Zimmern (1), « un opportunisme de tous les instants » dans la direction de la cure. Ces mesures n'ont pas été négligées dans le traitement de J..., les séances, d'abord hebdomadaires, ont été ensuite espacées de quinze jours; les numérations globulaires ont été pratiquées après chaque

(1) L. Laederich, R. Debré et Gastinel. *Arch. des mal. du cœur, des vaisseaux et du sang*, août 1912.
(2) G. Paisseau et E. Alcheck. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 4 nov. 1921.
(3) A. Chauffard et L. Laederich. *Revue de méd.*, 10 sept. 1905.

(1) Oudin et Zimmern. *Radiothérapie*, « Bibliothèque de thérapeutique », 1913, p. 310.

séance. L'irradiation, il est vrai, n'a été appliquée que sur la rate hypertrophiée; mais l'irradiation simultanée des paquets ganglionnaires eût-elle mis à l'abri de la complication survenue?

Toutes les précautions étant donc observées, il n'en reste pas moins que, dans certains cas exceptionnels, un facteur individuel entre en jeu, capable de déterminer, à un moment donné du traitement radiothérapique, la brusque évolution d'un syndrome anémique grave et quelquefois mortel. Il conviendrait, sans doute, de surveiller avec une vigilance plus étroite encore, à ce point de vue, les leucémiques antérieurement atteints d'une infection (paludisme, rhumatisme articulaire aigu, tuberculose) où l'anémie se montre à titre de complication fréquente et qui pourrait, de ce fait, créer chez le malade une susceptibilité spéciale du système hématopoïétique à l'action de la radiothérapie, et ceux dont la formule hématologique atypique permet de redouter la transformation en leucémie aiguë d'un état chronique ou subaigu.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 28 AVRIL 1922)

De l'emploi du fil conducteur pour les applications de radium dans le traitement du cancer de l'œsophage. — MM. BENSAUDE et HILLEMAND recommandent le cathétérisme sur fil conducteur dans les applications de radium pour le traitement du cancer de l'œsophage. Ils font avaler au sujet un fil de soie qui sert de guide. Sur ce fil, ils font glisser le tube porte-radium qu'ils mettent en place à l'aide d'un introducteur spécial à ressort, avec ou sans contrôle de l'œsophagoscopie, et ils font suivre l'application d'un examen radioscopique.

Ils pensent ainsi faire courir moins de risques de perforation et de fausse route au malade et simplifier la technique toujours si délicate.

Rupture spontanée du cœur. — MM. Louis RAMOND, E. BAUDOUIN et BERTRAND apportent les résultats d'un cas de rupture spontanée du cœur à évolution lente publié antérieurement. La rupture a été déterminée comme dans la majorité des cas, par un infarctus du myocarde consécutif à la thrombose presque complète de l'artère coronaire antérieure. Certaines particularités histologiques rendent compte de l'évolution clinique en deux temps : le premier correspond au ramollissement myocardique, le second à la rupture de la paroi. L'athérome paraît ici être la cause de la thrombose.

Le traitement des parotidites suppurées. — M. P. EMILE-WEIL présente deux malades qui firent une parotidite suppurée, l'une au cours d'une fièvre typhoïde, l'autre au cours d'une appendicite aiguë. Elles guérirent sans cicatrice, après un drainage filiforme. La vaccination antistaphylococcique semble posséder un rôle curatif important. On devra y avoir recours de façon précoce et en quelque sorte préventive (les parotidites étant toujours dues au staphylocoque) en se servant d'abord des stocks-vaccins et secondairement d'un vaccin préparé avec le pus.

Anaphylaxie et dermatoses. — MM. GOUGEROT et BLAMOUTIER résument l'observation de deux malades psoriasiques, intolérants à l'huile de cade et démontrent par la clinique et les réactions humorales qu'il s'agit d'anaphylaxie cadique : en effet, ce n'est qu'après de longues années de tolérance que les deux malades deviennent intolérants, la dermatose n'est pas l'acné cadique mais une dermite artificielle; la crise hémoclasique est des plus nette, elle apparaît tardivement, deux heures après l'application cadique, presque en même temps que la dermatose, elle se prolonge vingt-sept heures au moins. La désensibilisation fut obtenue par l'application de doses progressivement croissantes d'huile de cade sur la peau et la guérison se maintient depuis plus de quatre mois pour le premier malade. On voit toute l'importance pratique de ces faits pour la cure et la prévention des dermites médicamenteuses et pour rendre tolérants, certains malades à des médicaments que l'intolérance forçait à abandonner.

MM. Gougerot et Blamoutier résument l'observation d'un ébéniste anaphylactisé au bois de palissandre et présentant une dermite artificielle de la face, des mains et des avant-bras. Tout prouve l'anaphylaxie; l'incubation de deux ans, la progression des lésions, et leur extension, le raccourcissement du délai d'action, les crises hémoclasiques. La désensibilisation fut obtenue par application, sur la peau, de solution alcoolique de palissandre, donc par la voie épidermique.

On voit tout l'intérêt de tels faits pour la cure et la prévention des dermites professionnelles si fréquentes et si coûteuses en pratique pour les ouvriers et l'employeur.

L'action cardio-vasculaire de la pepsine. — MM. LOEPER et MOUGEOT montrent que la pepsine inactive en ingestion, introduite par voie sous-cutanée ou intraveineuse, exerce d'une façon à peu près constante, une action hypotensive. L'abaissement des pressions artérielles vérifié expérimentalement sur le chien se montre chez l'homme en dehors de tout phénomène de choc, il est notable chez les sujets à tension normale; faible chez les hypotendus et atteint 4 à 5 centimètres Hg chez les hypertendus. Le dernier fait permet de proposer la pepsine comme médicament hypotenseur. Le rythme cardiaque n'est nullement modifié.

De l'action de la pepsine sur la motricité de l'intestin. — MM. LOEPER et J. BAUMANN montrent que la pepsine exerce, sur l'intestin, une action excito-motrice qui se traduit tantôt par une évacuation plus rapide du cæcum, tantôt par une tension ou une contraction du côlon transverse droit. Cette action se manifeste surtout sur le côlon droit, elle est tardive et de courte durée. La peptone, injectée dans les mêmes conditions, ne donne aucun résultat. L'action de la pepsine s'exerce par l'intermédiaire du nerf pneumogastrique.

Diabète syphilitique. — MM. RATHERY et P. FERNET rapportent un cas de diabète syphilitique, guéri complètement par le traitement arsenical. Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans atteint d'hérédosyphilis. La réaction de Wassermann est négative, mais la syphilis ne peut être mise en doute. L'existence d'une iritis spécifique, survenant en même temps que le diabète, vient corroborer le diagnostic. Mis à un régime strict, sans hydrate de carbone, le sujet continue à présenter de la glycosurie et des signes graves de diabète. Sous l'influence d'injections intraveineuses de sulfarsénol, le coefficient d'assimilation hydrocarboné remonte à tel point, que la glycosurie n'apparaît plus avec un régime riche en féculents; les symptômes généraux et l'iritis disparaissent en même temps. Les auteurs discutent, au sujet de ce cas, l'importance du rôle de la syphilis dans l'éclosion du diabète ; ils insistent sur l'extrême rareté des observations où la nature syphilitique du syndrome diabétique peut être affirmée.

Rhino-bronchites descendantes et emphysème pulmonaire. — MM. FLORAND et FLURIN poursuivent l'étude des rhino-bronchites descendantes et montrent comment l'infection rhino-pharyngée peut léser l'alvéole et déterminer l'emphysème. Tantôt il s'agit d'emphysème partiel. Dans les cas d'emphysème généralisé pur, « constitutionnel », le rôle étiologique des rhino-bronchites descendantes est encore plus net.

C'est à tort que certains invoquent, comme seules causes, l'asthme ou une tuberculose. Les malades atteints de rhino-bronchites descendantes réalisent toutes les conditions nécessaires à l'emphysème. Ce sont des tousseurs chroniques ; ils présentent de l'alvéolite légère et diffuse, ce sont enfin des intoxiqués déglutissant sans cesse leurs sécrétions naso-pharyngiennes, des dyspeptiques aérophages.

Dilatation des bronches chez l'adulte. — MM. S. I. DE JONG et Jean HUTINEL, à propos de plusieurs observations qu'ils ont pu suivre de dilatation des bronches, montrent que, comme chez l'enfant, la véritable dilatation des bronches,

chez l'adulte, est une affection à marche paroxystique; son début n'est pas facile à préciser. Pendant une longue période l'affection est caractérisée par des épisodes aigus de broncho-alvéolite donnant des signes cavitaires, avec expectoration abondante et parfois hémoptysies.

Puis la poussée aiguë guérit, l'affection redevient à peu près latente pendant plus ou moins longtemps, bien que le malade ait quotidiennement quelques crachats purulents.

Après quelques années, un nouvel épisode aigu ne s'améliore pas comme les précédents, le malade entre dans la dernière période de son affection, d'ailleurs, souvent fort longue et où il présente, au complet, le syndrome classiquement décrit.

La grippe, l'intoxication par les gaz semblent avoir notablement aggravé les malades.

Cette évolution paroxystique, avec des accalmies très marquées, explique les fréquentes erreurs de diagnostic surtout avec la tuberculose.

Les auteurs rapportent trois observations intéressantes, tant au point de vue évolutif qu'au point de vue thérapeutique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 26 AVRIL 1922)

Spondylite infectieuse consécutive à un érysipèle. — M. ROUVILLOIS fait un rapport sur une observation adressée par M. Worms : Il s'agit d'un soldat qui entre au Val-de-Grâce pour un érysipèle de la face au cours duquel survint une angine avec ulcus, une collection rétro-mastoïdienne qui fut ouverte et dont le pus contenait des streptocoques. Puis survint un torticolis causé par une spondylite infectieuse streptococcique portant sur les IIe, IIIe et IVe vertèbres cervicales.

M. Rouvillois décrit, avec détails, la symptomatologie, la pathogénie de cette rare affection et rapproche ce fait intéressant de M. Worms, de cas analogues observés par M. Broca et d'autres à la suite de maladies infectieuses, fièvre typhoïde, scarlatine, grippe, etc.

Ischémie par compression. — M. HALLOPEAU fait un rapport sur une observation de M. Gasne : Enfant de onze ans, fracture des deux os de l'avant-bras, appareil plâtré, compression ayant amené une ischémie, avec impotence fonctionnelle complète de la main et des doigts qui nécessitèrent trois interventions successives à l'aide desquelles M. Gasne a notablement amélioré l'état de cet enfant, qui peut, maintenant, se servir de ses doigts et de sa main.

M. MOUCHET apporte plusieurs exemples de ces rétractions ischémiques qui peuvent se produire aussi bien à la suite de fractures inférieures de l'humérus qu'à la suite de fractures de l'avant-bras.

Dans certains cas, un traitement médical basé sur l'air chaud, les massages, la mécanothérapie a pu amener la guérison.

Toutefois devant certaines complications, il faut, comme l'a fait M. Gasne, recourir aux opérations.

M. AUVRAY cite le fait intéressant d'un jeune homme qui entre à l'hôpital pour une vaste perte de substance de la peau de l'avant-bras, déterminée par une forte compression passagère. L'interne, qui reçoit ce blessé, rapproche les bords de cette vaste plaie par une suture très serrée. Le lendemain, M. Auvray constate que la main est déjà froide et violacée. Il s'empresse de faire sauter les points de suture et a ainsi évité des complications graves d'ischémie.

La radiothérapie des fibromes. — Nous revenons à la discussion qui a été ouverte, par MM. Fredet et Baumgartner, sur ce sujet. Nous résumons brièvement les diverses opinions qui ont été émises :

M. CHEVRIER a opéré deux fibromes qui avaient été traités par la radiothérapie. Premier cas, traitement par les rayons assez prolongé, pas d'amélioration; M. Chevrier opère; il trouve un utérus tordu sur lui-même avec fibrome enclavé. Il est bien évident que dans ce cas, la radiothérapie ne pouvait avoir aucune action. Si la radiothérapie semble être nettement indiquée pour des fibromes purs et simples, hémorragiques, elle se trouve formellement contre-indiquée, quand il y a des complications qu'il n'est pas toujours possible de reconnaître.

Dans un second cas, il s'agissait d'un fibrome assez volumineux, non hémorragique; traitement par les rayons, aucun résultat. Opération, guérison. La radiothérapie semble n'avoir qu'un effet sans doute avantageux, c'est la suppression des hémorragies, quand il y en a; mais les rayons n'ont aucune action sur le fibrome lui-même. Ce n'est donc pas l'arme héroïque que certains radiothérapeutes ont vantée.

M. MATHIEU, à côté des résultats appréciables de la radiothérapie des fibromes, a constaté des insuccès et même des accidents attribuables à cette méthode de traitement. Elle peut être utile pour des fibromes purs, surtout hémorragiques. Elle est inefficace à l'égard du fibrome lui-même; elle devient dangereuse en cas de fibromes avec complications inflammatoires, annexielles, épithéliomateuses ou autres. Le meilleur traitement des fibromes purs, non hémorragiques, des jeunes femmes est, quand elle est possible, la myomectomie, opération conservatrice, efficace et non dangereuse. C'est le traitement de choix.

M. CHEVRIER s'applique à bien déterminer les indications respectives de la radiothérapie et de l'intervention chirurgicale, la première devant être réservée aux fibromes purs, hémorragiques, non compliqués d'inflammations, d'adhérences ou d'épithéliomas, la seconde restant la seule ressource pour les gros fibromes compliqués, enflammés, etc.

Il cite l'exemple d'une femme de cinquante ans, atteinte d'un fibrome s'étant compliqué d'hémorragies après la ménopause. Elle vient à Paris pour se faire traiter par les rayons. Aucun effet, M. Chevrier pratique l'hystérectomie, il y avait, surajouté au fibrome, un épithélioma accolé à la face postérieure de l'utérus.

Dans un autre cas, traité comme fibrome par les rayons, il s'agissait d'un épithélioma cylindrique de l'utérus. Sans nier l'efficacité de la radiothérapie, dans des cas bien déterminés de fibromes utérins.

M. MATHIEU apporte un certain nombre de faits qui prouvent que, dans bien des cas, la radiothérapie se montre inefficace et parfois dangereuse; dans ces cas, la chirurgie conserve tous ses droits.

M. LAPOINTE soutient à peu près la même thèse. Il admet des résultats partiels de la radiothérapie, mais il a peine à admettre le chiffre de 26 p. 100 de régression des fibromes qui a été donné. Dans beaucoup de ces cas, il doit être question d'utérus fibromateux sans fibromes. Les vrais noyaux fibreux ne disparaissent pas.

M. Lapointe estime que dans 50 p. 100 des fibromes, on peut tenter la radiothérapie, 50 p. 100 restant tributaires de la chirurgie.

M. CHIFFOLIAU se montre encore un peu plus sévère pour la radiothérapie. Il a constaté des accidents graves après de longs traitements. L'hystérectomie lui paraît le moyen le plus indiqué dans la grande majorité des cas. Il vient de pratiquer cent hystérectomies sans un seul décès. Il est donc en droit de dire que l'opération n'est plus aussi dangereuse.

M. PROUST rappelle que l'action des rayons s'exerce sur l'ovaire et combat, en conséquence, avantageusement les hémorragies, en provoquant une ménopause anticipée, comme le fait d'ailleurs la ménopause elle-même, et comme le fait la double castration ovarienne.

La radiothérapie ne saurait être donnée comme le traitement de choix des fibromes. Il peut donner des résultats appréciables. Mais seule, l'opération peut donner une guérison radicale et absolue.

Cliniques de Necker (2e série, 1918-1921), par M. le professeur F. LEGUEU. In-8 de 44 figures, 2 planches couleurs. — Prix : 26 francs. — Paris, A. Maloine et fils.

Précis d'alimentation des nourrissons. Etat normal. Etats pathologiques (4e édition revue et augmentée), par le docteur Eugène TERRIEN, ancien chef de clinique infantile de la Faculté à l'hôpital des Enfants-Malades. In-8 de 309 pages. — Prix : 12 francs net. — Paris, Masson et Cie.

JURISPRUDENCE ET LEGISLATION

LOI DU 1er AVRIL 1922 PORTANT FIXATION DÉFINITIVE DE LA LÉGISLATION SUR LES LOYERS (1)

TITRE III *(suite)*

Spéculation illicite. — Lorsqu'il s'agit de locaux d'habitation, toute exigence du bailleur, de ses agents ou préposés ou toute convention tendant à imposer au preneur, *soit sous forme de reprise de mobilier*, soit sous forme de remise d'argent supplémentaire, un prix de location qui ne serait pas proportionné à la valeur du local, seront considérées comme illicites et frappées comme telles de nullité. En outre, toutes personnes les ayant frauduleusement exigées seront passibles des peines portées à l'article 419 du Code pénal, la disposition des articles 1116 et suivants du Code civil restant applicables, s'il y échet, pour les locaux à usage commercial ou industriel (art. 17).

Privilège et droits du propriétaire. — L'assiette du privilège ou des droits et actions du bailleur pourra être limitée par les parties à une portion déterminée et suffisante du mobilier garnissant les locaux loués et servant de gage spécial à sa créance. Le bailleur pourra, si le locataire quitte les lieux loués avant le complet paiement des loyers encore dus et sans fournir une caution suffisante, réaliser le gage affecté à sa créance.

Néanmoins, le privilège du bailleur ne pourra s'exercer sur les meubles, effets mobiliers, ustensiles et objets nécessaires à la nourriture, au coucher et au travail du locataire et des membres de sa famille (art. 11).

Insalubrité des locaux. — Suivant l'article 10, l'insalubrité des locaux est établie :

a. Dans les villes de plus de 20.000 habitants, par le bureau d'hygiène prévu par la loi du 15 février 1902 ;

b. Dans les autres communes, par les Commissions sanitaires de circonscription.

Encouragement à la construction. — 1° Les constructions nouvelles, les reconstructions et les additions de constructions sont exemptées de l'impôt foncier pendant quinze années, à compter de l'année qui suivra celle de leur achèvement; il en est de même pour les constructions commencées et non encore terminées, ainsi que pour celles qui seront entreprises postérieurement au 1er avril 1922, pourvu qu'elles soient achevées avant le 31 décembre 1927. L'exemption s'étend à la contribution des portes et fenêtres, ainsi qu'aux taxes spéciales perçues au profit des départements et des communes (art. 20).

L'exemption n'a lieu que pour les immeubles à usage d'habitation. La loi édicte certaines exclusions.

2° Aucune des dispositions, provisoirement restrictives, du droit de propriété pouvant résulter soit de la loi du 1er avril 1922, soit des lois du 9 mars 1918, 23 octobre 1919 et du 1er mars 1921, n'est applicable aux immeubles construits ou affectés à l'habitation postérieurement à la promulgation de la loi nouvelle (art. 21).

3° Toute modification des immeubles actuellement existants, quand elle aura pour but de créer des locaux d'habitation, ne pourra ouvrir aucun droit à une demande d'indemnité de la part des locataires de la même maison, jusqu'au 1er janvier 1928.

Si, cependant, les travaux étaient de telle nature qu'ils rendent inhabitable ce qui est nécessaire au logement du locataire et de sa famille, celui-ci pourra demander la résiliation du bail ou une diminution du loyer (art. 22).

Conclusion. — Telles sont les dispositions de la loi du 1er avril 1922; son titre semble faire croire que ce sera la dernière sur les loyers; c'est peu probable.

Les lois sur les loyers forment une législation de circonstances provoquées par la guerre et aussi par les abus auxquels se sont livrés propriétaires et locataires. Depuis plus de deux ans l'état de guerre a cessé, et cependant il existe entre Français une rivalité d'intérêts qui n'a fait que s'accentuer. Le législateur a cherché à l'apaiser : il a considéré qu'il y avait lieu de faire un geste pour mettre un terme à cette législation exceptionnelle; il n'a pas voulu cependant revenir immédiatement au droit commun; et, comme on l'a dit à la Chambre des députés et au Sénat, la loi actuelle constitue, quoi qu'on puisse dire, un mouvement en faveur du retour au droit commun. Faut-il le blâmer de ne pas avoir aboli d'un trait de plume la législation exceptionnelle des loyers? Assurément non; il aurait sans doute pu être plus circonspect pendant la durée de la guerre; aujourd'hui il se trouve en présence d'une crise qui est loin d'être terminée; c'est un fait. Il ne peut pas s'en désintéresser; un peu moins d'exigences de la part des propriétaires et locataires l'aurait certainement aider à remédier à cette crise. Espérons que l'apaisement qu'il a cherché se réalisera!

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 29, p. 459; n° 30, p. 476; n° 32, p. 498, et n° 34, p. 538.

LIVRES NOUVEAUX

La Lithiase biliaire [2e édition] (1), par A. CHAUFFARD.

Les caractéristiques de l'enseignement de M. le professeur Chauffard sont la clarté de l'exposition et la correction véritablement académique de la forme. Si nous joignons à ces qualités magistrales l'esprit méthodique et la haute probité scientifique qui président à toutes les publications de la clinique de Saint-Antoine, nous aurons montré en peu de mots la haute valeur que l'on doit attacher au traité sur la Lithiase biliaire.

Dans cette seconde édition, M. Chauffard s'est efforcé, comme précédemment, de faire œuvre d'observation personnelle, d'expérience clinique, d'exposition claire et pratique. On peut dire qu'il a pleinement réussi. Le texte a été partout revisé et complété d'après les travaux récents. Un chapitre a été consacré à l'étude si importante du radio-diagnostic de la lithiase biliaire. Vingt-six planches hors texte dont sept nouvelles illustrent à merveille ce beau traité auquel il est superflu de souhaiter le succès qu'il mérite. L. S.

La Goutte et sa cure hydro-minérale (2), par le professeur agrégé Maurice LŒPER et les docteurs FLURIN (de Cauterets), GLÉNARD (de Vichy), JOLY (Bagnoles-de-l'Orne), PAILLARD (de Vittel), PIATOT (de Bourbon-Lancy), PIERRA (de Luxeuil).

Le 2e fascicule des « Etudes d'hydrologie clinique » est entièrement consacré à la goutte et constitue une précieuse revue d'ensemble sur cette affection, écrite par les médecins mêmes qui ont l'occasion d'observer et de traiter un grand nombre de goutteux. Si on ne peut encore, à l'heure actuelle, écrire un travail définitif sur la goutte, car bien des points de physio-pathologie restent à élucider, du moins doit-on profiter des notions que l'expérience à acquises et qui nous permettent de traiter les malades avec succès. Or, le traitement hydrominéral constitue indiscutablement, avec le régime, l'indication primordiale de la thérapeutique en pareil cas. On trouvera dans ce fascicule tous renseignements utiles à cet égard. Après un exposé d'ensemble du prof. agrégé Lœper, un article de H. Paillard et un autre de R. Glénard montrent comment peuvent être utilisées les cures de lavage, type Vittel, et les cures alcalines, type Vichy. A. Piatot signale les ressources des stations thermales (Bourbon-Lancy, Aix, Dax, etc.) pouvant lutter contre le rhumatisme goutteux. P. R. Joly expose la thérapeutique rationnelle des phlébites goutteuses, H. Flurin celle des manifestations goutteuses portant sur les voies respiratoires supérieures. L. M. Pierra celle des manifestations utérines et périutérines de la goutte.

Ecrit par des praticiens, cet ouvrage présente une réelle utilité et on le consultera avec fruit. L. G.

(1) In-8. — Prix : 20 francs. — Paris, Masson et Cie.
(2) Un vol. in-8° coquille de 144 p. de la collection « Etudes d'hydrologie clinique ». — Prix : 7 fr. 50. — Paris, 1921. L'Expansion scientifique française.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANURIE

CAUSES. SIGNES. DIAGNOSTIC

III. *Anuries nerveuses* par vaso-constriction (anuries réflexes) :

a. Dans les *états de choc* :

Brûlures étendues;
Grands traumatismes lombo-pelviens;
Opérations abdominales, accouchement.

b. Dans les *intoxications* agissant sur le système nerveux central.

c. Dans les *asphyxies*.

d. Dans les *péritonites*.

e. Dans les *lésions de l'encéphale* (hémorragie bulbo-protubérantielle).

SYMPTOMATOLOGIE. — L'anurie étant un syndrome, son tableau clinique dépend en grande partie de la cause. Il convient de prendre pour type de description la forme la plus fréquente : l'*anurie calculeuse*.

Rarement l'anurie constitue le premier signe de la lithiase rénale. Il s'agit habituellement d'un malade qui présente un long passé lithiasique avec douleurs lombaires influencées par les mouvements, des coliques néphrétiques, parfois des hématuries.

L'anurie peut s'installer *insidieusement*, ne donnant lieu au début à aucun signe fonctionnel ou se traduisant seulement par une sensation de douleur lombaire.

Généralement l'anurie débute par une crise de *colique néphrétique*, toute cause occasionnelle de colique (ingestion exagérée de boissons) étant aussi susceptible de favoriser l'anurie. La colique néphrétique se prolonge plus longtemps que lors des crises précédentes; puis la douleur s'atténue progressivement; mais il ne se produit pas de crise urinaire : l'anurie est constituée.

Il est classique de diviser l'évolution de l'anurie en trois périodes :

Phase de tolérance;
Phase intermédiaire;
Phase terminale (d'urémie).

En réalité, cette division est par trop schématique.

Période de tolérance. — C'est une phase latente, pendant laquelle le malade présente une bonne santé apparente avec une euphorie parfaite. Il vaque à ses occupations et s'étonne seulement de ne pas uriner. Parfois il vient consulter croyant avoir besoin d'être sondé. Mais rien ne rappelle les douleurs de la rétention d'urine et cette latence fait que certains malades ne viennent même pas consulter.

Quelquefois, cependant, on observe une sensation de fatigue, quelques troubles digestifs légers et quelques troubles de la miction : envies fréquentes d'uriner. L'anurie est, soit absolue, soit incomplète avec émission de quelques gouttes d'une urine pâle, limpide.

Au bout de quelques jours peut se produire une débâcle polyurique définitive entraînant la guérison ou seulement passagère. Généralement, vers le *cinquième ou sixième jour*, le malade arrive à la deuxième phase de l'anurie.

Période intermédiaire de Donnadieu. — L'état du malade se modifie. Il présente un peu d'agitation, de l'insomnie, une céphalée légère, une sensation de lassitude générale, parfois même déjà quelques crampes musculaires. Il accuse quelques troubles digestifs légers : anorexie, baillements, nausées.

Pendant cette phase qui dure deux à trois jours, l'état général du malade n'est pas profondément touché.

Puis, rapidement, se produit une transformation du tableau clinique indiquant le passage à la période terminale.

Période terminale. — C'est la phase de l'*urémie*.

C'est une *urémie sèche*, sans œdèmes, qui se manifeste par les syndromes habituels de l'urémie (digestifs, respiratoires, etc.).

Troubles digestifs. — L'anorexie est souvent complète; le malade a des *vomissements* très fréquents allant parfois jusqu'à l'intolérance gastrique absolue On observe, soit de la constipation, soit de la diarrhée, celle-ci indiquant souvent la mort à brève échéance. La langue est sèche, souvent noirâtre (rôtie), la soif très vive.

Troubles respiratoires. — La *dyspnée*, d'abord légère, s'accentue rapidement; elle contraste avec l'absence de signes pulmonaires à l'auscultation. Elle revêt parfois le type de Cheyne-Stokes.

Troubles circulatoires. — Le pouls est lent, régulier, plein. La tension artérielle élevée.

Troubles nerveux. — Le malade est, soit agité, anxieux, accusant des vertiges, de la céphalée, soit, au contraire, calme et indifférent.

Il se plaint de crampes dans les membres inférieurs et il présente des *soubresauts musculaires* qui indiquent un pronostic fatal à brève échéance.

Le *myosis* est extrême.

Il faut signaler encore le *prurit* et les *sueurs abondantes* avec parfois *givre d'urée*.

La *température* est au-dessous de la normale.

L'analyse du sang révèle une augmentation considérable de l'urémie; cette *azotémie* peut atteindre 3-4 grammes.

Cet état persiste trois ou quatre jours et le malade meurt, soit *brusquement* en pleine connaissance, soit plus rarement après une phase de coma.

La durée totale de l'évolution est habituellement de dix à douze jours.

A côté de cette forme, la plus fréquente, il faut signaler une *forme intermittente* dans laquelle l'évolution se prolonge, grâce à l'apparition de débâcles urinaires. Celles-ci entraînent une rémission de tous les symptômes; puis l'anurie s'installe de nouveau. La guérison est possible à la suite d'une crise polyurique, plus souvent l'évolution se fait vers la mort qui survient vers le vingtième ou vingt-cinquième jour. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 34, p. 551.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de kinésithérapie. La mobilisation méthodique. La massothérapie. La mécanothérapie. La rééducation. L'éducation physique (2e édition), par P. Kouindjy. In-8 de 190 figures. — Prix : 16 francs. — Paris, A. Maloine et fils.

Précis d'alimentation des jeunes enfants. Du sevrage à dix ans, par le docteur Eugène Terrien, ancien chef de clinique infantile de la Faculté à l'hôpital des Enfants-Malades. In-8 de 465 pages. — Prix : 14 francs net. — Paris, Masson et Cie.

Les Caryocinésies atypiques provoquées dans les cellules cancéreuses par les rayons X et γ et leur rôle dans la régression des tumeurs malignes irradiées (*Archives françaises de pathologie générale et expérimentale et d'anatomie pathologique*, par Antoine Lacassagne et Octave Monod, Institut de radium de l'Université de Paris. In-8 raisin de 32 pages avec 4 planches hors texte. — Prix : 4 francs. — Paris, G. Doin.

La Situation actuelle des propriétaires et locataires d'après la loi définitive sur les loyers (loi du 31 mars 1922) et les lois antérieures. Commentaire explicatif accompagné des textes officiels de la loi du 31 mars 1922 et des lois antérieures sur le paiement des loyers, par M. Octave Dupond, secrétaire de l'Ecole de médecine de Nantes, administrateur de la *Gazette médicale de Nantes*. In-8. — Prix : 3 francs. — Paris, Etienne Chiron, éditeur, 40, rue de Seine.

Annuaire médical Rosenwald, 1922. — Paris, 99, rue d'Aboukir (2e).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Syndrome pleuro-pleurétique de la base dans les pleurésies interlobaires, par le docteur Louis EPAGNEUL. Thèse de 40 pages. — Paris, Le François.

Etude clinique et anatomo-pathologique de deux splénomégalies primitives opérées avec succès, par le docteur Robert CLEUET. Thèse de 68 pages, 8 figures hors texte. — Lille, Robbe.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 7 mai. — MM. Bénard (René), 19; Salomon, 18,90; Richet (Ch.) et Touraine, 20; Leblanc, 18,72.

Séance du 8 mai. — MM. Paraf, 18 ; Haguenau, 18,27 ; Weill (M.-P.), 18,18 ; Huber, 19,36.

Sont déclarés admissibles : MM. Touraine et Bichet, 20; Tinel, 19,45 ; Huber, 19,36 ; Bénard (René) et May, 19; Salomon, 18,90; Leblanc, 18,72; Dumont, 18,63; Rouillard, 18,36; Bouttier, Lévy (Fernand) et Haguenau, 18,27; Weill (M.-P.) et Weill (André), 18,18.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 8 mai. — MM. Bloch (R.), 10; Brocq, 18; Métivet et Bergeret, 17.

Séance du 10 mai. — MM. Girode, 17; Monod, 15; Rouhier, 20; Bloch (J.), 10.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Le jury est composé de MM. Lermoyez, Bourgoin, Lemaître, Grivot, A. Schwartz, Chevrier et Laubry.

Epreuve clinique. — Séance du 8 mai. — MM. Halphen et Rouget, 20.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours de l'adjuvat. — Le jury est composé de MM. Hartmann, Lejars, J.-L. Faure, Grégoire et Camus.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'assemblée générale annuelle de l'A. G. a eu lieu dimanche dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence du Dr Bellencontre; 93 sociétés fédérées étaient représentées. Les discussions ont porté sur la retraite de droit à capital aliéné et à capital réservé avec assurance complémentaire ainsi que sur l'assurance invalidité-maladie. Ces œuvres complètent de la plus heureuse façon des dispositions antérieurement prises pour assurer des pensions aux sociétaires que frappe l'infortune et des secours aux veuves et aux orphelins. La Maison Médicale, dont nous avons entretenu récemment nos lecteurs à l'occasion de la conférence du Dr Ch. Levassort, demeure à l'ordre du jour.

Trois membres nouveaux furent élus au Conseil général : MM. Bataille (de Rouen), Peyre (de Bordeaux) et Vacher (d'Orléans).

Du rapport du Dr Bongrand, trésorier, il ressort que l'avoir des caisses gérées par le Conseil général s'est accru, cette année, 84.800 fr. Les pensions, avec les suppléments, ont été portées à 1 400 et à 1.600 fr.

Le soir, au Palais d'Orsay, un banquet eut lieu sous la présidence de M. Paul Strauss, ministre de l'Hygiène.

ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE (FONDATION LAGOGUEY). — L'Assemblée générale a eu lieu le 30 avril à la Faculté de médecine, sous la présidence du Dr Chapon, vice-président, qui a fait du regretté Descout, un éloge très juste et très touchant.

Voici les modifications qui ont été apportées dans les statuts :

1° L'Assemblée a voté l'annexion de la Seine-et-Oise au département de la Seine. Seuls jusqu'alors les docteurs en médecine, habitant la Seine, pouvaient entrer dans l'Association. Nos confrères de Seine-et-Oise vont pouvoir bénéficier des mêmes avantages que les praticiens de la Seine, et de ce fait, notre groupement prendra le titre « Association médicale mutuelle des départements de Seine et Seine-et-Oise ».

2° La limite d'âge pour entrer dans l'Association était de 40 ans, cette limite a été prorogée jusqu'à 50 ans.

4° Les statuts comportaient l'attribution d'une indemnité de 10 francs par journées de maladie entraînant l'incapacité absolue d'exercer la profession médicale; cette incapacité pouvant être passagère et même permanente — de toutes façons elle est attribuée aussi longtemps que dure la dite incapacité. — La proposition de verser une indemnité supplémen-

taire, calculée d'après le reliquat laissé en caisse, après consolidation de la réserve mathématique-indemnité venant s'ajouter à la somme de 10 francs, déjà attribuée par chaque journée de maladie, a été adoptée, elle sera proportionnelle aux bénéfices obtenus, et par conséquent, pourra être variable mais avec un minima de variations, par suite de la création d'une caisse dite caisse de compensation. L'Assemblée générale sera chaque année appelée à statuer sur le chiffre de l'indemnité.

Le siège social est 116, rue Rambuteau, à Paris (1er arr.).

LA PROPAGANDE ENNEMIE CONTRE LES STATIONS FRANÇAISES. — Tandis que trop de Français, attirés par l'attrait fallacieux du change, se dirigent vers les eaux minérales des pays ex-ennemis, une propagande perfide s'exerce depuis quelques mois contre les stations françaises. Devant des faits précis, la Société des sciences médicales de Vichy vient de se décider à élever une protestation énergique à laquelle tous les médecins français voudront certainement s'associer.

Voici le texte de cette protestation :

« La Société des sciences médicales de Vichy attire l'attention de tous les médecins sur une campagne de calomnies dirigée contre les villes d'eaux françaises en général et Vichy en particulier.

Nos ennemis font répandre dans les grands hôtels de la Riviera et les agences de voyages en France et à l'Etranger des imprimés rédigés en mauvais anglais, accusant Vichy d'être une station superficielle, où les hôteliers exploitent les malades et les touristes, surtout quand ils sont de nationalité étrangère.

A Londres et en Rhénanie, ils projettent sur l'écran des cinémas et les rideaux des théâtres les prix qu'ils prétendent être appliqués dans notre station.

Enfin, un nommé V. Schulmann, se disant directeur des grands hôtels des villes d'eaux françaises, notamment de ceux de Vichy, complètement inconnu dans notre station, répand dans les consulats étrangers un libelle calomnieux, dirigé aussi bien contre les hôteliers et les médecins de Vichy que contre les médecins des grandes villes, qui envoient leurs malades dans les stations thermales françaises.

Pour répondre à cette campagne odieuse, les hôteliers de Vichy ont fait publier par le Syndicat d'initiative les prix « minimum et maximum » pratiqués dans leur maison et la Société des sciences médicales de Vichy a porté plainte contre inconnu, dans l'espoir de démasquer le triste personnage qui prend le nom de Schulmann. »

MONUMENT ÉLEVÉ A LA MÉMOIRE DE LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Dimanche 14 mai, à 10 heures, aura lieu, dans la cour de l'Hôtel-Dieu, la remise à l'Assistance publique du monument élevé à la mémoire de Lucas-Championnière, monument qui est l'œuvre de M. Richer. Y prendront successivement la parole MM. Bazy, au nom de l'Académie des sciences, Hartmann au nom de l'Académie de médecine et des hôpitaux, Sebileau au nom de la Société de chirurgie, Gariel au nom de Touring Club, Michon au nom des promoteurs de l'enseignement dans les hôpitaux.

LES VACANCES DU MÉDECIN. — L'initiative qu'elle avait prise en 1919, 1920 et 1921 ayant été marquée par un succès chaque année plus grand, la Société des Eaux d'Evian nous prie d'aviser nos lecteurs qu'elle a décidé de réserver à nouveau cette année au Splendide Hôtel d'Evian, du 1er mai au 10 juin, à MM. les médecins et à leur famille, le plus cordial accueil, à un prix tout amical.

Evian-les-Bains, au bord du Lac de Genève et son Splendide Hôtel, magnifique et confortable établissement placé sous le contrôle des hôtels Ritz et Carlton de Londres, sont un idéal séjour de gai repos La Société des Eaux d'Evian serait heureuse d'y recevoir, comme l'an dernier, tous ceux d'entre ses amis médecins qui pourront lui faire ce plaisir.

Bien vouloir écrire, le plus tôt possible, à l'administrateur-délégué de la Société des Eaux d'Evian, 21, rue de Londres, Paris.

CONGRÈS

1er CONGRÈS INTERNATIONAL DES ÉCOLES DE PLEIN AIR, L'ÉCOLE MODERNE, DÉFENSE SANITAIRE, ALIMENTATION, ÉDUCATION (24 au 28 juin 1922), organisé par la Ligue pour l'éducation en plein air, sous la présidence d'honneur de M. le ministre de l'Instruction publique et de M. le ministre de l'Hygiène.

Bureau du Congrès : président, M. Ferdinand Merlin, sénateur, vice-président de la Commission d'hygiène du Sénat; vice-présidents, MM. G. Risler, le prof. Méry, les Drs Mayer et Marchoux; directeur du Congrès, M. Ferd. Marié-Davy; secrétaires généraux, MM. le Dr Chaplain, à Larue, par l'Hay-les-Roses (Seine), L'Hopital; secrétaire, Mme de Magufrie; trésorier, M. H.-G. Richter, 72, rue de Rome.

PROGRAMME. — I. *L'école de plein air.* — Première séance : Définition. — Différenciation et dénomination pratique et claire des différents types. Internats, externats, écoles temporaires, camps scolaires.

Deuxième séance : Conditions essentielles que doivent remplir les écoles de plein air. — Terrain. Exposition. Emplacement des classes en plein air. Bâtiments scolaires. Services annexes. Aménagements et matériel.

Troisième séance : Recrutement des élèves. — Caractéristiques servant de base au choix des enfants suivant les différents types d'écoles. — Sources d'information. Inspection médicale. Fiches scolaires. Enquêtes familiales.

Quatrième séance : Fonctionnement. — *A.* Problèmes pédagogiques. Personnel enseignant; formation, recrutement. Programmes. Méthodes. Discipline. Emploi du temps; *B.* Problèmes médico-hygiéniques : Personnel médical. Assistantes sanitaires. Education hygiénique. Culture physique. Habillement des enfants. Alimentation. Heures de présence. Durée de séjour.

II. *Adaptation des écoles existantes.* — Cinquième séance : Aération des écoles. — Classes aérées. — Questions connexes.

Sixième séance : Classes promenades. Excursions scolaires. — Culture physique. — Cures de repos. Héliothérapie. — Terrains scolaires d'exercices, de jeux et de repos en plein air.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 17 mai. — Jury : MM. Roger, président; Bernard, Ribière et Léri. M. LÉVY (Paul). Contribution clinique à l'étude de l'action diurétique de l'urée. — M. RODRIGUEZ (Emile). Sur la spirochétose amygdalienne au cours des angines aiguës.

Jeudi 18 mai. — Jury : MM. Widal, président; Achard, Nobécourt et Baudouin. — M. MARTIN (André). Contribution à l'étude des épanchements puriformes aseptiques de la plèvre. — M. LUCAS-FONTAINE (J). Etude sur les thromboses oblitérantes de l'aorte. — Mlle PIGEON (Jeanne). Contribution à l'étude de la diphtérie et de la fièvre typhoïde.

Jury : MM. de Lapersonne, président; Bezançon, Cunéo et Terrien. — M. VERDE (Eugénio). Les iridocylites et les iridochoroïdites méningococciques. — M. MORVEZEN (Yves). Contribution à l'étude de l'influence du pneumothorax artificiel sur la tuberculose pulmonaire. — M. BERNARDEAU (Jean). Contribution à l'étude anatomique des artères dentaires supérieures.


ANÉMIE
HÉMOGLOBINE
CONSOMPTION
FER
VITALISÉ
OXYDASES
DU SANG
DESCHIENS
NEURASTHÉNIE
CONVALESCENCES

REVUE GÉNÉRALE

LES PROCÉDÉS DE RECHERCHE DE L'INSUFFISANCE HÉPATIQUE

LEUR VALEUR. LEUR INTERPRÉTATION

Par E. AUBERTIN,
Interne des hôpitaux de Bordeaux.

A. **Préambule. Les divers procédés de recherche de l'insuffisance hépatique doivent être sélectionnés et interprétés.** — L'étude de l'insuffisance hépatique a fait, au cours de ces dernières années, l'objet d'un certain nombre de travaux qui ont apporté, semble-t-il, quelques précisions intéressantes dans la question. Malheureusement, à côté de celles-ci, beaucoup de résultats contradictoires ont été obtenus ; beaucoup de théories, plus ou moins bien établies, ont été élaborées, qui, par leur opposition, ont eu pour résultat de jeter un certain discrédit sur l'ensemble des recherches effectuées.

En réalité, il est certain qu'on peut, aujourd'hui, obtenir dans l'étude de l'insuffisance hépatique, des renseignements qui, confrontés entre eux, peuvent apporter des éléments précieux pour le diagnostic de l'affection. Mais il n'est pas douteux non plus que, parmi les multiples procédés de recherche que nous possédons actuellement pour déceler une perturbation fonctionnelle du foie, il n'y en a que quelques-uns qui présentent une valeur réelle. Encore celle-ci n'a-t-elle rien d'absolu ; et les résultats obtenus doivent-ils faire l'objet d'une interprétation rigoureuse. Et comme il apparaît que trop souvent dans les divers travaux effectués sur l'insuffisance hépatique, ces principes ne sont pas constamment observés, il semble opportun de les souligner ici même.

En fait, étant donné un malade dont les signes cliniques permettent de suspecter une atteinte du foie, quelle est la valeur des divers examens que l'on peut faire pour confirmer ce diagnostic et quelle est l'interprétation qu'on doit leur donner? Telles sont les deux questions auxquelles je voudrais répondre dans cette revue générale.

B. **Les procédés de recherche de l'insuffisance hépatique. Leur valeur.** — Pour apprécier cette valeur, je ne me baserai pas autant que possible sur des considérations théoriques, mais surtout sur les résultats fournis dans la pratique par la recherche de ces procédés; et je m'appuierai à cet égard sur l'expérience des auteurs et chaque fois qu'il sera possible sur mon expérience personnelle.

I. **Fonctions secondaires.** — Les fonctions hépatiques sont multiples ; mais il s'en faut que nous ayions toujours les moyens d'examiner chacune d'entre elles. C'est ainsi que nous n'avons aucune méthode pour étudier le rôle du foie dans le *métabolisme des graisses* (fonctions adipopexique, adipolytique et adipogénique); aucune non plus pour apprécier la part qu'il a dans la *régulation thermique* de l'organisme. Le foie possède la propriété de *fixer le fer* (Dastre et Floresco); mais, ni la clinique, ni le laboratoire ne nous permettent de nous en rendre compte. Son *rôle hémolytique* qu'il partage avec tant d'autres organes est pratiquement inexplorable. Quant à sa fonction fibrinogénique, elle peut être étudiée soit par l'*épreuve du fibrinogène* (Whipple et Hurwitz) ; mais cette épreuve est inconstante, puisque Whipple lui-même admet qu'elle peut déceler une augmentation de ce principe dans certaines altérations peu profondes du foie ; soit par la mesure de la *coagulabilité sanguine*, mais bien d'autres éléments, à côté du facteur hépatique peuvent intervenir dans la production de cette dernière. Enfin, l'étude de l'action du foie sur les ferments sanguins : *ferment lipasique* (Hanriot et Whipple) ; *ferment glycogénolytique* (Ghédini) ; *ferment de défense spécifique* (réaction d'Abderhalden), n'a pas jusqu'à ce jour donné de résultats pratiques bien intéressants.

Tant et si bien qu'en fait, il reste surtout quatre grandes fonctions dont on possède plusieurs procédés d'examen qu'il s'agit de passer en revue : ce sont les fonctions, hydrocarbonée, antitoxique, biliaire et protéique.

II. **Fonction hydrocarbonée.** — Elle comprend deux étapes : une phase d'emmagasinement du glycose sous forme de glycogène ou phase amylopexique; une phase de transformation du glycogène en glycose ou phase amylolytique. La première s'explore par la glycosurie alimentaire et quelques épreuves analogues; la seconde par la glycémie adrénalinique.

1° La *glycosurie*, la *saccharosurie*, la *lévulosurie* et la *galactosurie alimentaire* ont fait l'objet de multiples critiques de la part de beaucoup d'auteurs (Achard, Castaigne, Linossier, Desbouis, Roques). Souvent négative chez les insuffisants hépatiques, ces épreuves sont, en effet, parfois positives chez les gens normaux ; et le fait n'est pas surprenant, si l'on songe que presque toutes les glandes à sécrétion interne et les tissus eux-mêmes sont susceptibles d'intervenir dans la glycorégulation ; que le coefficient individuel d'utilisation des sucres est essentiellement variable suivant les individus ; et qu'enfin, les troubles intestinaux et rénaux peuvent influencer l'absorption ou l'excrétion des hydrates de carbone. Aussi ne peut-on se baser pratiquement sur les résultats fournis par ces méthodes.

2° La *glycémie adrénalinique* préconisée par Loeper et Verpy (11) est basée sur cette hypothèse qu'une injection d'adrénaline doit provoquer, à l'état normal, une excitation fonctionnelle du foie aboutissant à une brusque transformation du glycogène hépatique en glycose dont la teneur dans le sang doit augmenter de ce chef. Cette épreuve n'est pas entrée dans la pratique ; et d'ailleurs les auteurs précédents signalent eux-mêmes qu'il n'y a entre les résultats qu'elle fournit et ceux que donnent les autres procédés de recherche de l'insuffisance hépatique, aucun rapport absolu. Bien qu'ils expliquent cette discordance par ce fait que ces procédés et la glycémie adrénalinique ne visent pas le même trouble fonctionnel, il n'en reste pas moins que celle-ci paraît tout de même, de ce chef, d'une valeur encore indécise.

3° Aux épreuves précédentes, se rattache pour l'exploration de la fonction hydrocarbonée, une épreuve nouvelle, la *glycuronurie provoquée* de Roger et Chiray (12). L'acide glycuronique prend naissance dans le foie aux dépens du glycose et

existe normalement dans l'urine où sa quantité, variable suivant les régimes, augmente après l'absorption de certaines substances telles que le camphre, avec lesquelles il se conjugue dans le foie, à moins que la cellule hépatique déficiente ne réagisse pas à cette excitation provoquée. D'où la méthode préconisée par les auteurs précédents qui consiste à évaluer le taux de la glycuronurie chez un sujet à examiner, en même temps qu'on lui fait absorber un peu de camphre; et à rechercher quatre ou cinq heures après, quelle augmentation ce taux a pu subir de ce chef.

Chiray (20), après avoir observé cette réaction dans un grand nombre de maladies différentes, conclut qu'en somme elle ne disparaît que dans les cas qui s'accompagnent d'insuffisance hépatique. Cependant, Roger et son élève Jean (13) ont observé que la glycuronurie diminue beaucoup dans la grossesse avec œdème ou albuminurie; et Chiray (20) ajoute que ces constatations corroborent celles qu'il a faites dans la néphrite œdémateuse. Mais il y a lieu, semble-t-il, de se demander jusqu'à quel point le foie peut être rendu responsable de ces faits.

Tout récemment Schmid (21) a recherché la glycuronurie provoquée par l'ingestion non plus de camphre, mais de menthol; et a trouvé des réactions fortes chez tous ses malades, hépatiques ou non. D'autre part, par la méthode au camphre, il a obtenu une glycuronurie normale dans un cas d'ictère catarrhal; et, au contraire, le résultat fut complètement négatif chez un sujet sain. De toutes ces constatations, il conclut qu'en conséquence, l'épreuve de Roger et Chiray ne saurait donner aucun renseignement sur le fonctionnement du foie.

Cette conclusion paraît, en réalité, un peu radicale, du moins en ce qui concerne l'épreuve du camphre, puisque Schmid, lui-même, reconnaît que, sauf dans un cas, toutes les affections hépatiques qu'il explora de cette façon ne réagirent que faiblement.

Pour ma part (8), à quelques exceptions près, je n'ai guère trouvé de réaction faible ou nulle à l'excitation camphrée que chez des malades présentant par ailleurs des signes incontestables d'insuffisance hépatique. Par contre, il est vrai, assez nombreux furent les cas où les troubles fonctionnels du foie se révélèrent par plusieurs signes alors que, cependant, la glycuronurie provoquée fut à peu près normale. Ceci s'explique d'ailleurs aisément par ce fait que la synthèse de l'acide glycuronique peut se faire en dehors du foie, puisque Pick et Pohl l'ont obtenue expérimentalement malgré des lésions étendues de cet organe (*Arch. f. exper. Path. u. Pharm.*, 1894-1895).

Aussi n'est-il pas douteux que la méthode en question n'a pas une valeur absolue. Mais des divers examens cliniques, pratiqués jusqu'à ce jour du moins, il semble résulter, cependant, qu'elle peut être susceptible tout de même, associée à d'autres recherches, d'apporter son élément au diagnostic de l'insuffisance hépatique.

III. **Fonction antitoxique.** — A part l'*épreuve de l'hydrogène sulfuré* (Garnier et Roger) qui n'est applicable qu'à l'expérimentation, toutes les méthodes qui ont été proposées pour explorer la fonction antitoxique du foie, sont basées surtout sur le rôle éliminateur de ce dernier et sont, de ce chef, entachées d'erreur, puisque cette élimination est étudiée par les fèces où tant d'éléments sont confondus, qu'il est bien difficile de délimiter ce qui vient du foie de ce qui vient d'ailleurs, ou par les urines dans la constitution desquelles le rein a évidemment son rôle.

Aussi les variations du *coefficient urotoxique* (Surmont), ainsi que celles de l'élimination de l'*acide hippurique* après ingestion de benzoate de soude (Bunge et Schmiedeberg) sont-elles d'une interprétation difficile.

Outre qu'elle n'échappe pas aux causes d'erreur précédentes, l'*épreuve de la phtaléine tétrachlorée* (Abel et Rowntree) est vraiment d'une réalisation peu pratique.

L'*élimination intermittente du bleu de méthylène* est plus facile à rechercher. Mais Chauffard et Castaigne ont établi qu'elle montre, en réalité, les troubles de la fonction rénale chez les hépatiques. Or, le rein peut être lésé pour son propre compte au cours des diverses affections du foie; et il est impossible de savoir quelle est la part de ces deux organes dans la production de la glaucurie intermittente. De plus, comme le fait remarquer Brulé (5), le bleu peut être détruit dans les tissus; et l'intervention de ce facteur tissulaire est une nouvelle cause d'erreur possible dans l'interprétation du symptôme. En fait, d'ailleurs, cette épreuve manque fréquemment chez des malades atteints certainement d'insuffisance hépatique; et elle existe parfois chez d'autres qui n'en ont aucune.

L'*épreuve de Roch* (22) est basée sur ce principe qu'une dose de 2 milligrammes de bleu de méthylène, ingérée, ne doit pas passer dans les urines, lorsque le foie est normal. Gauthier (2) a signalé que cette réaction est, cependant, assez fréquemment positive chez les sujets sains et, au contraire, parfois négative chez des malades dont le foie est certainement atteint. Mes constatations, portant sur près de cent cas, corroborent pleinement ces faits.

Bien qu'encore inexplorée, l'*épreuve du salicylate de soude* (23), récemment proposée par Roch et Schiff (de Genève) mérite sans doute les mêmes reproches que sa similaire au bleu de méthylène, puisqu'elle repose sur le même principe.

Et, en somme, on peut dire que toutes les méthodes qui ont pour but l'exploration de la fonction antitoxique ou éliminatrice du foie n'ont pas de valeur pratique bien réelle et ne méritent pas la faveur que leur a valu longtemps, et pour la plupart d'entre elles, la simplicité de leur recherche.

IV. **Fonction biliaire.** — La bile contient surtout de la cholestérine, des pigments et des sels biliaires.

1° CHOLESTÉRINE. — Les variations de la cholestérinémie (30) peuvent relever de facteurs multiples, plus ou moins bien établis. Et l'élément hépatique est trop difficile à discerner au milieu d'eux pour qu'on puisse tirer de ces variations une méthode d'examen de la fonction biliaire.

2° PIGMENTS BILIAIRES. — *a.* **Selles**. — Aucun procédé de dosage de la *stercobiline* dans les selles ne paraît présenter de valeur bien réelle [Brulé (26), Paillard et Goiffon (33)]. Or, sauf peut-être dans quelques cas ultimes, l'étude de la stercobiline ne saurait avoir d'intérêt dans l'étude de l'insuffisance hépatique qu'autant que l'on pourrait doser d'une façon à peu près satisfaisante, la quantité excrétée par le foie.

b. **Duodénum**. — Le tubage du duodénum, pratiqué suivant la méthode d'Einhorn, paraît devoir donner

des résultats importants dans l'étude des ictères. Dans celle de l'insuffisance hépatique, le procédé est moins fécond. Tout récemment, cependant, Jules Hatieganu (25) a proposé d'examiner la fonction secrétoire du foie par la recherche et le dosage dans le liquide duodénal d'*indigo-carmin*, préalablement injecté dans le milieu intérieur. Les résultats qu'il annonce ne semblent pas présenter de bien grand intérêt pour le sujet qui nous occupe. Mais du moins, y a-t-il lieu d'espérer que la possibilité de se procurer, d'une manière extrêmement simple, de la bile presque pure au sortir du foie, nous permettra peut-être un jour d'obtenir des renseignements précieux sur le fonctionnement hépatique, même en dehors des ictères.

c. **Sérum sanguin.** — La recherche des pigments biliaires ou de leurs dérivés dans le sérum sanguin, n'offre aucun avantage sur leur recherche dans l'urine. Et comme, cependant, elle présente de plus grandes difficultés d'exécution, on peut dire que pratiquement l'étude de la fonction pigmentaire du foie se fait par l'examen des urines.

d. **Urines.** — L'insuffisance hépatique s'accompagne rarement, sauf en cas d'ictère cholurique, de *bilirubinurie* et ce n'est pas la recherche de ce pigment qui présente le plus d'intérêt dans la question.

L'*urobilinogène* décelable par la réaction à la benzaldéhyde d'Erlich est présent dans les urines des hépatiques d'une façon trop inconstante pour mériter de retenir l'attention.

En fait, toute l'exploration de la fonction pigmentaire du foie se réduit actuellement dans l'insuffisance hépatique sans ictère à la recherche de l'*urobilinurie* (31).

On discute pour savoir s'il existe normalement de l'urobiline dans les urines. Cependant, Brulé (28) a montré que cette urobilinurie physiologique ne se décèle pas quand on emploie la méthode à l'acétate de zinc (qui est d'ailleurs la plus simple et la meilleure), si on se contente de rechercher la fluorescence à la lumière du jour et non à la lumière artificielle. Une urobilinurie, ainsi mise en évidence, est certainement pathologique. Mais que signifie-t-elle?

Sans entrer dans des discussions sans fin sur la pathogénie de ce symptôme, il est un fait incontestable dont on ne peut pas ne pas tenir compte, c'est qu'il se révèle dans la grande majorité des cas chez des malades présentant une déficience de leur foie. Je l'ai recherchée, pour ma part, un grand nombre de fois, parallèlement à un grand nombre d'autres signes d'insuffisance hépatique et j'ai pu constater que, si parfois on ne trouve qu'une urobilinurie isolée, le plus souvent, elle s'associe à d'autres de ces signes. C'est donc que vraisemblablement, le plus souvent, elle a des rapports avec un trouble fonctionnel du foie.

De là à soutenir que lorsqu'elle est isolée elle relève d'une insuffisance hépatique dissociée de la fonction biliaire, il n'y a qu'un pas et certains auteurs n'ont pas manqué de le franchir. Toutefois, il n'est pas douteux que l'urobilinurie peut se produire en dehors de toute déficience du foie dans les hémolyses exagérées ou les résorptions hématiques par exemple; et il n'est pas toujours facile de déterminer si des phénomènes de ce genre n'entrent pas en jeu.

Cependant, « ces modes pathogéniques, comme disent MM. Labbé et H. Bith (6), ne répondent tout de même qu'à un petit nombre de faits et sont incapables d'expliquer la majorité des cas ». Tant et si bien que pratiquement, quand une urobilinurie se trouve, chez un même individu, associée à d'autres bons signes d'insuffisance hépatique, on peut, semble-t-il, la rattacher à cette même cause, surtout s'il n'existe, apparemment, aucun des facteurs secondaires précédemment signalés; lorsqu'elle est, au contraire, isolée, même en l'absence de ces derniers, il faut encore actuellement réserver son interprétation.

Tout récemment, Falta, Högler et Knobloch (32) ont proposé une *épreuve* dite *de la bile* qui consiste à faire ingérer de l'extrait de bile de bœuf, qui aurait la propriété de faire apparaître eu augmenter l'urobilinurie chez les insuffisants hépatiques. Encore à l'étude, cette épreuve a déjà fait l'objet de critiques de la part de Marcel Brulé (27).

3° Sels biliaires. — Les sels biliaires peuvent se déceler par l'examen des urines, ou par l'épreuve des hémoconies recherchée dans le sang après ingestion de substances grasses.

a. L'*épreuve des hémoconies* (34), intéressante, sans doute, dans les cas de rétentions importantes des sels biliaires, et en dehors de toute obstruction sur les voies biliaires extrahépatiques (pour le diagnostic d'insuffisance hépatique du moins), l'est beaucoup moins dans le cas de rétention ou d'insuffisance de formation légère ou moyenne des mêmes principes. C'est qu'en effet, il n'est pas toujours facile dans ces derniers cas d'apprécier la plus ou moins grande quantité des hémoconies dans le sang, même après l'ingestion de beurre; et, d'autre part, il s'en faut que la bile soit le seul élément qui intervienne dans l'absorption des graisses. Comme disent MM. Labbé et H. Bith (6), « le procédé est élégant, mais il expose à l'erreur; dans une question aussi délicate, si l'on veut un renseignement précis pour corroborer le diagnostic clinique, il est indispensable d'établir directement, par la comparaison des ingesta et des égesta, le coefficient d'absorption des graisses dans l'intestin ». Mais, il faut reconnaître alors que le principe perd de sa simplicité.

b. Pour déceler les sels biliaires dans les urines, la *réaction de Pettenkofer* est une très mauvaise méthode et ne peut pas être utilisée. Pratiquement, on recherche les sels par la propriété qu'ils ont d'abaisser la tension superficielle de l'urine; et pour cela deux procédés peuvent être employés : la *stalagmométrie*, ou plus simplement la *réaction de Hay* qui est largement suffisante en clinique.

Les rapports entre la tension superficielle de l'urine et l'insuffisance hépatique donnent lieu à deux sortes de controverses. On discute pour savoir d'abord si les sels biliaires sont les seuls corps capables de faire baisser cette tension; ensuite si cette baisse dépend toujours d'un trouble fonctionnel du foie.

Or, il est bien certain qu'à côté des sels biliaires, un certain nombre d'autres corps sont susceptibles, quoique peut-être avec moins d'intensité, de diminuer la tension superficielle de l'urine. Et des derniers travaux tout récents de Doumer (35), puis de Troisier (36), il résulte que parmi ces corps, se trouvent un certain nombre d'uréides, quelques acides aminés, comme la leucine et l'histidine, et enfin surtout les peptones et encore plus les polypeptides.

Cependant Doumer (35) fait remarquer à ce sujet que « les corps précédents sont en somme des pro-

duits imparfaits du métabolisme des substances albuminoïdes, et que leur taux dans l'urine dépend en grande partie de l'état du foie ». La remarque est juste et sans conteste dans beaucoup de cas. Elle ne l'est cependant pas pour tous. La preuve en est donnée par ce fait, signalé par Troisier (36), que le jeûne prolongé, qui, par désassimilation endogène, modifie la constitution de l'urine, arrive à diminuer la tension superficielle d'une façon parfois très notable; et on est en droit de se demander si le fait de constater certaines réactions de Hay positives, dans des cas comme l'appendicite, la fièvre typhoïde, etc., où l'alimentation est thérapeutiquement réduite à rien pendant longtemps, ne provient pas tout simplement de là.

Il ne faut cependant rien exagérer; il est certain que le plus souvent en clinique la réaction de Hay se trouve associée à l'urobilinurie ou à d'autres signes d'insuffisance hépatique et acquiert de ce chef une valeur réelle. Aussi s'il est prudent, lorsqu'on trouve cette réaction isolée de ne pas conclure trop vite à l'existence d'une rétention biliaire dissociée sans doute possible, mais nullement démontrée de ce chef, il n'est pas moins raisonnable dans le cas contraire de lui attribuer une certaine signification comme signe d'insuffisance fonctionnelle du foie.

V. **Fonction protéique**. — Comme le disent Noël Fiessinger et R. Clogne (53), les fonctions du foie dans le métabolisme des albuminoïdes, comprennent principalement trois modes : la fixation; la transformation; la conjugaison.

1° La fixation. — *Epreuve de l'hémoclasie digestive.* — Il pénètre normalement dans la veine porte des albumines hétérogènes que le foie fixe ou transforme et empêche en tous cas de pénétrer telles qu'elles dans la circulation générale. Si le foie est insuffisant, sa fonction protéopexique ne s'exerce plus; et les albumines hétérogènes, arrivant dans le sang, y provoquent un choc hémoclasique. D'où la méthode, préconisée par Widal, Abrami et Iancovesco (37), qui consiste à pratiquer l'étude du système vasculo-sanguin à jeun, puis, après ingestion de 200 grammes de lait de vingt minutes en vingt minutes pendant deux heures pour y déceler en cas d'insuffisance hépatique, les éléments caractéristiques du choc.

La crise hémoclasique se caractérise par la leucopénie, la raréfaction des hématoblastes, l'inversion de la formule leucocytaire, la diminution de l'indice réfractométrique du sérum, l'hypotension artérielle et la fragilité leucocytaire. Mais les auteurs précédents, considérant que la leucopénie est le plus constant et le plus caractéristique de tous ces signes, en arrivèrent à conclure que sa seule constatation en période digestive suffit pour affirmer l'existence d'une insuffisance hépatique.

Cependant, quand on recherche l'hémoclasie alimentaire par plusieurs de ses éléments, il s'en faut de beaucoup qu'on ne les trouve toujours qu'associés entre eux; et P. Mauriac (41), rapporta notamment que tandis qu'il n'avait pas trouvé de crise hémoclasique complète dans la recherche de l'épreuve de Widal, chez plusieurs malades atteints cliniquement d'insuffisance hépatique, il lui était arrivé par contre de rencontrer chez l'homme normal en période digestive, aussi bien qu'à jeun, des crises leucopéniques isolées parfois considérables.

Pour ma part (49), par des recherches effectuées dans le service du professeur Leuret et portant sur 140 cas chez des tuberculeux de toutes périodes, j'ai pu constater qu'il n'existait pas de parallélisme bien étroit entre les meilleurs signes d'insuffisance hépatique et l'hémoclasie alimentaire, qu'elle soit caractérisée par la seule leucopénie ou par la leucopénie associée à d'autres éléments du choc.

Mais il est vrai qu'en principe une hémoclasie digestive isolée peut relever d'une insuffisance dissociée de la fonction protéopexique, qui peut au contraire rester intacte quand toutes les autres fonctions du foie sont troublées. Cependant, quelques remarques paraissent s'imposer. Et tout d'abord, l'épreuve en question est basée sur l'étude comparative de modifications survenant en période digestive d'un certain nombre d'éléments vasculo-sanguins. Mais en réalité, même en période digestive, la plupart de ces éléments sont susceptibles de varier sous l'influence d'une foule de causes qui n'ont pas forcément de rapport avec une insuffisance fonctionnelle du foie. C'est ainsi qu'il y a des facteurs si minimes capables d'influencer la coagulation sanguine qu'il est bien difficile de pouvoir en faire des mesures successives suffisamment exactes pour permettre une comparaison et cela d'une manière pratique et courante. La tension artérielle, surtout en ce qui concerne la maxima, mais même la minima, est susceptible de présenter elle aussi des variations de l'ordre de grandeur de celles qu'on trouve le plus souvent dans l'hémoclasie digestive (1 à 2 degrés au Pachon), sous l'influence d'une foule de petits facteurs : émotions, quintes de toux, malaises, etc. Et si la formule leucocytaire est peut-être plus stable dans certaines conditions d'examen, la leucocytose par contre peut présenter en période digestive comme à jeun, et sans cause appréciable, des variations pouvant aller du simple au double comme l'ont signalé P. Mauriac (42), Servantie, Pauzat et Monod (43), Lemoine (44), Robert Michel (52), E. Aubertin (50), Abel et Brenas (51). Au reste, ces constatations ne font que confirmer celles de Dorlencourt, Banu, Langle (38), qui ont obtenu chez des enfants sains de la leucopénie avec des doses minimes de lait; celles de Pagniez et Plichet (39), qui ont montré que la simple rapidité d'ingestion influait beaucoup sur les variations leucocytaires.

D'autre part, Tinel et Santenoise (45), Pagniez (47), Garrelon (48), établissant la participation intime du système organo-végétatif à la production de la crise hémoclasique, ont montré que, par action sur ce dernier, le réflexe oculo-cardiaque, la réfrigération locale, l'excitabilité électrique d'un nerf, la douleur, la colère, l'émotion, étaient susceptibles chez les vagotoniques de provoquer un choc hémoclasique caractérisé par la plupart de ses éléments. On conçoit que dans ces conditions, la constatation de ce phénomène, même en période digestive, ne peut assurément permettre à coup sûr de diagnostiquer une insuffisance hépatique.

Et de tous les faits précédents, il résulte qu'en somme l'épreuve en question présente de réelles difficultés d'interprétation.

2° La transformation. — L'étude des fonctions du foie dans la transformation des substances albuminoïdes peut se faire par l'examen des urines, par celui du sérum sanguin et par la mise en œuvre de quelques explorations fonctionnelles.

a. **Urines** — Il y a une foule de corps qui, anormalement présents ou augmentés dans les urines, ont

été considérés comme révélateurs d'un trouble fonctionnel du foie. En fait, parmi eux un certain nombre ne présentent pas de bien grand intérêt à ce sujet pour des raisons variées.

Ainsi la *créatine* et la *créatinine* qui pour Mlle Wahl (57) apparaîtraient dans les urines en cas d'insuffisance hépatique, du moins dans les cancers secondaires du foie sont des produits de désassimilation endogène dont en réalité le taux dans l'urine peut augmenter bien en dehors d'un trouble fonctionnel de cet organe.

Le dosage de l'*azote indyalisable* et l'établissement du *rapport de l'azote colloïdal à l'azote total* peuvent présenter un certain intérêt dans l'étude des insuffisances graves comme l'ont montré M. Labbé et R. Dauphin (58), mais en fait ces recherches semblent offrir moins d'avantages que celles de l'hyperaminoacidurie et de l'hyperammoniurie, qui donnent souvent des résultats parallèles et sont plus faciles à effectuer.

L'*indicanurie* n'est plus considérée aujourd'hui comme un signe d'insuffisance hépatique par la majorité des auteurs.

Enfin, la recherche de l'*acide urique* et des *bases puriques* de l'urine ou du sang n'a pas actuellement de signification bien précise sur la valeur du fonctionnement hépatique, dont au reste le rôle dans l'uricopoïèse et l'uricolyse n'est pas encore totalement élucidé [Mathieu-Pierre Weil] (59).

En définitive, il y a surtout quatre corps dont le dosage ou la recherche dans les urines peut présenter un véritable intérêt pour le dépistage d'un trouble fonctionnel du foie : ce sont l'urée, les acides aminés, les sels ammoniacaux et les corps acétoniques. Voyons rapidement quels rapports ces corps peuvent avoir entre eux et comment le foie intervient dans leur formation ou leur excrétion.

Les substances albuminoïdes alimentaires, molécules complexes, au fur et à mesure de leur progression dans le tube digestif, sont décomposées en éléments de plus en plus simples dont le terme ultime est l'acide aminé et dont les termes de passage sont les peptones et les polypeptides. Acides aminés principalement et polypeptides ou peptones accessoirement traversent la muqueuse intestinale et arrivent par la veine porte au niveau du foie. Les derniers y sont arrêtés, fixés, transformés peut-être en acides aminés qui se joindront aux premiers. Ceux-ci en tous cas ne font que passer dans le foie et vont directement aux tissus où ils sont comburés dans la proportion des besoins de l'organisme (Folin et Denis, Delaunay, van Flyke et Meyer). Par la circulation générale, leur surplus revient au foie chargé de leur destruction ou élimination. Pour ce faire, ce dernier les désamine (Hugounenq et Morel, M. Labbé et H. Bith) c'est-à-dire extrait de leurs molécules l'ammoniaque qu'elles contiennent, laissant ainsi des radicaux qui, par oxydation, donnent des corps acétoniques. Ceux-ci sont normalement détruits dans le foie et les tissus; cependant que l'ammoniaque forme des sels ammoniacaux, qui forment à leur tour de l'urée.

Ainsi les étapes de tout ce travail hépatique sont la formation à partir des acides aminés des sels ammoniacaux et des corps acétoniques ; et son aboutissement la destruction de ces derniers et la production de l'urée. Dès lors, que ce travail soit incomplet : l'urée produite diminue tandis qu'au contraire les acides aminés, les sels ammoniacaux et les corps acétoniques augmentent dans le milieu intérieur et de là apparaissent ou augmentent dans les urines. D'où quatre signes d'insuffisance hépatique : l'hypoazoturie; l'hyperaminoacidurie (M. Labbé et H. Bith), l'hyperammoniurie; et l'acidosurie [M. Labbé] (61).

En fait, personne n'attache plus aujourd'hui la même importance qu'autrefois à l'*hypoazoturie* qui est trop sous la dépendance du régime plus ou moins azoté pour qu'on puisse en tirer une conclusion quelconque.

L'*acidose* n'apparaît surtout et encore pas toujours, que dans les grandes insuffisances hépatiques; et le fait se comprend si l'on songe qu'à côté de la combustion hépatique des corps acétoniques il y a leur combustion tissulaire qui a une importance considérable et qui explique d'autre part qu'une déficience de cette dernière puisse provoquer l'apparition d'acidose, surtout en cas de dénutrition, sans que le foie soit cependant toujours à proprement parler atteint.

Quant à l'*hyperaminoacidurie* et à l'*hyperammoniurie*, elles sont certainement plus constantes dans les insuffisances hépatiques d'un certain degré. Cependant deux remarques sont à faire. La première c'est que l'ammoniaque et les acides aminés peuvent augmenter dans les urines en dehors de l'insuffisance hépatique dans les amaigrissements rapides (et ils sont fréquents chez les malades de toutes sortes), dans certaines cachexies, dans le diabète. Ceci s'explique aisément par ce fait qu'à côté du métabolisme exogène des albuminoïdes, il y a aussi le métabolisme endogène qui intervient dans la production de ces corps. Les albumines tissulaires peuvent se désintégrer en quantité anormale; et de même qu'une hémolyse exagérée peut produire de l'urobilinurie sans insuffisance hépatique, de même, toutes proportions gardées, une désagrégation tissulaire rapide peut amener dans les urines une augmentation d'ammoniaque ou d'acides aminés que le foie, débordé, n'aura pas pu transformer en urée.

De plus, l'hyperammoniurie elle-même peut être due à une saturation d'acides organiques anormalement produits dans le syndrome de l'acidose (Hugounenq et Morel). Et, comme ce dernier peut se produire bien en dehors d'un trouble fonctionnel du foie, l'hyperammoniurie peut être elle-même indépendante de celui-ci.

De tout ceci, il résulte donc que les deux signes précédents, pour être fréquents dans l'insuffisance hépatique et intéressants à rechercher, n'en sont pas cependant des signes certains et qu'il faut les rapprocher, pour les interpréter, des signes cliniques et des autres signes de laboratoire.

D'ailleurs, il faut remarquer que leur étude gagne à être faite sous forme de rapports et ceci pour deux raisons. D'abord, le foie intact peut, en présence d'une hyperammoniurie ou d'une hyperaminoacidurie non acidosique, d'origine endogène, augmenter sa production en urée; et tant que le surmenage hépatique n'est pas au-dessus de ses ressources, les rapports des acides aminés et de l'ammoniaque, d'une part, à l'urée, de l'autre, peuvent rester normaux et traduire le bon fonctionnement de l'organe. De plus, dans les cas limites, l'augmentation des acides aminés et des sels ammoniacaux dans l'urine, peut être peu appréciable, si l'on ne considère que la quantité absolue de ces corps; et devenir, au contraire, plus sensible si, par un rapport bien compris, on compare cette augmentation minime à une diminution parallèle et

minime, elle aussi, de l'urée produite dans le même temps.

Seulement, pour qu'un rapport de cette sorte puisse présenter les avantages précédents, il faut évidemment qu'il ne compare entre eux que des éléments sur lesquels l'uréopoièse hépatique a son action et non pas de ces éléments avec d'autres sur lesquels le foie n'agit pas. Voilà pourquoi le *rapport azoturique* (de l'azote uréique à l'azote total); le *rapport aminoacidolytique* (de l'azote aminé à l'azote total); le *rapport de l'azote colloïdal à l'azote total* sont bien inférieurs au rapport d'imperfection uréogénique qui, au lieu de tenir compte de l'azote total dont une partie peut appartenir à des corps non uréifiables, ou que le foie ne détruit pas, n'intéresse que des éléments soumis à l'activité hépatique.

Le *coefficient d'imperfection uréogénique ou coefficient de Maillard-Lanzenberg-Derrien-Clogne* peut pratiquement s'inscrire de la façon suivante ainsi que l'ont établi les deux derniers auteurs (62) :

$$\frac{\text{Azote formol}}{\text{Azote hypobromite}} \times 100,$$

étant donné que l'azote au formol représente l'azote des acides aminés et des sels ammoniacaux, et qu'avec certaines précautions, on peut admettre que l'azote hypobromite est égal à l'azote uréique. Ce coefficient, sous les réserves faites plus haut à propos de l'hyperammoniurie et de l'hyperaminoacidurie, est un excellent signe d'insuffisance hépatique, plus sensible que ces deux derniers et d'une simplicité de recherche bien plus grande. Comme eux, il varie suivant les régimes; mais il ne faut rien exagérer; et pratiquement, on peut tenir pour élevé tout coefficient de Derrien-Clogne qui dépasse 5 chez des malades au régime lacté, 6 chez ceux qui sont au petit régime ou au régime lacto-végétarien et 7 environ pour les régimes ordinaires. Sur ces bases (8), j'ai recherché bien des fois ce coefficient parallèlement à beaucoup d'autres signes d'insuffisance hépatique et j'ai pu constater que, si pour les raisons précédemment envisagées, il n'est pas un témoin certain des troubles fonctionnels du foie, il n'en est pas moins l'un des meilleurs et avec l'urobilinurie l'un des plus sensibles.

b. **Sérum.** — Les renseignements fournis par l'examen des urines ont été considérés comme suspects, parce que pouvant être faussés par altération du rein. En fait, si la chose est fort possible en ce qui concerne la recherche pure et simple des divers corps énoncés ci-dessus, rien ne prouve que pour l'établissement des rapports notamment, la rétention uréique ne soit pas parallèle à celle des autres substances envisagées. Quoiqu'il en soit, on a cherché à éliminer la cause d'erreur rénale en substituant à l'examen des urines, l'examen du sérum sanguin. Cette conception part, en réalité, d'un raisonnement un peu subtil, car si le fonctionnement rénal influe sur la constitution des urines, il influe non moins sur celle du milieu sanguin. Pratiquement donc, ces recherches n'offrent pas grand avantage et d'autant moins qu'elles sont souvent plus délicates.

Ainsi l'*aminoacidémie* ne donne pas de renseignements plus intéressants que l'aminoacidurie. Le *coefficient azoturique du sérum* mérite les mêmes reproches que celui de l'urine.

Quant à l'*azote résiduel* (64), d'un intérêt sans doute plus réel, il augmente, en effet, dans l'insuffisance hépatique ; mais il le fait aussi dans d'autres affections comme certaines urémies (63, 67, 68, 69), au cours de certaines hypertensions artérielles (66), et bien entendu dans les troubles du métabolisme azoté et tissulaire, puisqu'il contient tout l'azote non uréique du sérum et, par conséquent, de l'azote appartenant à des substances non uréifiables, dont beaucoup, notamment, prennent naissance dans la désassimilation endogène. Aussi, pour intéressant qu'il soit, l'azote résiduel du sérum n'a-t-il pas toute la valeur qu'on lui voit trop généralement attribuer.

Tout récemment, Filinski (70) vient d'affirmer que très probablement l'augmentation du taux de la *globuline* dans le sérum sanguin est causée par l'insuffisance hépatique. Mais déjà, M. Loeper (71) a combattu cette conception, qui paraît au reste d'un intérêt peu pratique.

c. **Epreuves d'exploration fonctionnelle.** — Ce sont celles de l'*ammoniurie* (Gilbert et Carnot), de l'*aminoacidurie* (MM. Labbé et Bith) et de l'*indicanurie* (Gilbert et Weil) *provoquées.* D'une manière générale, outre que cette dernière repose sur des théories discutées, toutes ces méthodes méritent beaucoup des reproches faits à la glycosurie alimentaire ou la glaucurie intermittente ; et de plus, comme disent N. Fiessinger et R. Clogne (53) « pour juger du fonctionnement hépatique par l'examen des urines, l'étude des rapports suffit, l'exploration fonctionnelle est, pour le moins, inutile. »

3° La conjugaison. — Le foie possède la propriété de conjuguer certains corps toxiques à excréter par l'urine avec d'autres corps qui diminuent leur toxicité. A cet effet, notamment, il emploie le soufre en excès provenant de certaines matières albuminoïdes ingérées ou tissulaires, qui n'ont pas été ou ne sont plus utilisées par l'organisme pour la formation de ses albumines spécifiques. Cet excès est, pour une très petite part, éliminé par l'urine sans oxydation (10 à 15 p. 100); la majorité, au contraire, subit une oxydation vraisemblablement au niveau du foie et se combine à l'état d'acide sulfurique à des bases minérales pour former des sulfates, ou à des phénols pour former des phénylsulfates moins toxiques pour l'organisme. Ces sulfates et ces phénylsulfates constituent ce que Robin appelle le soufre neutre ou oxydé. A l'état normal, le *rapport de Robin* du soufre oxydé au soufre total est de 85 à 87 ; *celui de P. Joly* (72) du soufre non oxydé au soufre total de 16 à 18; et tandis que le premier doit baisser, le second doit augmenter en cas d'insuffisance hépatique.

En fait, semble-t-il, il s'agit là d'une bonne méthode d'exploration fonctionnelle, qui donne souvent des résultats parallèles à l'hyperammoniurie, l'hyperaminoacidurie, l'élévation du coefficient d'imperfection uréogénique, etc. ; et doit être interprétée dans le même sens.

VI. **Récapitulation.** — Telles sont les diverses méthodes proposées pour l'étude de l'insuffisance hépatique. Pratiquement, quelles sont celles que le clinicien doit rejeter et celles qu'il doit employer ? Une courte récapitulation va nous le dire.

Et tout d'abord, il est bien évident qu'il ne saurait s'égarer dans la recherche de procédés tout impraticables ou de signes tout hypothétiques, comme la réaction d'Abderhalden, la mesure de l'activité du ferment lipasique du sérum ou de son ferment gly-

cogénolytique ; l'épreuve de la phtaléine tétrachlorée ; celle d'Hatieganu ; l'excrétion hippurique après ingestion de benzoate de soude ; l'excrétion urinaire d'indican, de créatine ou de bases puriques ; l'indicanurie provoquée.

Les résultats fournis par la recherche de la glycosurie alimentaire et de ses homologues, de la glycémie adrénalinique, de la glaucurie intermittente, des épreuves de Roch au bleu ou au salicylate de soude, de l'hémoclasie digestive, de l'hypocoagulabilité sanguine, de l'hypoazoturie, sont d'une interprétation si délicate qu'il est incertain de se baser sur ces méthodes.

D'autres signes ne manquent pas de valeur : tels l'augmentation de l'azote colloïdal et de son rapport à l'azote total, l'aminoacidémie, l'augmentation du coefficient azoturique du sérum ou des urines, l'augmentation du rapport aminoacidolytique, les épreuves de l'aminoacidurie et de l'ammoniurie provoquées, l'épreuve des hémoconies. En fait, ces éléments de diagnostic font double emploi avec d'autres qui sont plus intéressants et plus faciles à établir pour beaucoup d'entre eux du moins. Pratiquement donc, ils n'ont pas grand intérêt.

Tant et si bien qu'il ne reste, en définitive, qu'un petit nombre de signes, qui, dans l'état actuel de nos connaissances du moins, paraissent surtout mériter de retenir l'attention. Parmi eux, trois sont des plus faciles à mettre en évidence et semblent au reste des meilleurs : ce sont l'urobilinurie, la réaction de Hay et l'élévation du coefficient de Clogne-Derrien. Mais, on devra aussi rechercher chaque fois qu'il sera possible, les modifications du coefficient d'oxydation des soufres, la glycuronurie provoquée, l'hyperammoniurie, l'hyperaminoacidurie et l'azote résiduel du sérum.

C. **Conclusion. L'interprétation.** — Tels sont les éléments avec lesquels le clinicien pourra corroborer son diagnostic clinique d'insuffisance hépatique. Comment les emploiera-t-il ? Comment les interprétera-t-il ?

Pour ce faire, il est une constatation dont on a pu se rendre compte, aisément, par la lecture des lignes précédentes et que le clinicien ne devrait jamais perdre de vue : c'est qu'en fait aucune épreuve, aucun signe dit d'insuffisance hépatique, ne peut, pris isolément, être considéré, à coup sûr, comme relevant d'un trouble fonctionnel du foie. Et ceci pour deux raisons.

La première qui ne s'applique pas à tous les cas, mais à beaucoup, c'est que plusieurs des procédés utilisés ne sont pas absolument spécifiques et n'atteignent pas certainement le but recherché. Ainsi en est-il de la réaction de Hay pour le décelage des sels biliaires ; de l'emploi de l'hypobromite de soude pour le dosage de l'azote uréique ; de l'examen des modifications sanguines digestives dans le dépistage d'une déficience protéopexique ; de la recherche d'un certain nombre de corps anormalement présents dans l'urine, sur la composition de laquelle le rein joue son rôle ; d'un bon nombre d'épreuves provoquées par absorption à travers le tube digestif, capable d'influencer les résultats.

Mais surtout, et ceci s'applique sans conteste à tous les cas : les signes ou épreuves proposés décèlent ou explorent les troubles d'une seule fonction dite hépatique ; mais, en réalité, il n'existe pas de fonction strictement hépatique. Ce qui existe, ce sont des fonctions organiques générales : fonctions protéique, hydrocarbonée, biliaire, antitoxique, thermique et autres, dans lesquelles le foie sans doute joue son rôle, rôle même prépondérant pour beaucoup d'entre elles, rôle exclusif pour aucune.

Ainsi, à côté du foie, bon nombre d'autres organes et tous les tissus interviennent dans le métabolisme des albuminoïdes. Pour Folin et Denis, les tissus seraient même capables de désaminer les acides aminés et même de produire de l'urée ! Le pancréas, les centres nerveux, les muscles, le poumon même (P. Mauriac), et beaucoup de glandes à sécrétion interne interviennent dans le mécanisme de la glycorégulation. L'équilibre pigmentaire sanguin, ses divers éléments de régulation, et la rate en particulier ont, sans conteste, des rapports avec la formation biliaire ; et si on admet même, comme on tend à le faire de nos jours, que les éléments de la bile arrivent préformés à la cellule hépatique qui ne ferait que les excréter, on voit que bien des facteurs peuvent troubler la fonction biliaire, à côté ou indépendamment du foie. Enfin, nombreux sont les procédés qu'emploie l'organisme pour se défendre contre les éléments toxiques indésirables, et qui s'ajoutent ou suppléent aux moyens de défense hépatique.

Et ce que je viens de dire des principales fonctions du foie, je pourrais le dire de toutes sans exception ; tant il est vrai qu'il n'y a pas dans l'économie d'organes indépendants les uns des autres, travaillant chacun dans leur coin, en ignorant ce que fait le voisin, mais une universelle dépendance de toutes les fonctions de l'organisme qui, sans exclure une certaine spécialisation propre à chaque tissu, n'en réalise pas moins un état complexe où chaque élément est solidaire de tous les autres et tous les autres de celui-là.

Or, les divers procédés de recherche de l'insuffisance hépatique n'explorant, en réalité, chacun qu'une seule fonction, ne montrent et encore dans la mesure où ils le peuvent, en réalité, qu'une seule chose : un trouble de cette seule fonction. Mais si ce trouble est isolé, rien ne peut nous permettre de le rattacher, sans aucun doute, à une perturbation de l'élément hépatique, puisque ce dernier n'est pas le seul facteur qui intervient dans l'accomplissement de cette fonction. Sans doute, si le foie joue le principal rôle dans celui-ci, il y a, dans ce cas, une présomption, en faveur de sa culpabilité. En fait, pour pouvoir établir cette dernière d'une manière beaucoup plus certaine, il faut que plusieurs présomptions de cette sorte s'additionnent par la mise en évidence de perturbations portant sur plusieures fonctions qui, si toutes relèvent de facteurs variés, toutes aussi ont un facteur commun et souvent même prépondérant dans le foie.

De l'imprécison de nos méthodes d'examen et de la non exclusivité des fonctions hépatiques, il résulte finalement deux conséquences pratiques.

La première, c'est qu'en aucun cas le clinicien ne saurait se contenter de rechercher un seul signe ou une seule épreuve d'insuffisance hépatique. En fait, il doit en rechercher le plus qu'il peut et parmi les meilleurs ; et ce n'est que de l'ensemble des résultats obtenus seulement, qu'il pourra tirer une conclusion satisfaisante.

A cet égard, et c'est la deuxième conséquence énoncée, il faut bien remarquer qu'on ne saurait être trop réservé dans le diagnostic d'une insuffisance hépatique, monosymptomatique ou dissociée. Il faut bien le dire à la vérité, cette notion, pour

intéressante qu'elle soit, est étendue dans des proportions vraiment excessives. De tous côtés, dans toutes les revues, paraissent des travaux qui ont exploré le fonctionnement du foie au cours des diverses affections à l'aide d'un petit nombre de signes et non toujours des moins critiquables. Et comme il s'en faut, bien entendu, que les résultats soient toujours concordants entre eux, loin d'accuser les méthodes, on crie à l'insuffisance hépatique dissociée, comme si l'on avait, dans tous les cas, des moyens certains de la déceler!

Il y a en réalité, dans cette interprétation, une affirmation trop souvent gratuite; et j'ai tout lieu de penser, pour ma part, que plutôt que d'accuser une déficience dissociée du foie, on serait sûrement plus près de la vérité en accusant une déficience de nos méthodes d'examen.

Ce n'est pas qu'il ne puisse pas y avoir de dissociations dans les perturbations fonctionnelles du foie. Le simple fait de trouver chez un même malade des troubles de deux fonctions hépatiques et non d'une troisième, prouve surabondamment que la chose est parfaitement possible. Mais, il n'en reste pas moins qu'à l'heure actuelle, le laboratoire ne permet pas de diagnostiquer à lui seul, et d'une façon certaine, quelle part revient au foie dans la production d'un trouble isolé.

Aussi, et c'est la conclusion générale à tirer de toute cette revue, le fait de trouver chez un malade, même à foie cliniquement normal, deux ou trois signes, tels que l'élévation du coefficient de Clogne-Derrien, la faiblesse de la glycuronurie provoquée, l'urobilinurie, indiquant des troubles des fonctions protéique, hydrocarbonée et biliaire, dans lesquelles le foie joue un grand rôle, permet vraisemblablement de diagnostiquer son atteinte. Mais, par contre, l'existence d'un seul de ces signes ne saurait être interprétée de la même façon qu'avec beaucoup de réserve et dans la mesure seulement où la clinique apporterait elle-même plusieurs éléments sérieux à l'établissement de ce diagnostic.

Une telle conception réduit, assurément, le domaine de la petite insuffisance hépatique, non pas tel qu'il existe, en réalité, mais tel que nous pouvons l'explorer. Cependant, l'urobilinurie et l'élévation du coefficient de Clogne-Derrien sont déjà des signes très sensibles. Et puis, mieux vaut sans doute reconnaître, là où nous le devons, l'incertitude de nos moyens plutôt que de risquer de bâtir sur le vide.

BIBLIOGRAPHIE

Pour toute la bibliographie antérieure à 1914, consulter la Revue générale de BRULÉ et GARBAN parue dans ce journal en 1914, nos 25 et 28.

1° **Revues générales**. — 1. CARNOT (Paul). Les maladies du foie en 1914, *Paris méd.*, 1914.
2. GAUTHIER. Les principaux procédés de recherche d'insuffisance hépatique, *Revue méd. de la Suisse romande*, 1918.
3. CASTAIGNE et FIESSINGER (N.). Maladies du foie et des voies biliaires, *Le Livre du médecin*, 1918.
4. CHAUFFARD. Séméiologie chimique et physique du foie, *Ann. de la Faculté de méd. de Paris*, 1919.
5. BRULÉ et GARBAN. Exploration physique et fonctionnelle du foie, *Traité de médecine* de Sergent, 1920, t. I.
6. LABBÉ et BITH (H.). Les insuffisances fonctionnelles du foie, *Ann. de méd.*, 1920.
GLÉNARD. Les signes cliniques de la petite insuffisance hépatique, *Gaz. des hôpit.*, 1920.
8. AUBERTIN (E.). Etude critique d'un certain nombre de signes d'insuffisance hépatique. Le foie et la tuberculose, *Th. de Bordeaux*, 1922, p. 114 à 191.
9. CASTAIGNE. L'insuffisance hépatique, *Journ. méd. franç.*, fév. 1922.

2° **Fonction hydrocarbonée**. — 10. DESBOUIS. L'insuffisance glycolytique, *Th. de Paris*, 1914.
11. LOEPER et VERPY. L'épreuve de la glycémie adrénalinique, *Paris méd.*, 1917.
Sur la glycuronurie. — 12. ROGER et CHIRAY. L'absence de glycuronurie et l'insuffisance hépatique, *Acad. de méd.*, 13 avril 1915.
13. JEAN. La glycuronurie de la grossesse, *Th. de Paris*, 1915.
14. ROGER. *C. R. de la Soc. de biol.*, 18 déc. 1915.
15. ROGER. La glycuronurie; ses variations dans les affections hépatiques, *Presse méd.*, 18 mai 1916.
16. CLOGNE (R.) et FIESSINGER (N.). La chronologie de l'élimination glycuronique chez le sujet normal et pathologique, *C. R. de la Soc. de biol.*, 16 déc. 1916.
17. CHIRAY (M.) et CAILLE (E.). L'épreuve de la glycuronurie provoquée, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 18 mars 1921 (bibliogr.).
18. JAVILLIER. L'acide glycuronique et la glycuronurie, *Biol. méd.*, avril-mai 1921.
19. CAILLÉ. La glycuronurie provoquée, *Th. de Paris*, 1921 (bibliogr.).
20. CHIRAY (M.). La glycuronurie normale et pathologique, *Journ. méd. franç.*, fév. 1922, p. 56.
21. SCHMID (F.). L'épreuve de la fonction hépatique par la glycuronurie provoquée, *C. R. de la Soc. de biol.*, 10 mars 1922.

3° **Fonction antitoxique ou éliminatrice**. — 22. BAUDE. Exploration fonctionnelle du foie par les épreuves d'élimination provoquée, *Th. de Paris*, 1913-1914.
23. ROCH et SCHIFF. L'épreuve du salicylate pour la recherche de l'insuffisance hépatique, *XVe Congrès franç. de méd.*, oct. 1921.
24. HATIEGANU. Résultats du cathétérisme duodénal dans les maladies du foie, *Bull. de la Soc. méd. de Bucarest*, 1919.
25. HATIEGANU. Un nouveau procédé pour l'examen de la fonction sécrétoire du foie, *Ann. de méd.*, nov. 1921, p. 400.

4° **Fonction biliaire**. — 26. BRULÉ. *Recherches sur les ictères*, 1922, Masson (bibliogr.).
27. BRULÉ. Insuffisance hépatique et rétention biliaire, *Journ. méd. franç.*, fév. 1922, p. 72.
28. BRULÉ. L'urobilinurie physiologique et l'urobilinurie pathologique, *Presse méd.*, 6 juillet 1921.
29. SPILLIAERT. *Th. de Paris*, 1921.
30. GRIGAUT. Le cycle de la cholestérinémie, *Th. de Paris*, 1915.
31. CARIÉ. L'urobilinurie, *Th. de Paris*, 1914.
32. FALTA, HÖGLER et KNOBLOCH. *Münch. med. Woch.*, 30 sept. 1921, n° 39.
33. PAILLARD et GOIFFON. Les pigments biliaires dans les selles, *Journ. méd. franç.*, fév. 1922, p. 79.
34. LEMIERRE (A.), BRULÉ et WEILL. L'épreuve des hémoconies. Son application à l'étude de la sécrétion biliaire et pancréatique, *Paris méd.*, 6 juin 1914.
35. DOUMER (Edmond). La mesure du taux des substances abaissant la tension superficielle de l'urine et son intérêt clinique, *Ann. de méd.*, sept. 1921, t. XI, p. 26.
36. TROISIER (Jean). Tension superficielle; dégradation des albuminoïdes et insuffisance hépatique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 oct. 1921.

5° **Fonction protéique**. — a. *Hémoclasie digestive*. — 37. WIDAL, ABRAMI et IANCOVESCO. L'épreuve de l'hémoclasie digestive, *Presse méd.*, déc. 1920.
38. LANGLE. L'épreuve de l'hémoclasie digestive chez l'enfant, *Th. de Paris*, 1921.
39. PAGNIEZ et PLICHET. *Soc. méd. des hôpit.*, 24 juin 1921.
40. MAURIAC (P.) et CABOUAT. Contribution à l'étude des variations de la formule leucocytaire chez l'homme normal, *Paris méd.*, mai 1921.
41. MAURIAC (P.). A propos de l'hémoclasie digestive dans

l'insuffisance hépatique, *Journ. méd. de Bordeaux,* juillet 1921.
42. MAURIAC (P.). L'épreuve de l'hémoclasie digestive dans l'insuffisance hépatique, *Journ. méd. de Bordeaux*, 10 fév. 1922.
43. SERVANTIE, PAUZAT et MONOD. Recherche de la crise hémoclasique par ingestion de sucre chez les diabétiques, *Journ. méd. de Bordeaux*, juin 1922.
44. LE MOINE. Contribution à l'étude des variations de la formule leucocytaire chez l'homme normal, *Th. de Bordeaux*, 1921-1922.
45. TINEL et SANTENOISE. Variations brusques de la formule leucocytaire sous l'influence d'actions nerveuses immédiates, *Soc. de biol.*, 22 oct. 1921.
46. TINEL et SANTENOISE. Vago-sympathique et choc anaphylactique *Journ. méd. franç.*, mars 1922.
47. PAGNIEZ. A propos des variations brusques de la formule leucocytaire sous l'influence d'actions nerveuses immédiates, *Soc. de biol.*, 29 oct. 1921.
48. GARRELON et SANTENOISE. Modifications des variations leucocytaires du choc peptonique consécutives à des modifications de l'excitabilité du système nerveux organo-végétatif, *Soc. de biol.*, 19 nov. 1921.
49. AUBERTIN (E.). Recherches sur l'hémoclasie digestive chez les tuberculeux, *Soc. de biol.*, 17 janv. 1922.
50. AUBERTIN. De la valeur pratique de l'hémoclasie digestive, signe d'insuffisance hépatique, *C. R. de la Soc. de biol.*, 18 fév. 1922.
51. ABEL et BRENAS. Des variations du taux leucocytaire chez le nourrisson, *C. R. de la Soc. de biol.*, Nancy, 14 fév. 1922.
52. MICHEL (Robert). Contribution à l'étude de la leucocytose digestive chez l'enfant, *Th. de Paris*, 1921-1922.

b. *La transformation.* — 53. FIESSINGER (N.) et CLOGNE. La fonction du foie dans le métabolisme protéique, *Journ. méd. franç.*, fév. 1922, p. 64.
54. GARNIER (M.). Le diagnostic de l'insuffisance hépatique par les procédés de laboratoire, *Journ. méd. franç.*, fév. 1922, p. 52.
55. LAMBLING. *Précis de chimie biologique.*
56. HUGOUNENQ. *Précis de chimie physiologique et pathologique.*
57. WAHL (Marcelle). Créatine et créatinine, *Th. de Paris*, 1917-1918.
58. LABBÉ (M.) et DAUPHIN (Raoul). La signification de l'azote colloïdal urinaire, *Ann. de méd.*, 1918, t. V, n° 4.
59. WEIL (Mathieu-Pierre). L'uricémie des hépatiques, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1921.
60. LABBÉ et BAUMGARTNER. Acidose et insuffisance hépatique, *Soc. méd. des hôpit.*, 15 mai 1914.
61. LABBÉ (M.). Insuffisance hépatique et acidose, *Journ. méd. franç.*, fév. 1921.
62. CLOGNE (René). Contribution à l'étude d'un coefficient azoté urinaire simple et pratique, *C. R. de la Soc. de path. comp.*, janv. 1921.
63. CARNOT, GÉRARD et Mlle MEISSONNIER. *C. R. de la Soc. de biol.*, 8 nov. et 6 déc. 1919.
64. ODDO (Jean). L'azote résiduel, *Th. de Paris*, 1920; — *Gaz. des hôpit.*, 1920, nos 94 et 96.
65. RATHERY et GRUAT. *C. R. de la Soc. de biol.*, 29 mai 1920.
66. LIAN (Camille) et CLOGNE (René). Valeur séméiologique de l'azote résiduel du sérum dans l'hypertension artérielle, *Congrès de méd. de Strasbourg*, 1921.
67. CHABANIER (H.) et CASTRO GALHARDO (A. DE). Du rôle de l'azote non uréique du plasma dans la détermination des symptômes urémiques, *Presse méd.*, 18 sept. 1920.
68. HELOUIN. L'azote résiduel et l'urée dans leurs rapports avec l'azotémie et l'urémie, *Presse méd.*, 6 nov. 1920.
69. CHABANIER (H.), MARQUÉTY (H.) et CASTRO GALHARDO (A. DE). La crise d'hyperazotémie, *Presse méd.*, juin 1921.
70. FILINSKI (W.). L'augmentation du taux de la globuline dans le sérum du sang comme résultat de l'insuffisance hépatique, *Presse méd.*, 18 mars 1922.
71. LOEPER (Maurice). A propos de l'albuminose du sérum des cancéreux, *Presse méd.*, 15 avril 1922.

c. *La conjugaison.* — 72. JOLY (Pierre-F.). Contribution à l'étude du soufre urinaire, *Th. de Paris*, 1920.

GUERRE ET PSYCHOSES DE L'ARRIÈRE

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes.

La guerre n'a point donné naissance à des psychoses spéciales; elle en a modifié le ton, la couleur, la forme, les lignes, sans en altérer le fond, l'essence même. Les délires de l'avant dus à des causes émotionnelles sont à rapprocher des vésanies de l'arrière en relation aussi avec des facteurs émotifs. Les émotions originelles déterminantes diffèrent, les syndromes restent les mêmes fondamentalement. Nous voulons ici attirer l'attention sur les troubles dysthymiques engendrés chez les militaires par le fait du passage du service auxiliaire dans le service armé. Nous en rapporterons une observation que nous ferons suivre de quelques commentaires.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — Soldat des services auxiliaires, quarante-deux ans (1915). Versé le 25 février 1915 dans le service armé : manifestations hyperthymiques immédiates, chagrin, anxiété, énervement. Incorporé le 10 mars. Apparition rapide du délire; hospitalisation le 14, placement à l'asile des aliénés le 15. Syndrome délirant avec illusions, hallucinations (?), interprétations; agitation anxieuse, peurs, qui durent plusieurs semaines. Amaigrissement, cachexie progressive et décès le 2 juin 1915.

Ollivéj... (Pierre-Marie), quarante-deux ans, laboureur, soldat du 9e territorial, entre au quartier des maladies mentales de l'hôpital général de Nantes, le 15 mars 1915.

Histoire clinique. — Le soldat O..., appartient aux services auxiliaires. Le 25 février 1915, à la suite d'un conseil de revision, on le verse dans le service armé. Tout de suite il est bouleversé, saisi. Sa femme, avec laquelle il est resté jusqu'à son incorporation, le 10 mars 1915, rapporte : « Il a pris ça à cœur; il ne lui faut pas de chagrin, pas de contrariété, sinon le voilà brouillé. C'est une tête légère, ça tient de famille. Il se faisait un grand chagrin de partir : laisser ses bœufs, ses terres, quitter sa femme, sa fille... Il pleurait beaucoup. Il ne pouvait pas prendre le dessus. Lors du conseil de revision, quelqu'un lui a dit qu'il était inscrit pour la deuxième ligne de feu. Avait-il peur d'aller au front? Il n'en parlait pas. C'était de quitter son chez lui qui l'affectait... »

Arrivé le 10 à la caserne, il est habillé de suite et dès le lendemain commandé de garde. Il ne sait plus où donner de la tête, il est comme égaré; on parle de le punir, on lui dit qu'il va passer en conseil de guerre, être fusillé, etc. Sous le coup de la crainte, il ne dort plus, puis il a des illusions, du délire. Le 14 il est hospitalisé à B..., le 15 à l'asile des aliénés.

Etat actuel (16 mars 1915). — Le syndrome délirant est bien caractérisé; il est basé sur des illusions, des hallucinations (?), des interprétations, et il s'accompagne d'agitation anxieuse. Les paroles du malade sont entrecoupées de soupirs, de sanglots : « Je vais aller à la mort tout de suite... Je suis attendu pour la fusillade. (On perçoit des voix dans la cour et un bruit de wagonnet sur des rails.) Qui parle-là, dit-il? Allez! ne me manquez pas. Tâchez de ne pas me rater... Je suis faible. J'ai trop de misère, trop ne chagrin (il porte la main à l'épigastre, puis à la tête). Je n'avais jamais été épouvanté comme ça. Quand je suis saisi, ça m'attaque tout de suite la tête...

« On dit que j'ai mal fait la garde. Ça se peut, je ne connais pas le règlement, je n'ai jamais servi. J'étais comme un « enfant ». J'avais un képi qui n'était pas d'ordonnance. Le caporal m'a trop puni. Ce képi, on me l'avait posé sur la tête et je l'avais gardé. J'aurais dû prendre le plus « failli », le moins bon.

« Ce que vous écrivez-là, c'est mon acte de décès que vous

dressez. J'aurais pourtant envie de prolonger encore mes jours... Qu'est-ce que c'est que ça? Des instruments de torture (une pince, une pelle). (Il tressaille au moindre bruit, il regarde à droite, à gauche, anxieux.) On va me tuer. C'est la fusillade. Le voilà, le caporal (un autre malade qui circule dans la salle d'observation) ».

L'état somatique est médiocre. Le patient résiste à tout examen physique prolongé en disant : « Mais je ne suis pas malade. »

Antécédents et évolution. — Deux oncles, du côté maternel, ont présenté des troubles mentaux. Personnellement il a toujours été faible de constitution (service auxiliaire). Il a reçu une instruction primaire. A vingt-cinq ans, en 1898, il a été atteint de fluxion de poitrine. Marié à trente ans, il est père d'une petite fille âgée de onze ans et bien portante. Il était d'un caractère très impressionnable. Quand il avait des contrariétés ou des chagrins, il était tout bouleversé et cela durant quinze jours, un mois. Sa femme dit : « Je le remettais dans son bon sens, petit à petit. »

L'évolution cette fois n'a pas été favorable : l'agitation anxieuse a été violente et durable; peu à peu le malade s'est cachectisé.

31 mars 1915. — Craintif, agité sans cesse. Il dit : « Je suis saisi tout le temps. Je crois que ma femme est morte. »

15 avril. — Plus calme; il s'alimente mal, par pénitence, semble-t-il. Il ne croit plus qu'on va le fusiller.

10 mai. — Amaigrissement progressif. Il veut faire ses dévotions. Fièvre légère (38°5) : pas de lésions pulmonaires (?), ni expectoration.

2 juin. — Décès par cachexie (origine émotionnelle probable). L'autopsie n'a pu être faite.

1° Le fait de la guerre (1914-1918) ne produit pas seulement des chocs émotionnels sur la ligne de feu ou dans les zones de l'avant, mais il en produit aussi à l'arrière. Les émotions éprouvées dans cette dernière et spéciale circonstance sont-elles moins variées et moins violentes que les autres? Ce n'est point certain pour un observateur impartial. Des sujets, bien sûrs porteurs de prédispositions, acquises ou héréditaires, ont subi à l'arrière des émotions déprimantes, courtes ou prolongées, qui les ont conduit à l'aliénation mentale de la même manière que les émotions du front. C'est que la richesse, la spécialisation, l'étrangeté parfois, des sentiments douloureux humains sont presque infinies. Un événement brusque qui a déclanché de nombreuses psychopathies chez les militaires, est le passage des services auxiliaires dans le service armé. Chez notre malade, qui est un dysthymique constitutionnel, on voit rapidement se développer un syndrome hyperthymique, puis des illusions, des interprétations fausses, des hallucinations probables, et des idées confuses de persécution, de mélancolie avec agitation anxieuse. L'affection mentale s'est terminée en quelques mois par la mort, sous l'influence d'une cachexie lente, progressive, sans lésions organiques définies.

2° Nous pourrions rapporter plusieurs observations de cette sorte; elles concernent toutes des sujets âgés. Un de nos malades, devenu très émotif depuis août 1914, fait un accès hyperthymique délirant semblable à celui que nous rapportons, mais l'affection chez lui se termine par la guérison, et cette guérison se maintenait en 1921. Un autre qui présente un syndrome identique, meurt au bout de quelques mois de tuberculose pulmonaire, sans manifester le moindre signe d'affaiblissement intellectuel. Un troisième qui réalise toujours le même syndrome, commet des fugues et se livre à une tentative de suicide, puis devient plus particulièrement mélancolique; il meurt à l'asile deux ans et demi après son entrée, dans un état de profonde cachexie. Un quatrième, de diagnostic plus difficile, paraît être atteint après son accès délirant, de démence précoce, forme paranoïde (1915); il est plus ou moins réticent et semble apathique, indifférent; à la vérité, il s'agit, en 1921, d'un délire systématisé hallucinatoire chronique sans démence. Un asthénique chronique fortement déprimé par le nouveau choc émotionnel éprouvé, offre à l'examen un accès maniaque dont il guérit rapidement, pour redevenir un asthénique chronique et mourir sans nouvel accès maniaque, en 1919, etc. On se rend compte, en considérant ces observations, de la diversité des psychopathies possibles du fait d'un choc émotionnel précis. C'est que les prédispositions sont spécialisées chez chaque sujet et multiples chez les mêmes sujets.

3° Nous pensons qu'il est rationnel, — et cela du point de vue médical pur, — d'indemniser les malades qui ont présenté les psychoses que nous venons d'étudier.

Conclusions. — Les chocs émotionnels de l'arrière, pendant la guerre de 1914-1918, ont déterminé des psychoses de la même manière que les chocs émotionnels de l'avant. Nous avons observé de nombreux accès délirants provoqués par le passage des services auxiliaires dans le service armé (nous en rapportons un cas détaillé). L'évolution de ces cas s'est montrée relativement très différente; cela cadre avec les données générales de la pathologie mentale et explique la complexité de la psychiatrie pour l'observateur non informé. Au point de vue médico-légal, ces psychoses de l'arrière sont à indemniser comme celles de l'avant.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er MAI 1922)

Le rôle de l'alcalinité de l'eau de mer dans les fécondations hétérogènes. — M. Alphonse LABBÉ.

Théorie de l'action des parasites entomophages. Les formules mathématiques du parasitisme cyclique. — M. W. R. THOMPSON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 MAI 1922)

M. LE PRÉSIDENT prononce l'éloge de Sir Patrick Manson (de Londres), associé étranger, récemment décédé.

Le traitement des ostéopathies typhoïdiques et paratyphoïdiques par la vaccinothérapie. — M. H. VINCENT. Complication récente ou tardive des infections à bacille typhique ou à bacille paratyphique B (on ne connaît pas encore d'ostéite à bacille paratyphique A), l'ostéomyélite ou l'ostéopériostite constitue une affection parfois grave et dont la nature exacte peut rester méconnue si on ne la recherche pas attentivement. On pense d'abord à une infection banale (staphylo ou streptococcique), à la tuberculose (mal de Pott), à la syphilis. L'évolution de l'ostéite est parfois, en effet, insidieuse. Le traitement chirurgical ou médical ne donne alors qu'un effet incomplet : la vaccinothérapie détermine, par contre, des résultats très efficaces.

Une jeune fille de dix-huit ans, ayant eu six ans auparavant une fièvre typhoïde, est atteinte ensuite d'une paratyphoïde B

très grave avec hyperthermie considérable. Guérie de cette maladie, elle présenta pendant trois mois des douleurs atroces de la région lombaire et de l'abdomen à droite, avec flexion de la cuisse droite. Ces douleurs étaient accompagnées de frissons, de fièvre, d'albuminurie et d'entérite muco-membraneuse avec selles sanglantes et muqueuses. On crut successivement à un abcès périnéphrétique, à une psoïtis, à une pérityphlite, à une péritonite enkystée. Elle tomba dans un état cachectique profond; son amaigrissement était extrême (32 kilogrammes), sa mort semblait prochaine.

M. Vincent pensait, quoique avec réserves, à une ostéomyélite diffuse des vertèbres lombaires et de l'os iliaque droit.

Le sang de la malade agglutinait fortement le bacille paratyphique B. Comme elle avait eu, cependant, précédemment une fièvre typhoïde, on lui fit, à trois jours d'intervalle, trois injections de vaccin T. A. B. aux doses de deux tiers de centimètre cube, trois quarts de centimètre cube et un centimètre cube. L'amélioration très sensible survint dès la première injection : fait remarquable, huit heures après celle-ci, les douleurs si vives avaient disparu. Elles revinrent quarante-huit heures après mais pour cesser, cette fois, définitivement après la seconde injection de vaccin T. A. B. En même temps, l'entérite muco-membraneuse, l'albuminurie, guérissaient avec la même rapidité. Cette malade se rétablit entièrement et gagna 17 kilogrammes en trois mois.

Il convient donc d'interroger soigneusement les malades sur leurs antécédents pathologiques.

En outre, on devra pratiquer la séro-réaction de Widal qui donne presque toujours, même dans les cas tardifs, une réponse utile. Enfin, on ensemencera le pus ou bien la sérosité sanguine prélevée sous le périoste. Dans un cas, cet ensemencement resta stérile bien que le malade guérit par la vaccinothérapie.

En conséquence, lorsque la réaction de Bordet-Wassermann est négative et que le traitement spécifique est sans effet, le médecin devra songer à une ostéite typhoïdique ou paratyphoïdique et traiter au plus tôt par le vaccin approprié. Lorsque la suppuration s'est produite ou que l'ostéite se complique de fistule, de fongosités ou de séquestre, l'intervention chirurgicale est nécessaire, mais elle doit encore s'aider de la vaccinothérapie qui accélère la guérison et prévient les rechutes.

La maison maternelle. — C'est la fin de la discussion sur cette importante question. M. Cazeneuve en fait ressortir l'intérêt social, surtout au point de vue de la diminution des infanticides et des avortements, contre lesquels la maison maternelle se montrera un remède efficace.

MM Pinard, Léon Bernard, Bar et Marfan prennent la parole sur des questions de détails, mais tous sont d'accord sur le principe.

Les conclusions de la Commission sont adoptées à l'unanimité.

Un sanatorium marin. — M. Sergent fait un rapport sur une réponse à une demande du ministre relative à l'établissement d'un sanatorium marin pour tuberculeux à San Salvadour, établissement qui dépendrait de l'Assistance publique de la Ville de Paris.

Une discussion s'engage à laquelle prennent part MM. Bar, Sieur, Pinard, Netter, Léon Bernard et Sergent sur la nécessité d'étendre les sanatoriums marins pour tuberculoses osseuses, non seulement pour enfants, mais aussi pour adultes.

Epithélioma d'origine radiologique. — M. Bordier communique son auto-observation, très intéressante et très instructive. Brûlure par les rayons, irritations continuelles par les maniements, les chocs, les traumatismes constants. Formation de plaques épithéliomateuses sur la main, douleurs atroces. Guérison rapide et définitive par un traitement diathermo-électrique.

M. Béclère fait observer que bien probablement la rœntgenthérapie ou la curiethérapie bien appliquée auraient donné le même résultat thérapeutique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 5 mai 1922)

Un cas d'hypertrichose généralisée avec morphologie faciale particulière. — MM. Pagniez et L. de Gennes ont observé une fillette de douze ans, présentant une hypertrichose généralisée qui a débuté dans la première année de la vie. Tout le tégument est recouvert de poils d'une longueur de 1 centimètre. A la face, la barbe est déjà fournie. Le nez, les joues sont revêtus d'un duvet abondant, les sourcils sont épais et durs. La face a un type très spécial donnant dans l'ensemble un aspect canin. On ne constate aucun signe de lésion glandulaire ou nerveuse.

Thromboses artérielles et cardiaques des états hémorragipares. — MM. P. Emile-Weill et Isch-Wall rapportent deux cas d'états hémorragipares au cours desquels se produisirent des thromboses cardiaques et artérielles.

L'un d'eux concerne une mitrale asystolique, qui fit en même temps un infarctus pulmonaire avec une hémoptysie intense et prolongée pendant un mois et demi et un purpura. A l'autopsie, les deux oreillettes étaient remplies de caillots blancs, organisés et adhérents à la paroi, et le poumon gauche renfermait un gros infarctus sous-pleural.

Le second est celui d'un homme, qui au cours d'un grand état hémorragipare, constitué par des hémoptysies, du saignement gingival, des épistaxis, des ecchymoses cutanées, fit des oblitérations de ses deux fémorales, de l'humérale droite à l'autopsie, on trouva outre de caillots adhérents dans les deux oreillettes, des infarctus pulmonaires et des oblitérations artérielles.

Dans le premier cas, l'examen du sang montra l'existence d'un caillot peu rétractile, s'émiettant secondairement, avec sérum jaune, d'un temps de saignement prolongé et variable, et d'une grande diminution des hématoblastes.

Les auteurs à propos de ces deux cas, insistent sur l'association de ces deux états en apparence antinomique, d'hémorragies profuses et de coagulations intravasculaires, et pensent qu'il faut accorder une part aux lésions sanguines dans la genèse des thromboses. Ils rappellent les faits de P. Emile-Weill et Marcel Bloch, qui signalaient l'existence de thromboses veineuses, au cours ou en dehors de la puerpéralité, dans des états hémorragipares chroniques des hémogéniques; mais dans ces cas, il s'agissait d'alternance et non de simultanéité de ces deux syndromes.

Deux cas de souffles continus au niveau de dilatations veineuses de la paroi abdominale. — MM. Huber, Daniel Routier et Wolf présentent deux malades atteints de cirrhose d'origine paludéenne avec volumineuses dilatations variqueuses de l'abdomen. Celles-ci sont le siège d'un frémissement et d'un bruit de souffle localisé, intense et continu. Les auteurs discutent la nature veineuse pure ou artérioveineuse de ces souffles.

Rapport entre les leucocytes du sang des capillaires et ceux du sang veineux dans la scarlatine. — MM. Th. Mironesco et Codreano ont constaté dans 8 cas sur 9 de scarlatine que le nombre des leucocytes est plus marqué dans le sang des capillaires que dans celui des veines. La différence est quelquefois supérieure de un tiers dans le cas de leucocytose accentuée. Dans d'autres maladies (pelvipéritonite, fièvre typhoïde, les auteurs ont noté un rapport inverse, il y avait plus de leucocytes par millimètre cube dans la veine que dans les capillaires. Cette différence de chiffres montre que la leucocytose est due en sa plus grande partie à une modification de la distribution des leucocytes dans les différentes régions de l'appareil circulatoire.

Insuffisance hépatique et acidose au cours de la dysenterie. — MM. Marcel Labbé et H. Bith ont constaté au cours d'une dysenterie bacillaire à évolution bénigne, une hépatite aiguë dont le diagnostic a été posé par l'examen des fonctions du foie et par une acidose intense. L'autopsie a montré une dégénérescence graisseuse aiguë du foie. L'hépatite aiguë est une complication rare de la dysenterie. Ce cas est une preuve des rapports de l'insuffisance hépatique et de l'acidose non diabétique.

Thrombo-angéite oblitérante (non syphilitic arterites obliterares of Hebrews). — MM. A. Gilbert et A. Coury rapportent l'observation d'un malade offrant un tableau complet de cette affection non encore observée semble-t-il en France, et qui se présente avec des troubles circulatoires et trophiques aboutissant à la gangrène. Les principaux caractères sont les suivants : apparition chez les émigrés israélites, russes ou polonais du sexe masculin, d'âge moyen, de la classe laborieuse, fumeurs, non syphilitiques, troubles trophiques et gangrène des extrémités, hyperglobulie, hyperviscosité sanguine, hyperglycémie, diminution du temps de saignement. Les auteurs font à cette affection une place à part dans la séméiologie vasculaire et la distinguent nettement du syndrome de Raynaud et des artérites chroniques oblitérantes syphilitiques ou autres.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 3 mai 1922)

La costotomie postérieure dans le traitement de la pleurésie purulente. — M. Roux-Berger.

Diverticule de l'œsophage. — M. Lenormant fait un rapport sur une observation de M. Lapeyre. Il s'agit d'un diverticule de l'œsophage cervical chez une femme de soixante-trois ans dont la dysphagie devint telle qu'il fallut une intervention consistant dans l'extirpation du diverticule et la suture de l'œsophage. Il y eut une fistule qui se ferma spontanément. Guérison. On a prétendu que, dans ces cas, il fallait pratiquer une gastrostomie préalable. Cela n'est pas toujours nécessaire, ainsi que le prouve cette observation.

Plaie du rectum et de la vessie par empalement. — Second rapport de M. Lenormant sur une observation de M. Courty (de Lille) : chute de 1m50 à califourchon sur un tube métallique, entrée à l'hôpital dix-neuf heures après : rétention d'urine, perforation du rectum et de la vessie, pas de réaction péritonéale, cystostomie, désinfection, guérison.

Asystolie consécutive à des anévrismes artérioso-veineux. — M. Leriche (de Lyon) apporte trois faits nouveaux à ajouter à ceux qu'a produits M. Grégoire.

Le traitement des fibromes par la radiothérapie. — M. J.-L. Faure veut étudier ce que donne la radiothérapie profonde. Il est incontestable que c'est un progrès considérable. On ne saurait contester son efficacité sur les hémorragies, mais si les hémorragies cessent, les fibromes persistent. Il faut aussi reconnaître que lorsqu'il s'agit de petits fibromes douloureux, les rayons atténuent les douleurs. En somme, la radiothérapie donne des résultats très appréciables, mais jamais la guérison complète que donne l'hystérectomie.

Il a semblé à M. Faure que les accidents attribuables à la radiothérapie étaient exceptionnels. Il y a quelquefois une certaine fatigue; dans un cas de fibromes multiples, il y a eu plutôt une prolifération des fibromes. Il y a parfois une certaine action excitatrice. Mais là où la radiothérapie peut devenir vraiment dangereuse c'est dans les cas d'erreurs de diagnostic : kystes de l'ovaire, fibromes compliqués d'altérations annexielles, épithéliomas avec ganglions, fibromes nécrosés, ganglions inflammatoires, adéno-myomes de l'utérus, kystes ovariques épithéliaux. Appliquée aux néoplasmes, elle semblerait plutôt en activer et en aggraver la récidive. A l'appui de ces réflexions, M. Faure apporte un certain nombre d'observations paraissant bien démonstratives. Il insiste surtout sur les dangers de la radiothérapie dans les cancers, développant elle-même les cellules cancéreuses, les diffusant au loin, activant le retentissement ganglionnaire, favorisant, en un mot, l'évolution du cancer.

M. Faure nous donne une statistique de 127 fibromes, sur lesquels il n'a eu qu'un décès. Sur ce nombre, un tiers était justiciable de la radiothérapie, deux tiers l'étaient de l'opération. Les fibromes purs seuls peuvent tirer un bénéfice de la radiothérapie.

On a dit que l'hystérectomie telle qu'on la pratique aujourd'hui ne donnait plus de mortalité. Il faut cependant reconnaître que l'opération comporte quelques risques. M. Faure, en un seul mois, a constaté quatre morts foudroyantes par embolies. Il faut tenir compte aussi de certaines conditions d'ambiance, telles que les épidémies de grippes.

Naguère, l'hystérectomie était le seul traitement des fibromes. Il faut, aujourd'hui, compter avec la rœntgenthérapie et la curiethérapie. Après une critique sérieuse des conditions actuelles, M. Faure conclut que l'opération doit rester le traitement de choix dans les fibromes compliqués et qui seuls sont justiciables de la radiothérapie les fibromes purs, certains, hémorragiques. Elle ne doit être appliquée qu'à bon escient, c'est-à-dire après un diagnostic ferme. Les chirurgiens sont seuls qualifiés pour prendre des décisions.

M. Delbet n'a rien à ajouter à ses premières conclusions qui concordent avec celles qui ont été produites depuis. Il distingue les gros fibromes (fibromes chirurgicaux) des petits fibromes seuls justiciables de la radiothérapie ou mieux encore, selon lui, de la radiumthérapie, seule capable d'amener une disparition complète du fibrome.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 8 avril 1922)

Réactions vaso motrices persistantes consécutives à une injection de certaines substances (métaux colloïdaux notamment) dans la circulation. — M. J. Gautrelet. 1. Le complexe thionine nigrosine constitue un véritable révélateur physiologique permettant de mettre en évidence certaines réactions vaso-motrices persistantes.

2. A l'aide de ce complexe colorant, l'auteur a pu montrer que certaines substances, telles que la peptone et l'argent colloïdal, imprimaient à l'organisme des modifications vasomotrices durables lui permettant de lutter efficacement contre certains facteurs énergiques d'hypotension (explication du pouvoir antichoc de ces substances).

3. Il est intéressant de souligner les stigmates physiologiques vaso-moteurs consécutifs à l'introduction de telles substances et pour mettre en évidence leur mode d'action prolongé et pour expliquer les manières différentes de réagir des individus aux médicaments suivant que leur organisme est sous l'influence de tel ou tel produit d'origine exogène (médicamenteux) ou endogène (héréditaire, pathologique, etc.).

Crises hémoclasiques provoquées par les applications thérapeutiques de rayons X et de radium. — MM. René Bénard et Ed. Joltrain ont recherché, dans plusieurs cas, le choc hémoclasique au cours des traitements par les rayons X fortement pénétrants ou par le radium à fortes doses. Ils ont constaté que les symptômes connus en clinique sous le nom de « mal des irradiations pénétrantes » (Béclère) correspondaient à des chocs caractérisés par leurs quatre caractères essentiels : leucopénie, hypotension artérielle, hypercoagulabilité, chute de l'index réfractométrique. Ils montrent, en outre, que certains de ces signes, loin de s'atténuer rapidement comme il est d'usage dans les autres chocs colloïdoclasiques, peuvent persister pendant fort longtemps. La tension artérielle, notamment chez des hypertendus, peut rester basse pendant plusieurs mois.

Des recherches sont actuellement en cours, tant pour fixer dans quelle mesure on peut tirer partie de cette hypotension prolongée, en cas d'hyertension artérielle permanente que pour parvenir à supprimer les effets pénibles ou nocifs de ces chocs.

Variations de la teneur en anticorps du sérum chez les tuberculeux pulmonaires. — MM. P. Armand-Delille, P. Hillemand et Ch. Lestocquoy ont examiné à plusieurs reprises le sérum de tuberculeux de leur service qu'ils ont suivis cliniquement pendant une longue période. De la lecture des nombreux chiffres qu'ils fournissent, il ressort tout d'abord qu'on peut observer à un moment donné une réaction négative intercalée entre deux réactions positives.

D'autre part, on constate, chez le même malade, des variations considérables sans rapport avec l'évolution clinique, et enfin de grosses modifications cliniques sans variation notable des anticorps.

Action comparée des sources chaudes de Vichy sur la viscosité sanguine, la pression artérielle, l'uricémie et la cholestérinémie. — MM. ROUZAUD et SÉRÉGÉ montrent que l'eau de l'Hôpital détermine de l'hypoviscosité, de l'hydrémie et une hypotension parallèle, tandis que l'eau de la Grande-Grille, donnée seulement à petites doses, maintient la viscosité et la pression artérielle aux chiffres primitifs ou les élève.

L'abaissement de la cholestérine du sérum est plus net avec l'eau de l'Hôpital, tandis que la Grande-Grille paraît influencer plus profondément l'uricémie dont le taux diminue dans d'assez fortes proportions.

Influence de la durée d'irradiation sur les effets déterminés dans le testicule par les applications de radium. — M. Cl. REGAUD. La dose d'un rayonnement peut être considérée comme le produit de deux facteurs : l'intensité du rayonnement et la durée de l'application.

En introduisant dans le centre du testicule, chez le bélier, une aiguille chargée d'une quantité connue et variable d'émanation de radium, en l'y laissant pendant le temps nécessaire pour donner une dose de rayonnement connue, dont on fait varier l'intensité et le temps, on obtient les résultats suivants appréciables d'après le poids de l'organe et l'étude de la spermatogénèse au microscope.

Dans trois cas, la stérilisation n'a pas été obtenue tout à fait complète, par ces doses d'environ 3 1/2, 6 1/2, 13 millicuries détruits, en des temps de trente à quarante-deux heures. La stérilisation a été encore moins complète dans un cas où la dose a été de 15 millicuries détruits en cinq heures et demie environ, malgré des lésions destructives au voisinage du foyer. Par contre, la stérilisation a été complète dans un cas où la dose avait été de 4 millicuries détruits en quatre semaines environ. Dans toutes les expériences, la technique, et en particulier la filtration par un millimètre de platine, a été la même.

L'allongement du temps d'application, sans augmentation de la dose, est donc une condition qui augmente beaucoup l'efficacité de la radiothérapie.

Précision sur le rôle vaso-constricteur pur attribué au splanchnique. L'adrénalinémie consécutive à l'excitation du splanchnique témoigne bien d'une activité sécrétoire des surrénales régie par le système nerveux. Le procès de l'adrénalinémie physiologique : le pour et le contre. — MM. TOURNADE et CHABROL reviennent sur les expériences d'anastomose veineuse surrénalo-jugulaire dont ils ont déjà fait connaître le principe. On sait de quoi il s'agit : la veine surrénale droite du donneur B est abouchée par son extrémité lombaire à la veine jugulaire (bout cardiaque) du transfusé A, puis l'autre extrémité liée en son point d'abouchement cave. De la sorte, la capsule surrénale droite de B dont le sang efférent a subi cette dérivation appartient bien toujours, en ce qui concerne l'innervation et l'apport du sang, à son propriétaire naturel, mais c'est désormais chez A qu'elle déverse son produit de sécrétion interne.

Quand on excite le splanchnique droit de B on observe chez les deux animaux hypertension et hyperglycémie. Chez B, c'est par mécanisme nerveux pur, sans contestation possible si la glande surrénale gauche a été enlevée, et toutes les collatérales de la veine surrénale droite soigneusement liées. Chez A, c'est par mécanisme humoral adrénalinémique : aux preuves fournies par l'hypertension et l'hyperglycémie, s'ajoute la dilatation pupillaire de l'œil, sensibilisé à l'action mydriatique de l'adrénaline par l'arrachement huit ou dix jours auparavant du ganglion cervical supérieur.

Une telle adrénalinémie, en dépit des objections de Popielski que les auteurs s'attachent à réfuter, résulte bien d'une activité sécrétoire de la glande régit par le système nerveux.

L'adrénalinémie consécutive à l'excitation du splanchnique est une réalité expérimentale maintenant bien établie. Si MM. Gley et Quinquaud l'ont niée, c'est en s'appuyant sur des épreuves dont eux-mêmes ont signalé les points faibles et dont la valeur démonstrative paraît extrêmement discutable.

Modifications du sang artériel dans les chocs séro-anaphylactiques et peptoniques. — MM. Ch. ACHARD et E. FEUILLIÉ ont constaté chez le chien que, dans ces chocs, le plasma du sang artériel, primitivement opalescent ou lactescent à la suite d'un repas plus ou moins riche en graisse se clarifie. Dans le choc sérique, les albumoses diminuent; non seulement les albumoses libres, mais celles qui paraissent combinées et que dégage l'eau de chaux. Dans les deux chocs sérique et peptonique, le sucre sanguin augmente et l'acide carbonique combiné diminue. Ces modifications se sont produites dans l'espace de six à huit minutes.

Action des sucs digestifs sur le benzyl-glucoside. — M. RICHAUD a récemment étudié la toxicité de ce glucoside. Ni la salive, ni le suc gastrique, ni la macération de pancréas n'arrivent à la dédoubler, ce qui était à prévoir puisque ni les glandes salivaires ni le pancréas ne renferment d'émulsine. La macération de muqueuses intestinales, bien qu'étant considérée comme contenant ce ferment, n'agit que fort peu sur le benzyl-glucoside, et il est dès lors vraisemblable qu'il passe en nature pour une grande partie, tout au moins dans la circulation. Il reste donc à rechercher ce qu'il devient dans l'organisme, dans quelle mesure et sous quelle forme il est éliminé.

Diagnostic d'un cas de pustule maligne par l'hémoculture. Septicémies à bactéridies de Davaine. — MM. André PHILIBERT et Ch. BIGOT rapportent un cas mortel de pustule maligne dans lequel l'examen bactériologique de la sérosité locale ne permit pas de découvrir, en dehors de cocci en amas ou en chaînettes, aucune trace de bacilles de charbon, tant par l'examen direct sur lame que par culture. Malgré les caractères cliniques évidents de la lésion, cet échec aurait pu faire mettre en doute la nature de l'affection si une hémoculture, pratiquée simultanément, n'eût révélé la présence d'une septicémie à bacilles charbonneux. Les auteurs émettent l'opinion que cette septicémie réputée rare serait peut-être plus fréquente si elle était plus souvent recherchée. Ils insistent sur les dangers d'un examen local négatif et sur la nécessité de pratiquer systématiquement une hémoculture immédiate dans tous les cas douteux.

(SÉANCE DU 29 AVRIL 1922)

A propos de la nature infectieuse de la sclérose en plaques. — M. Auguste PETTIT. Divers germes ont été isolés dans le liquide céphalo-rachidien de la sclérose en plaques, dans des cas isolés, mais nombreux sont les auteurs qui ne sont pas parvenus à les mettre en évidence. L'auteur a obtenu un résultat positif en 1918, et depuis dans quatre observations nouvelles. Il s'agit de microorganismes spirochétoïdes inoculables au singe, au cobaye et au lapin. Il a obtenu pour un cas de ces cas le passage en série sur cinq lapins.

M. André THOMAS. Y avait-il de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien chez ces sujets? Dans la sclérose en plaques, en effet, tantôt elle existe et tantôt elle manque.

Reviviscence d'un chien décapsulé par transfusion de sang veineux surrénal. — MM. TOURNADE et CHABROL rapportent une expérience où par simple transfusion de sang veineux surrénal selon leur méthode habituelle, ils ont obtenu la reprise des battements cardiaques et le relèvement de la pression artérielle chez un chien décapsulé en état de mort apparente.

Influence de la décapsulation totale puis de la transfusion du sang veineux surrénal sur la pression artérielle, Réalité d'une sécrétion d'adrénaline en dehors de toute excitation artificielle du nerf splanchnique. — MM. A. TOURNADE et M. CHABROL.

Le rythme alternant de la multiplication cellulaire et la radiosensibilité du testicule. — M. REGAUD. La stérilisation du testicule résulte de la destruction des spermatogonies. Ces cellules qui se divisent toutes ensemble par groupes ou par poussées largement espacées le long du cycle spermatogonique, passent donc par des alternatives de sensibilité exquise et de sensibilité moindre; les périodes de sensibilité exquise correspondent au moment de la division.

Il en résulte que si l'on maintient le testicule dans un champ de rayonnement continu, d'intensité faible mais suffisante pour tuer les spermatogonies en division, toutes ces cellules

dans tout l'organe auront au bout d'un certain temps passé par leur période de sensibilité exquise dans le champ du rayonnement mortel.

C'est ainsi que s'explique la stérilisation d'un organe tel que le testicule, par une irradiation continue de faible intensité, avec une petite dose totale.

Recherches expérimentales sur le diabète insipide et le syndrome adiposo-génital. — MM. Percival BAYLEY et Frédéric BREMER ont fait une série de piqûres de l'hypothalamus sur le chien afin de contrôler les résultats de l'ablation de l'hypophyse par la voie temporale de Paulesco et Cushing. Les résultats de vingt-quatre piqûres peuvent être résumés comme suit :

1° Une lésion de la région para-infundibulaire chez le chien provoque avec certitude de la polyurie.

2° Cette polyurie a tous les caractères du diabète insipide chez l'homme.

3° Ce diabète insipide expérimental ne dépend pas de la suppression d'une régulation nerveuse ou vaso-motrice du rein.

4° La piqûre du tuber cinereum a produit chez deux chiens une cachexie « hypophysaire », avec dégénération testiculaire chez l'un d'eux, et chez deux autres chiens le syndrome adiposo-génital. Ces animaux avaient une polyurie permanente. Dans chaque cas, l'intégrité de l'hypophyse a été vérifiée histologiquement. Ces expériences confirment celles publiées par Camus et Roussy depuis 1913.

Hermaphrodisme expérimental. — M. Knud SAND (de Copenhague), fait une conférence sur ses expériences d'implantations de glandesséminales chez l'animal mâle. Chez un animal infantile castré, l'implantation de testicule et d'ovaire produit un développement marqué du pénis et des glandes mammaires avec sécrétion lactée parfaite, développement des caractères psychosexuels bisexués. La transplantation intratesticulaire d'une greffe d'ovaire produit de l'hermaphrodisme même chez des animaux pubères.

Action du bismuth, en tant que corps simple, dans la syphilis. — MM. SAZERAC et LEVADITI se sont demandé si le bismuth en tant que corps simple, libre de toute combinaison chimique, possédait un pouvoir antisyphilitique comparable à celui des dérivés étudiés par eux antérieurement. Ils relatent des expériences, sur des lapins porteurs de lésions à tréponèmes, traité par le bismuth précipité à l'état de division extrême. Déjà à la dose de 0gr01 par kilogramme d'animal, ce métal guérit rapidement et définitivement la syphilis expérimentale du lapin. Ces essais montrent que le bismuth constitue à lui seul, un spécifique actif contre la syphilis. Il est du reste suffisamment peu toxique pour pouvoir être employé en thérapeutique humaine. Il vient d'être expérimenté sur une grande échelle par MM. Fournier et Guénot dont les résultats sont concluants.

Insuffisance thyroïdienne et stérilité. — MM. L. CORNIL et H. VIGNES, à propos d'une femme qui était venue consulter pour stérilité avec ménorragies et signes d'insuffisance thyroïdienne et qui devint enceinte aussitôt après ingestion d'un extrait thyroïdien, montrent comment l'insuffisance thyroïdienne peut empêcher la fécondation ou la nidation d'un œuf fécondé, et comment, d'autre part, elle peut entraîner plus tard l'expulsion d'un œuf nidé.

Par ailleurs, dans le cas qu'ils rapportent, le tableau clinique observé au cours de la gestation et l'examen macroscopique du délivre étaient tels qu'on pouvait porter le diagnostic d'endométrite déciduale. Or, l'examen histologique ne montra aucun signe d'infection et permit de conclure à une « fausse endométrite ». Dans les cas très variés qu'on groupe sous le nom d'endométrites déciduales, il faut faire une place aux fausses endométrites, et, en particulier, à celles qui reconnaissent comme origine un trouble endocrinien. Dans l'espèce, l'insuffisance thyroïdienne avait déterminé une véritable dysgénésie de la caduque.

(SÉANCE DU 6 MAI 1922)

Action thérapeutique du bismuth, en tant que corps simple, dans la syphilis humaine. — MM. FOURNIER et GUÉNOT ont traité cent syphilitiques par le bismuth précipité, la suspension dans l'huile ou dans une solution isotonique, préparation dont MM. Sazerac et Levaditi ont établi l'efficacité dans la syphilis expérimentale du lapin. Le bismuth précipité exerce sur la syphilis à ses diverses périodes une action thérapeutique analogue et pour le moins aussi énergique que celle des autres composés employés jusqu'ici. Ainsi administré, le bismuth ne provoque aucune réaction locale douloureuse ou irritative et semble déterminer plus rarement les inconvénients buccaux que les autres préparations bismuthiques, bien que celles-ci soient notablement moins riches en bismuth. Le passage dans le sang, la diffusion et l'élimination du bismuth ont été facilement constatées.

La parfaite tolérance au bismuth précipité, la facilité de son emploi, surtout en suspension dans une solution isotonique, son efficacité thérapeutique en font certainement une des formes les plus recommandables du traitement bismuthique de la syphilis.

Vaccination de l'homme par la neurovaccine. — M. JANCOU a vacciné avec la vaccine adaptée et cultivée dans le cerveau du lapin, par Levaditi et Nicolau, 30 nouveau-nés et 289 adultes. Ces derniers appartenaient au service de M. A. Marie, à Sainte-Anne. Il a obtenu les résultats suivants :

Sur 30 nouveau-nés, 21 résultats positifs, soit 70 p. 100; sur 289 adultes, 108 résultats positifs, soit 37 p. 100. En tout, sur 319 cas de vaccination, 129 succès, soit 40,44 p. 100. Etant donné que l'auteur s'est adressé à des nouveau-nés (on sait que la meilleure époque de vaccination entre trois et six mois) et adultes en partie déjà vaccinés, il s'ensuit que la neurovaccine fournit des résultats au moins comparables à la vaccine habituelle.

Le grand avantage consiste dans le fait que cette vaccine étant dépourvue de tout germe d'infection secondaire, les cas de complication (œdème, inflammation) ne se produisant que chez les sujets hypersensibles à la vaccine. L'auteur n'a observé, d'ailleurs, qu'un seul cas compliqué d'inflammation, lequel a vite cédé à un traitement local approprié.

MM. CHAUFFARD, BRODIN et GRIGAUT montrent que, en opposition avec les syndromes d'hyperuricémie observés dans la goutte, la gravelle, les néphrites, on peut observer des **états hypo-uricémiques** dont ils rapportent plusieurs exemples. Catte hypo-uricémie semble en rapport avec une réduction des échanges azotés portant surtout sur les nucléoprotéides.

Glande thyroïde et anaphylaxie. — MM. L. KÉPIGOW et A. LANZENBERG. Dans une note précédente (28 janvier 1922), les auteurs ont exposé que les cobayes ayant subi la thyroïdectomie totale peuvent impunément recevoir des injections de sérum de cheval sans présenter le phénomène du choc anaphylactique.

Leurs premières expériences laissaient bien supposer que la glande thyroïde intervient dans la préparation de la substance sensibilisante. Ils ont cherché, dans le présent travail, à vérifier cette supposition par l'étude de l'anaphylaxie passive chez les animaux thyréoprives.

De l'ensemble de leurs expériences, il résulte :

1° Que les animaux éthyroïdés peuvent être sensibilisés passivement; ils présentent le phénomène du choc quand, ayant reçu du sérum d'animaux non opérés sensibilisés, on pratique sur eux l'injection déchaînante;

2° Que les animaux éthyroïdés ne possèdent pas dans leur sérum, après les injections préparantes, la substance qui confère l'anaphylaxie passive à des animaux, soit non opérés, soit thyréoprives.

Il faut bien admettre, par conséquent, que la glande thyroïde joue un rôle primordial dans le phénomène de l'anaphylaxie. Cette notion semble très importante au point de vue de la pathologie générale.

Action comparée de certains purgatifs sur la cholestérinémie. — MM. LOEPER et E.-M. BINET étudient l'action des purgatifs sur la cholestérinémie.

Le taux de la cholestérine circulante s'abaisse constamment après trois et même deux jours de purgation avec le sulfate de soude, la phtaléïne et la rhubarbe. Mais le premier de ces produits agit beaucoup plus énergiquement que les autres puisqu'il réduit souvent la cholestérine de 0,50 à 0,60 centigrammes, alors que les autres provoquent une réduction de

quelques centigrammes seulement. Les auteurs concluent que le sulfate de soude est un agent très puissant de décholestérinisation.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 12 AVRIL 1922)

Sur les propriétés de l'iode pur. — M. J. LAUMONIER. L'iode pur sous forme d'iode colloïdal électrochimique possède des actions distinctes de celles des iodures. L'iode colloïdal s'accumule dans l'organisme, a une action douce, progressive. Germicide et antitoxinique, il élève l'index opsonique, augmente la viscosité de sang et décongestionne le poumon. Injecté, il a une efficacité remarquable dans le traitement de la tuberculose, alors que l'iode de la teinture est en partie modifié par le véhicule ou fixé par les aliments.

Le traitement iodé de la tuberculose. — M. L. LAFAY. Les guérisons, non seulement cliniques, mais réelles et durables, obtenues dans la plupart des cas de tuberculoses pris au hasard, qu'a eu l'occasion de traiter M. le docteur Boudreau, ont été obtenues par l'emploi interne de la teinture d'iode, à doses fractionnées et progressives allant parfois jusqu'à 1.000, 1.500, 2.000 gouttes par jour.

Le laboratoire et la clinique s'accordent à démontrer que l'huile iodée à 54 p. 100 (Lipiodol) ménageant au maximum les voies digestives, rend les mêmes services, avec une facilité d'administration bien supérieure et une tolérance illimitée, même chez les sujets les plus réfractaires aux iodiques.

On peut en effet choisir, au gré du malade et du médecin, l'injection intramusculaire, la voie intratrachéale, et même l'injection intraveineuse dans certains cas particuliers. L'administration buccale est même tout à fait permise avec l'huile iodée à 54 p. 100, ce médicament n'étant pas touché par le suc gastrique et n'étant saponifié qu'au contact du suc pancréatique.

C'est ainsi que l'huile iodée à 54 p. 100 donne des résultats remarquables dans les tuberculoses pulmonaires fibreuses, torpides, sclérosantes, etc., surtout quand elles s'accompagnent d'asthme et d'emphysème. Mais son pouvoir curatif est bien plus manifeste encore dans les pseudo-tuberculoses pulmonaires : mycoses, oosporoses, moniliases, spirochétoses, etc., qui ne sont pas simplement améliorées, mais radicalement guéries parfois même après un seul traitement de quinze à vingt injections.

A propos du traitement des hémoptysies. — M. René GAULTIER étudie la pathogénie des hémoptysies et croit que les plus fréquentes sont les hémoptysies fluxionnaires ou congestives à cette pathogénie hypertensive s'adapte la médication hypotensive par l'extrait aqueux de gui, qu'il utilise depuis 1906.

Il admet néanmoins les hémoptysies par processus ulcéreux qui relèvent d'une autre thérapeutique.

Avantages des médications coagulantes pour combattre les hémoptysies tuberculeuses. — M. G. CAUSSADE préconise ces médications qu'il réalise avec les vasodilatateurs ou les hypotenseurs (sérum de Dufour, rétropituitive). Il montre que la rétropituitive agit comme coagulant et a donc des actions complexes.

De l'action du lait, des vins, de la bière et du cidre sur la teinture d'iode. — M. R. HUERRE montre que l'addition de teinture d'iode aux boissons usuelles provoque une disparition immédiate d'une partie de l'iode libre, variant en rapidité avec le vecteur. La disparition de l'iode libre sera totale si le rapport des volumes, teinture d'iode et vecteur, dépasse une certaine valeur.

La valeur curative de la thérapeutique iodée ne paraît pas imputable à l'action de l'iode libre.

Sur le formulaire des médicaments à nom déposé. — M. G. BARDET s'élève une fois de plus contre l'emploi du mot urotropine, qui paraît être encore officiellement adopté, puisqu'une circulaire de la direction des fraudes l'utilise.

Prescrire de l'urotropine, c'est prescrire le produit allemand, alors que l'hexaméhylène-tétamine se fabrique fort bien en France et en Belgique.

Thérapeutique des algies. — M. CAMESCASSE pense que la multiplicité des calmants est un des facteurs indispensables pour améliorer ou guérir certaines algies.

Immunisation par injections au moyen de nouveaux vaccins homogènes. — M. Aug. LUMIÈRE essaie d'expliquer les résultats variables de cette technique. Les insuccès tiendraient à l'absence d'homogénéité des préparations. Il réalise cette homogénéité indispensable au succès en utilisant des solutions de saccharose ou de glucose qui maintiennent les éléments en suspension.

PRATIQUE MÉDICALE

LES SELS ARSENICAUX DANS LE TRAITEMENT GÉNÉRAL DE LA BLENNORRAGIE ET SES COMPLICATIONS

M. Lévy-Weissemann rapporte dans le *Journal d'urologie* (t. XII, n° 2, p. 93 et suiv.) un certain nombre d'observations qui démontrent clairement la grande efficacité des sels arsenicaux contre le gonocoque : 1° dans l'urétrite blennorragique elle-même; 2° dans les complications épididymaires; 3° dans les prostatites blennorragiques aiguës; 4° dans les prostatites blennorragiques chroniques.

« Leur action renforce celle des traitements habituels, probablement en modifiant le terrain, et permet d'abréger considérablement la durée des accidents morbides. Une des observations montre la guérison, en vingt jours, d'une poussée de prostatite chez un malade dont une première atteinte avait demandé trois mois de traitement. Les sels arsenicaux sont également très utiles dans les épididymites dont ils suppriment rapidement la douleur et abrègent l'évolution. Ils paraissent même supérieurs aux vaccins en procurant la guérison lorsque ceux-ci ont échoué.

Jusqu'à nouvel ordre, et en attendant que leur mode d'action sur le gonocoque soit bien élucidé, on ne doit les considérer que comme un adjuvant du traitement local, grands lavages, massages prostatiques, dilatation, dont l'action détersive, mécanique et dynamique conserve toujours la première place dans le traitement de la blennorragie. »

Les doses utiles de fer arsenical doivent nécessairement varier avec chaque cas particulier et avec la préparation choisie, en ce qui concerne le sulfarsenol il a suffi de trois à dix piqûres de 0g18 à 0g24 pour enrayer le développement du gonocoque et obtenir la stérilisation des sécrétions urétrales.

L'auteur a eu soin d'étudier la susceptibilité du malade en commençant par la faible dose de 0g12 et il n'a jamais dépassé 0g24. La voie intramusculaire semble présenter une efficacité suffisante, en même temps qu'elle supprime les inconvénients des injections intraveineuses dans un traitement qui doit permettre au malade de vaquer à ses occupations.

HYGIÈNE SOCIALE

LA PROPHYLAXIE DE LA SURDITÉ

Notre confrère le docteur G. de Parrel vient d'étudier longuement dans le *Journal des praticiens* (11 mars 1922) cette question si importante au point de vue social. Il termine son étude par des conclusions que nous croyons utile de reproduire :

1° Il est certain qu'on pourrait raréfier les troubles auditifs chez l'enfant en réglementant le *mariage des syphilitiques* et en déconseillant les *unions consanguines* surtout chez les descendants de familles atteintes de surdité.

Naturellement, il faut traiter, par les procédés actuellement en usage, les parents syphilitiques, la femme syphilitique ou présumée telle en état de grossesse et le nourrisson issu de parents syphilitiques.

2° En instruisant les mères des règles de l'*hygiène otorhino-pharyngée*, en leur apprenant à ne jamais négliger les *écoulements d'oreille* et à accepter sans hésitation l'intervention du spécialiste pour dégager les voies aériennes supé-

rieures ou les désinfecter, on diminuerait beaucoup le nombre des sourds adultes.

3° Ne pas oublier que la majorité des cas de surdité chez l'adulte ont leur point de départ dans les *affections rhino-pharyngées* de l'enfance, siégeant au niveau du cavum, des fosses nasales, des amygdales et du pharynx, et dans les *otites des nourrissons* si fréquentes.

4° Si les médecins inspecteurs des écoles, les instituteurs et les infirmières scolaires exerçaient en collaboration *une surveillance active des élèves au point de vue acoustique et respiratoire*, beaucoup de surdités au début seraient dépistées assez à temps pour qu'on puisse s'attaquer efficacement à la maladie causale.

5° Il y aurait intérêt à ouvrir près des grands centres d'instruction des *cliniques scolaires* où un oto-rhino-laryngologiste procéderait régulièrement à l'examen de tous les élèves et où lui seraient présentés les enfants malentendants et otorrhéiques. On éviterait ainsi l'installation et la consolidation de nombreux troubles auditifs.

6° Contre la *surdité professionnelle* chez les ouvriers soumis à un surmenage auditif intense ou à des différences très fortes de pression, il faut pour ces derniers édicter des règlements sévères d'entrée et de sortie dans le travail des caissons et sélectionner le personnel; quant aux premiers, il convient de leur donner le moyen d'amortir les chocs sonores et aériens par le port d'appareils protecteurs très simples.

L'importance sociale de l'audition n'est pas à démontrer : l'infériorité du sourd est manifeste en toutes circonstances. Le devoir du médecin est donc d'attirer l'attention des instituteurs et des parents sur la question de la prophylaxie de la surdité et des mesures qu'il convient de prendre en ce sens. Une telle action, méthodiquement poursuivie, ne peut être qu'efficace : le nombre des infirmes de l'audition diminuera et, de ce fait, le rendement-travail de la collectivité sera accru. En ce qui concerne l'assistance aux sourds-muets, les charges de l'État seront allégées. Ces avantages valent bien un effort de prophylaxie.

LIVRES NOUVEAUX

Conférences pratiques sur l'alimentation des nourrissons [3e édition] (1), par le professeur P. Nobécourt, professeur de clinique médicale des enfants à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Rien de plus capital en médecine infantile que l'alimentation des enfants, rien de plus difficile dans bien des cas. Les idées qui ont été émises à ce sujet sont aussi nombreuses que souvent contradictoires. Aussi importe-t-il d'avoir, pour se guider, le résultat de l'expérience acquise par ceux qui se sont spécialisés dans cette étude et qui, dès lors, sont capables de mettre cette question au point en faisant profiter le lecteur de leurs vues personnelles. C'est en cela que les conférences pratiques sur l'alimentation des nourrissons faites par le professeur Nobécourt acquièrent une valeur toute spéciale, reflet de l'école du professeur Hutinel.

Le praticien aussi bien que le médecin qui s'attache à la partie scientifique de ce problème, trouvera dans les chapitres de ce volume tout ce qui peut l'intéresser et tout ce qui lui est utile pour la pratique journalière où l'alimentation des nourrissons a une si grande part.

Le sujet de ces conférences suffit, d'ailleurs, à se rendre compte de l'étendue du sujet : 1e L'hygiène alimentaire du nourrisson. Le nourrisson normal. Sa croissance. Ses besoins alimentaires; 2° Allaitement naturel. Le lait de femme; 3° Technique de l'allaitement naturel; 4° Allaitement maternel et allaitement mercenaire; 5° Hygiène des nourrices. Troubles provoqués par un allaitement naturel défectueux; 6° Allaitement artificiel. Le lait de vache; 7° Production et conservation du lait de vache destiné aux nourrissons; 8° Procédés de correction du lait de vache destiné à l'allaitement artificiel; 9° Technique de l'allaitement artificiel. Allaitement mixte; 10° Troubles et affections causés par un allaitement artificiel défectueux; 11° Lait de chèvre. Lait d'ânesse. Comparaison de l'allaitement naturel et de l'allaitement artificiel; 12° Ablactation et sevrage. Leurs principes. Les aliments utilisés; 13° Technique du sevrage. Troubles provoqués par un sevrage mal conduit; 14° Protection des mères nourrices et des nourrices mercenaires; 15° Protection des nourrissons; 16° et 17° Les aliments destinés aux nourrissons malades; 18° et 19° L'alimentation des nourrissons présentant des troubles digestifs; 20° L'alimentation dans divers états pathologiques. Mesures d'hygiène sociale destinées à permettre l'alimentation des nourrissons malades.

Le nom de l'auteur, le succès de ses autres livres et de celui-ci, qui en est déjà à sa troisième édition, sont la meilleure garantie de réussite pour un tel volume.

L. BABONNEIX.

(1) In-8, 320 pages. — Paris, Masson et Cie.

Le docteur Henry Dauchez (1), par le P. Léon Dauchez. Préface du docteur Le Bec.

Voilà un livre touchant, la vie d'un de nos confrères qui fut un exemple de toutes les vertus, racontée par son fils, le père Léon Dauchez.

Pour ceux qui, comme nous, ont connu cet homme simple, modeste, serviable, dévoué à de bonnes œuvres, catholique fervent, ce livre nous le montre plus estimable encore, en nous apprenant beaucoup d'autres qualités que, dans son extrême modestie, il tenait soigneusement cachées.

Ardent patriote, ayant toujours prêché le relèvement de la natalité de la France, il a commencé par donner lui-même l'exemple, ayant eu onze enfants qu'il a élevés dans ses croyances, comme dans ses principes d'humanité, de dévouement aux faibles.

Ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique adjoint à l'hôpital des Enfants-Malades, secrétaire général de la Société médicale de Saint-Luc, Dauchez a exercé la médecine pendant trente ans; outre sa clientèle, il s'était donné la charge d'une crèche, d'un asile des Petites Sœurs, d'une maison de détention, d'un refuge du Bon-Pasteur, etc.

Il a dédié aux missionnaires, avec des secours matériels, un *Guide médical* qui est un petit chef d'œuvre de précision et que chaque missionnaire devrait avoir en poche.

Ses collègues ont pu dire de lui qu'il avait été, par sa valeur morale, l'honneur du Corps médical. C'est notre avis, c'est aussi l'avis de notre collègue Le Bec qui a bien voulu écrire, pour ce livre, une préface des plus élogieuses.

A. BROCHIN.

Jusqu'au seuil (2), roman par E. Casteuil.

Un médecin s'éprend d'une femme mariée dont il soigne le mari. Lui-même n'est pas indifférent à la jeune femme. Mais il se dresse contre le médecin un obstacle capital : le serment d'Hippocrate!

Tel est le sujet de ce roman paramédical dont l'action se passe à Nice, dans un cadre merveilleux fort poétiquement dépeint.

L. G.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Etudes cliniques et radiologiques sur les maladies de l'appareil respiratoire, par Emile Sergent, professeur de clinique médicale propédeutique, médecin de la Charité, membre de l'Académie de médecine. In-8 de 47 figures dont 32 planches hors texte. — Prix : 25 francs. — Paris, A. Maloine et fils.

L'Hypertension artérielle (Actualités médicales), par les docteurs Maurice Perrin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, et G. Richard, médecin consultant à Royat. In 16 de 112 pages avec figures. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) In-8. — Prix : 4 fr. — Paris, G. Beauchesne.
(2) In-8. — Prix : 5 fr. net. — Paris, A. Maloine et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

INAUGURATION DU MONUMENT ÉLEVÉ, DANS LA COUR DE L'HOTEL-DIEU, A LA MÉMOIRE DE JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Cérémonie très touchante dans sa simplicité et qui a prouvé que la gloire de ce grand novateur, près de dix ans après sa mort, est restée intacte, que l'admiration et la reconnaissance que lui valurent ses travaux et ses découvertes lui sont restées fidèles.

Public de choix : la famille, la Faculté et les hôpitaux largement représentés par MM. Quénu, Achard, Sergent, Jalaguier, Savariaud, Alglave, Siredey, Béclère, Gilbert, Souques, etc.; le Corps de santé par M. le médecin inspecteur général Sieur, M. Rouvillois, etc., et un grand nombre d'anciens amis ou d'anciens élèves du maître.

C'est M. Strauss, ministre de l'Hygiène, qui préside. Il donne successivement la parole à MM. Simpson Hendley, professeur de chirurgie à Londres; Depage (de Bruxelles); Gariel, au nom du Touring club; Bazy, au nom de l'Académie des sciences; Hartmann, au nom de l'Académie de médecine et de l'Hôtel-Dieu; Sebileau, au nom de la Société de chirurgie; Michon, comme président de l'Institution de l'enseignement dans les hôpitaux et ancien élève du maître; M. Strauss, au nom du gouvernement.

Ces huit discours, éloquents dans leur brièveté, ont fait revivre devant nous cette belle figure chirurgicale, ardente, énergique, progressiste, audacieuse qui a marqué sa place, et une belle place, dans l'histoire de la chirurgie contemporaine, comme introducteur, en France, de la méthode antiseptique, dont il fut le véritable apôtre. Il ne fallait rien moins qu'un lutteur de sa force pour arriver à convaincre ses maîtres et ses collègues. Il y arriva et ce fut un grand bienfait pour l'humanité. Si l'on ajoute, à ce titre, les progrès réalisés par Lucas-Championnière qui nous enseigna la résection du genou, la trépanation préventive, la cure radicale des hernies, le traitement des fractures par le massage et la mobilisation précoce, etc., on reconnaîtra qu'il est bien digne de ces éloges et qu'il peut être considéré comme un bienfaiteur de l'Humanité.

Après les discours, le beau monument dû à l'éminent sculpteur qu'est notre ami M. le professeur Paul Richer fut remis solennellement à l'Assistance publique. A. BROCHIN.

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 11 mai. — MM. Salomon, 19,45; Tinel, 20; Richet (Ch.), 19,18.

Séance du 13 mai. — MM. Touraine, 19,45; Bénard (René) et Huber, 19,36.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 11 mai. — MM. Leveuf et Lorin, 18; Pascalis, 17; Gouverneur, 18.

Séance du 12 mai. — MM. Desplas, 19; Maurer et Charrier, 17; Madier, 18.

Sont déclarés admissibles : MM. Desplas, 68; Rouhier, 67; Brocq et Métivet, 62; Bergeret, 61; Leveuf, Lorin et Charrier, 60; ex æquo d'admissibilité : M. Madier.

— CONCOURS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 11 mai. — MM. Ramadier et Miégeville, 20.

Epreuve de médecine opératoire. — Séance du 13 mai. — MM. Rouget, 20; Miégeville, 18; Bloch, 19; Bonnet, 17; Halphen, 20; Dufourmentel, 19; Ramadier, 17.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER — M. Leenhardt, professeur agrégé, a été chargé du cours de clinique des maladies des enfants pour l'année 1921-1922.

M. Aimes, ancien chef de clinique, est chargé à nouveau

de ces fonctions, du 1er janvier 1922 à la fin de l'année scolaire, en remplacement de M. Delord, démissionnaire.

M. Pagès, délégué dans les fonctions de moniteur de clinique chirurgicale, est titularisé dans ces fonctions à partir du 1er mars 1922.

M. Cambon, chargé depuis le 13 décembre 1921 des fonctions d'aide préparateur de médecine opératoire, est titularisé dans ces fonctions à partir du 1er février 1922.

FRANCE ET ESPAGNE. — Le voyage médical en Espagne, dont nous avons parlé à différentes reprises, s'est terminé il y a quelques jours. Notre ami, le Dr Clément Simon, rédacteur en chef du *Bulletin médical*, qui représentait l'Association de la Presse médicale française, a bien voulu nous communiquer ses impressions sur ce voyage d'études qui fut, en tous points, réussi.

C'est par Barcelone que le voyage a débuté. Les médecins catalans qui, l'an dernier, avaient fait une visite à Paris, ont réservé un accueil inoubliable aux médecins français. Guidés par le doyen, M. Martinez Vargas, par les professeurs de la Faculté et les membres de l'Ecole catalane, nos confrères ont pu admirer les beaux laboratoires et les services hospitaliers de la ville. Ils ont pu apprécier aussi l'hospitalité catalane dont ils ont gardé un souvenir reconnaissant.

Puis ce fut Valence où le Collège officiel des médecins, la Faculté de médecine et l'Institut médical valencien ménagèrent aux médecins français une réception d'une splendeur inégalée.

A Madrid, l'éminent doyen Recasens fut le guide exquis de nos confrères au milieu des richesses scientifiques de la belle capitale et de ses trésors artistiques.

Tolède, puis Valladolid et Burgos menèrent les médecins français d'enchantement en enchantement.

Pendant toute la durée du voyage, M. le doyen Roger fut, comme l'an dernier en Pologne, le bon ambassadeur de la science française. Il sut, en toute occasion, exprimer comme il le fallait, les sentiments de sympathie et d'admiration des médecins français. A côté de lui il faut citer MM. les prof. Forgue (de Montpellier), Mouriquand (de Lyon), Marcel Labbé (de Paris), MM. Mauriac (de Bordeaux), Chiray, Weill-Hallé, et j'en passe, qui exposèrent brillamment quelques-unes des questions à l'ordre du jour.

Mais que dire du charme de ce voyage, de la splendeur des réceptions ! La France se doit de faire un effort pour recevoir à son tour dignement les médecins espagnols qui se proposent de lui rendre visite.

Notre confrère Mathé nous apprend, en effet, qu'au mois d'octobre prochain, un groupe de médecins espagnols a l'intention de visiter les facultés de Bordeaux, Paris, Strasbourg, Lyon et Montpellier. La Faculté de Madrid compte déjà parmi ses représentants le prof. Recasens, son illustre doyen, accompagné des prof. Marañon, Tapia et Pittaluga.

M. Mathé nous signale, en outre, que le Dr Eleizégui, directeur d'*España medica*, continuant les voyages médicaux qu'il avait organisés avant la guerre avec le concours de l'U. M. F. I. A., prépare pour le mois de juin une excursion scientifique de praticiens espagnols à Paris, et peut-être à Lyon.

LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE. — La loi portant modification de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine vient d'être promulguée. En voici le texte :

« ARTICLE UNIQUE. — L'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 est modifié ainsi qu'il suit :

« Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de seize inscriptions, et les étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité et étant, dès lors, munis de vingt inscriptions, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

« Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois ; elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

« Toutefois, pour les étudiants en médecine soumis encore à l'ancien régime comportant au maximum seize inscriptions, l'autorisation en question pourra continuer à leur être accordée, comme précédemment, lorsqu'ils auront leurs seize inscriptions, ou au moins douze s'ils sont internes des hôpitaux ou hospices français. » (*J. O.*, 13 mai 1922.)

JURISPRUDENCE ET LEGISLATION

BAIL A LOYER

PROROGATION LÉGALE. PROFESSION COMPORTANT DES RAPPORTS AVEC LE PUBLIC. ÉTAT DE CHOSES CONNU DU PROPRIÉTAIRE.

Dans un précédent numéro de la *Gazette des hôpitaux* (1), nous avons indiqué que les constatations de fait, sur lesquelles s'appuie la Commission arbitrale pour rendre sa décision, sont souveraines. La Commission supérieure de la Cour de cassation, dans un arrêt du 29 juillet 1921, a fait application de ce principe dans les termes suivants :

« Sur les deux premiers moyens, pris de la violation de l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 :

Attendu que le pourvoi reproche à la sentence d'avoir accordé à M... la prorogation professionnelle sans avoir égard à la destination de la location et sans constater le consentement du propriétaire à l'exercice d'une profession dans les lieux loués ;

Mais attendu qu'à l'appui de sa décision, la sentence relève : 1° que M... locataire d'avant-guerre, à Paris, d'un appartement appartenant à la dame S..., en dehors de ses fonctions de ministre officiant du culte israélite, au temple de la rue Buffault, donne, dans ledit appartement, l'enseignement religieux à des élèves dont la rémunération contribue aux ressources sur lesquelles il peut compter pour le paiement de son loyer ; 2° que l'exercice de cette profession comporte des rapports avec le public, et un aménagement spécial des locaux ; 3° qu'il n'y a pas lieu de s'arrêter à l'objection tirée d'un changement qui aurait été apporté à l'usage des lieux loués, alors, d'une part, que l'engagement de location n'interdit, en aucune manière, à M... l'exercice d'une profession libérale, alors, d'autre part, que la bailleresse connaissait, au moment du contrat, la qualité de M... et que ce dernier a toujours reçu ses élèves à son domicile, au su et au vu de la propriétaire, sans protestation de la part de cette dernière ;

Attendu que ces constatations de fait qui sont souveraines justifient la prorogation professionnelle que la décision attaquée a accordée à M... ;

Sur le troisième moyen pris de la violation des articles 49, 56 et 58 de la loi du 9 mars 1918 et 7 de la loi du 20 avril 1810.

Attendu que le pourvoi fait grief à la décision de ne pas avoir fixé le point de départ de la prorogation accordée ;

Mais attendu que la seule question soumise à la Commission arbitrale était relative à la durée de la prorogation ; qu'aucune contestation n'était soulevée sur son point de départ et que, par suite, la Commission n'avait pas à se prononcer sur une question dont elle n'était pas saisie.

Par ces motifs,

Rejette... »

Sur la deuxième partie de l'arrêt, il était évidemment que la Commission supérieure ne pouvait statuer sur une question qui n'avait pas été soulevée devant les premiers juges ; elle ne peut statuer que sur l'objet du débat dont ceux-ci sont saisis.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 27, p. 418.

A PROPOS

DU

TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE PULMONAIRE

Par F. DUMAREST (d'Hauteville).

Il a été beaucoup question ces derniers temps de gangrène pulmonaire, et il semble bien, en effet, que cette redoutable affection se soit montrée plus commune depuis la guerre qu'elle ne l'était autrefois. Personnellement, j'ai eu l'occasion d'observer et de suivre récemment cinq cas qui ont été soumis à des traitements différents et ont eu des issues diverses. Sans entrer dans le détail de leur histoire, j'en dégagerai brièvement les enseignements.

Mme G... [malade du docteur Ruyssen, de Montalieu, Isère], jeune femme d'une trentaine d'années, est traitée depuis deux mois pour une affection pulmonaire grave, cachectisante, accompagnée d'hyperthermie et d'hémoptysies, très pauvre en signes d'auscultation, et qu'en l'absence de signes de certitude on a trop longtemps cataloguée tuberculose pulmonaire. Lorsque je suis appelé auprès d'elle, elle vient de faire une pleurésie avec épanchement, d'abord scissurale, puis généralisée à droite. L'examen des crachats impose le diagnostic d'abcès gangréneux du poumon droit. La radiologie, pratiquée quelques jours après, montre, en effet, une grosse lésion juxta-scissurale ulcéreuse, unilatérale.

Je propose et tente aussitôt un pneumothorax : malheureusement, il y a déjà des adhérences et je ne puis réaliser qu'un pneumothorax partiel qui ne comprime pas la lésion principale. Malgré le traitement sérothérapique antigangréneux institué concurremment, la situation s'aggrave. On décide alors, d'accord avec le professeur Bérard, un drainage chirurgical direct du foyer de la lésion qui est pratiqué par ce dernier dans la région adhérentielle, sans ouverture de la plèvre. Cette opération ne réussit pas à enrayer les accidents, et la malade succombe trois mois après le debut de l'affection.

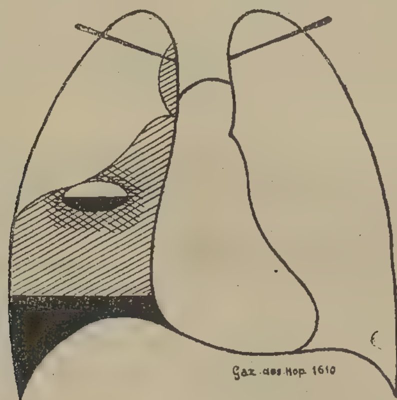


FIG. 1.

Le schéma radiologique ci-joint (fig. 1), établi après la création du pneumothorax, montre bien pourquoi ce dernier a été inefficace. L'insuccès est dû aux adhérences précoces qui ont accompagné la pleurésie et qui étaient déjà irréductibles au moment où le pneumothorax a été tenté. Ces adhérences occupaient, comme il est de règle, la région la plus voisine de la lésion principale, de telle sorte qu'elles apportaient l'obstacle maximum au collapsus pulmonaire.

Il est à noter que les réactions pleurales sont très communes au cours de la gangrène pulmonaire et aussi très précoces, d'où l'indication claire de recourir à la collapsthérapie dès que possible et sans attendre l'apparition de la pleurésie.

Quant à l'insuccès du drainage direct à travers la lame pulmonaire, tenté à titre d'*ultima ratio*, il n'est guère surprenant. Il faudrait pour que cette intervention offrit des chances sérieuses de succès, que le foyer suppuré fut unique et bien limité. Or, en raison de la texture même du tissu pulmonaire, autour du foyer principal, il y a toujours des infiltrations diffuses et des délabrements purulents qui ne permettent pas au drainage, si soigneux qu'il soit, de se montrer efficace.

Pour ce motif même, l'issue fatale survint de la même manière chez une seconde malade également pneumotomisée [malade du docteur Pélicand, de Bourg]. Il s'agissait alors de gangrène pulmonaire d'évolution aiguë, survenue en pleine santé chez une jeune fille d'une vingtaine d'années. La radioscopie montrait un gros foyer sous-hilaire gauche (lobe inférieur). Nous proposâmes un pneumothorax qui ne fut pas accepté par la famille. A la suite d'autres consultations ultérieures et en présence de l'aggravation de la situation, la pneumotomie fut décidée et pratiquée par le docteur Leriche. Au cours de l'intervention, on constata l'existence de liquide pleural et de brides adhérentielles qui auraient vraisemblablement mis obstacle à la constitution du pneumothorax, si ce dernier avait été tenté.

Dans les deux cas qui suivent, l'efficacité du pneumothorax artificiel a été au contraire immédiate et définitive.

L'un concerne une jeune femme qui était en traitement au sanatorium de Belligneux pour des accidents de tuberculose nodulaire du lobe supérieur gauche, depuis dix mois, et en voie de remarquable amélioration, lorsque, au début d'avril 1921, survint une poussée de bronchite grippale avec détermination du côté gauche, au niveau des anciennes lésions. Au bout d'une dizaine de jours, la défervescence et la résolution des accidents s'opéraient normalement, lorsque brusquement la température remonta à 39 degrés; dès le lendemain la fétidité des crachats apparaissait. L'examen radioscopique, aussitôt pratiqué (fig. 2), montrait dans le lobe inférieur gauche un foyer ulcéro-gangréneux déjà apparent. Le troisième jour

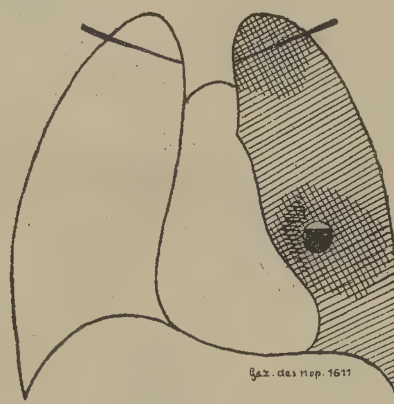


FIG. 2.

après le début des accidents, je pratiquai un pneumothorax artificiel d'urgence; immédiatement la défervescence commença. Au bout de huit jours, elle était achevée, le collapsus pulmonaire était complet, la fétidité disparue et le foyer gangréneux n'apparaissait plus à la radiographie que sous la forme d'une tache sombre dans le parenchyme collabé (fig. 3).

Le pneumothorax qui, par bonne fortune, permettait de traiter, en même temps, la gangrène récente et les lésions bacillaires anciennes, a été continué depuis avec un plein succès et la malade se porte maintenant très bien.

Dans ce cas, le pneumothorax, appliqué au début même d'un processus gangréneux avant que les réactions pleurales aient eu le temps de se produire, s'est montré complètement et définitivement efficace.



Fig. 3.

Il ne l'a pas été moins dans le cas suivant, où la bacillose n'est pas en cause et où il s'agissait d'un homme de quarante-huit ans, porteur d'une caverne consécutive à une pneumonie gauche postgrippale, contractée en novembre 1918 au cours de la campagne d'Italie.

Les accidents, d'abord aigus, avaient pris ensuite une allure chronique. En mai 1919, les signes cavitaires apparaissaient avec une expectoration abondante, fétide, parfois sanguino-

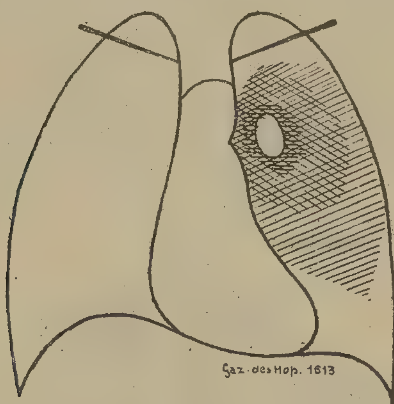


Fig. 4.

lente, constamment dépourvue de bacilles; de temps à autre, quelques vomiques. En octobre 1919, les bruits ulcéreux sont énormes (fig. 4) et la thérapeutique ordinaire étant complètement impuissante, le pneumothorax est décidé. Il est longtemps gêné dans son exécution par une adhérence scissurale

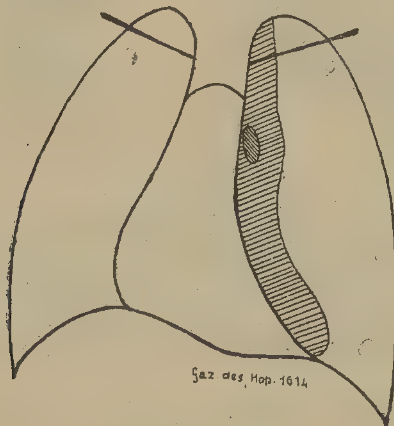


Fig. 5.

large qui finit par céder. A partir de ce moment (janvier 1920), le collapsus pulmonaire est à peu près complet (fig. 5) : les bruits ulcéreux disparaissent. Depuis juin 1920, le malade a repris ses occupations; sa guérison se maintient absolument complète : le pneumothorax est entretenu.

Voici donc deux malades, dont l'une était au début d'accidents gangréneux, d'allure aiguë, de la plus haute gravité; l'autre était miné par une suppuration et un état infectieux lents, mais irrémédiables, et de pronostic certainement fatal à échéance plus ou moins rapprochée. Tous deux ont obtenu, en quelques jours dans le premier cas, en quelques semaines dans le second, une guérison définitive. De telles observations font apparaître avec évidence le pneumothorax total comme le traitement de choix des formes graves de la gangrène pulmonaire, lorsqu'il peut être appliqué d'une façon efficace.

La condition essentielle de cette efficacité c'est qu'aucune adhérence ne vienne s'opposer à la réalisation du collapsus total du poumon intéressé : c'est en second lieu que les lésions soient unilatérales. Ces conditions sont plus aisément réalisées au début de l'évolution gangréneuse : d'où les avantages de l'intervention précoce. Mais il peut se faire aussi, et la précédente observation le montre, qu'elles soient réalisables au cours des évolutions lentes qui succèdent à l'évacuation de l'abcès gangréneux et se comportent à la façon des lésions ulcéreuses localisées de la tuberculose pulmonaire.

A côté de ces formes graves, la gangrène pulmonaire offre pourtant parfois des types évolutifs d'allure lente ou paroxystique, plus accessibles aux moyens thérapeutiques ordinaires. L'observation suivante, dans laquelle, malgré l'extension et la bilatéralité des lésions et la formation d'abcès, dont l'un évacué par vomique, la guérison a pu être obtenue à l'aide de la sérothérapie, en fournit un exemple.

Cette remarquable observation, qui n'est pas sans analogie avec celle publiée récemment par M. Perrin dans le *Paris médical* (10 déc. 1921), appartient au docteur Léon Bérard (d'Oyonnax), médecin traitant, avec lequel je suivis le malade et à qui je laisse la parole :

« Le 6 octobre 1921, se présente à ma consultation M. P..., âgé de cinquante-trois ans, industriel, se plaignant de toux, de dyspnée d'effort, d'affaiblissement général remontant à quelques mois. Rien de particulier à noter dans les antécédents héréditaires ni personnels : sa mère est morte, très jeune, de suites de couches, son père, à cinquante-cinq ans, d'affection cardiaque. Lui-même, à part quelques crises de goutte depuis deux ans, n'a jamais été malade. Il a fait son service militaire, nie toute spécificité. Il s'est marié, a eu trois enfants, dont l'un est mort en bas-âge : les deux autres sont vivants et bien portants. Sa femme n'a pas eu de fausse-couche.

Interrogé, il nous apprend que la toux et les phénomènes pour lesquels il vient aujourd'hui consulter remontent au mois de juin 1921. Il a commencé à cette époque à tousser légèrement sans être autrement incommodé pendant un mois ou deux.

Ayant souffert l'année précédente de goutte (hypertendu : 12 × 21 au Pachon), il partit pour Vittel en août dernier, et c'est au cours du voyage qu'il eut une première hémoptysie en gare de Dijon; soigné le soir même par son médecin à Vittel, le sang disparut rapidement des crachats. A plusieurs reprises, il fut ausculté par son médecin traitant à Vittel : celui-ci ne trouva, dit-il, jamais rien aux poumons. A la fin de sa saison, la veille de son départ, comme il toussait toujours, nouvelle auscultation aussi négative que les autres. Rassuré, le malade rentre chez lui, mais jamais la toux n'a cessé complètement.

Depuis un mois environ, à la toux qui jusqu'à cette époque

avait été, avec quelques rares crachats hémoptoïques, le seul symptôme de l'affection, s'ajoutent de l'amaigrissement, de la perte des forces, des sueurs et des frissons vespéraux et une diminution notable de la capacité de travail. Le malade dit qu'il devient triste, est toujours fatigué, qu'il n'a pas une bonne nuit à cause de la toux, qu'il maigrit.

A l'examen clinique, le malade se présente pâle, amaigri, les traits tirés, l'air inquiet, très dyspnéique au moindre effort (marche ou conversation). Ses réponses sont entrecoupées de quintes de toux suivies d'une expectoration mucopurulente, sanguinolente : quelques caillots noirâtres et quelques filets de sang rouge.

L'examen somatique est complètement négatif, même à l'auscultation. Le cœur est normal, le foie n'est pas gros ni la rate ; les urines ne contiennent pas d'albumine ni de sucre. Le pouls bat à 86 pulsations. Température, 38°3.

Aux poumons, on est frappé par le peu de signes fournis par l'auscultation : quelques bruits discrets, polymorphes aux deux bases, et c'est tout. Les vibrations sont conservées partout : un peu de submatité légère dans l'espace scapulo-vertébral gauche.

Le malade se met au repos au lit avec une médication calmante banale, et surveillé.

10 octobre. La température varie de 37°6 le matin à 38°3 le soir, les crachats recueillis sont abondants (80 à 100 grammes) franchement hémoptoïques et exhalent une odeur infecte.

L'examen bactériologique, pratiqué à l'Institut bactériologique de Lyon, montre des pneumocoques et des streptocoques; ni mycélium, ni spores; pas de bacilles de Koch, même après homogénéisation.



Fig. 6.

L'examen radioscopique montre des lésions bilatérales. A gauche, un petit foyer sous-claviculaire de la grosseur d'une noix, bien limité et paraissant excavé à son centre, avec un peu de liquide. A droite, des lésions beaucoup plus diffuses, en écharpe, avec un gros foyer très opaque sous-hilaire, et l'aspect d'une réaction scissurale voisine (fig. 6).

On prescrit :

Clorure de calcium.
Antiseptiques en inhalations prolongées.
Toniques généraux.

Le 27 octobre, on commence la médication sérothérapique.

Du 27 octobre au 9 décembre, le malade a reçu 1.160cc de sérum, qui se décomposent ainsi :

700cc de sérum antipneumococcique (dont 250 par voie sous-cutanée et 550 par voie rectale),

et 460cc de sérum antigangréneux de l'Institut Pasteur par voie sous-cutanée. Soit :

230cc de sérum antiperfringens,
100cc de sérum antivibrion septique,
70cc de sérum antiœdématiens,
60cc de sérum antihistolytique.

En même temps il recevait :

520cc d'huile goménolée par la voie rectale,
150cc d'huile camphrée à 20 p. 100 par la voie intramusculaire. »

On décide, en outre, que, en cas d'insuccès de cette médication dans la quinzaine, on aura recours à un pneumothorax artificiel successivement bilatéral, en commençant par le côté droit.

Presque aussitôt les accidents sont entrés en régression : l'état général s'est relevé, la dyspnée et la toux ont diminué, l'expectoration, toujours fétide par intermittences, est tombée de 90-110 grammes par vingt-quatre heures à 40-60 grammes.

Mais cette amélioration n'a pris un caractère décisif qu'après une vomique de 300 à 400 grammes de pus non fétide survenue le 21 novembre à treize heures. A dater de ce moment la convalescence s'est franchement dessinée : la température s'est rapidement régularisée vers la normale.

L'examen sthétoscopique demeure toujours négatif ou à peu près : à peine un peu de submatité et d'obscurité à droite dans la région latéro-postérieure, de rares bruits bronchiques et quelques râles alvéolaires à la base.

Dans le courant de décembre l'expectoration diminue rapidement et les examens radioscopiques successifs montrent la régression des ombres pathologiques pulmonaires.

Aujourd'hui le malade a recouvré les apparences de la santé : son poids augmente et l'écran ne montre plus qu'un nodule étroit et sombre sous la clavicule gauche et une bande scissurale mince à droite, à la place de l'abcès pulmonaire évacué.

*
* *

Ces cas, tous différents, sont tous intéressants à des titres divers et nous ont paru mériter d'être rapportés. Le dernier montre qu'une gangrène pulmonaire d'évolution chronique peut être traitée avec succès par la sérothérapie qui se montre impuissante dans les formes plus aiguës. Mais de l'ensemble il se dégage pourtant nettement que le traitement de choix de la gangrène pulmonaire, lorsque l'unilatéralité des lésions le rend applicable, c'est le pneumothorax artificiel, et qu'il y a tout intérêt à l'employer de la façon la plus précoce qui soit possible (1). Il est même très probable que, appliqué d'emblée, alors que les lésions ne sont pas encore ni ulcéreuses, ni très diffuses, il pourrait être parfaitement efficace, tout en n'étant que très temporaire. C'est un point que nous n'avons pas pu vérifier : dans le seul cas où nous aurions pu tenter de le faire, il y avait intérêt à continuer le pneumothorax, à raison des lésions antérieures de tuberculose pulmonaire siégeant du même côté, et qui se sont trouvées être utilement traitées par le même moyen.

ACTUALITÉS

A PROPOS DU TRAITEMENT MÉDICAL DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

Dans le traitement des ulcérations gastriques, comme dans celui des autres affections médico-chirurgicales de l'abdomen, la difficulté du problème consiste surtout à préciser les limites respectives du traitement médical et du traitement chirurgical. On ne saurait en effet poser de règles absolues et renfermer dans des cadres rigides le traitement des diverses formes et complications des ulcères gastriques. Ici, peut-être plus qu'ailleurs, on doit tenir compte du *siège de la lésion*, de l'*âge du malade*, de l'*ancienneté de la maladie*, des *accidents obser-*

(1) Cette opinion, que j'avais émise déjà en 1913, est actuellement partagée par plusieurs auteurs, et un certain nombre d'applications heureuses ont été faites et publiées. Depuis que ces lignes ont été écrites, un article important a été consacré à la question, dans le *Bulletin médical*, par D. Denéchau (25 mars 1622).

vés, du *résultat du traitement médical* et *du régime loyalement suivis* et aussi de la *condition sociale des malades*. On ne saurait bien souvent proposer le même traitement à un malade riche qui a toutes les facilités pour se soigner aussi longtemps qu'il est nécessaire et à un malade pauvre, obligé de travailler pour subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille. Le professeur P. Carnot, dans un livre récent vient de publier les leçons qu'il a faites à l'hôpital Beaujon avec ses collaborateurs P. Harvier et P. Mathieu et dans lesquelles ils discutent du traitement des ulcères digestifs (1).

I. Les indications du traitement médical de l'ulcus. — En principe, on doit *affirmer d'une façon absolue, que le traitement médical doit être d'abord essayé avec méthode et persévérance dans tous les cas.*

Certes on peut admettre que le problème chirurgical puisse être posé d'emblée en présence « de douleurs excessives, de grandes hémorragies persistantes, de menaces de perforation, de suppurations périgastriques, de sténoses orificielles déjà constituées. » (Paul Carnot). Encore nous semble-t-il, sauf à propos d'une perforation aiguë ou d'une sténose nette, qu'on doive toujours agir avec la plus grande prudence et que le traitement médical, doublé d'une expectative armée, doive être appliqué à bien des ulcus excessivement douloureux, à bien des complications graves telles que les hémorragies profuses et même les suppurations périgastriques. Dans ces derniers cas, le traitement médical avec la diète, la glace, le repos absolu, les calmants permettront aux lésions, bien entendu avec une surveillance attentive, de se refroidir et de rendre ultérieurement l'opération moins grave.

Enfin le *traitement médical doit être poursuivi pour ainsi dire pendant toute la vie de ces malades :* chez les anciens ulcéreux en apparence guéris, chez les *ulcéreux opérés*, un régime restrictif devra être suivi indéfiniment.

Ce traitement médical peut donc être indiqué :

1° *Précocement* et à titre *préventif* chez les candidats à l'ulcus, chez les hyperchlorhydriques et les hypercriniques.

2° Chez les ulcéreux, qui ont des crises espacées et peu violentes, à *titre curatif*. En règle générale, si les douleurs sont espacées et calmées par le bismuth, le kaolin et le régime, si les hémorragies restent d'intensité moyenne, on peut dire que le traitement médical est suffisant. On ne saurait trop insister sur la valeur de la recherche systématique et répétée du sang dans les selles. C'est sa présence et ou sa disparition qui doivent guider le médecin dans son traitement.

Il est classique de dire que les ulcus saignent d'une façon intermittente. C'est en effet la règle. Mais dans certains cas il survient des *suintements hémorragiques répétés* récidivants, qui peuvent provoquer à la longue de l'anémie et faire redouter la dégénérescence néoplasique. Dans ce cas on doit penser à une intervention précoce.

Le traitement des *hémorragies foudroyantes* est encore discuté. Il est certain que le traitement chirurgical entraîne une très grande mortalité alors que le simple repos, avec diète absolue, glace et hémostatiques (pansements au bismuth, à la gélatine, le sérum), ont pu donner 65 à 70 p. 100 de guérisons.

3° *A titre préventif tardif.* — Tardivement, après cicatrisation ou opération, on doit imposer toujours le traitement médical. Le malade reste un malade gastrique, atteint toujours d'hyperchlorhydrie et prédisposé à de nouvelles ulcérations. Toute la vie des ulcéreux, on devra saturer, réfréner et évacuer précocement l'estomac. Le régime et l'usage prolongé des solutions alcalines seront très utiles à cet effet.

II. Les indications du traitement chirurgical de l'ulcus. — Le traitement chirurgical est indiqué d'une façon formelle :

1° Au cours d'une *complication grave : perforation gastrique*, *abcès périgastrique*, *fistules*, réunissant l'estomac au colon, par exemple, toutes les *sténoses gastriques* serrées, etc.

2° Au cours de l'*ulcéro-cancer :* la résection précoce large, systématique de l'ulcus et des ganglions inflammatoires s'impose chaque fois et aussitôt que l'on soupçonne la dégénérescence cancéreuse : ulcus qui saigne continuellement, très douloureux, avec amaigrissement, ulcus induré, rigide au doigt, ulcus térébrants.

L'ulcus chronique serait même fatalement voué au cancer pour certains auteurs, qui en conseillent systématiquement l'exérèse.

Il est certain que dans tous ces cas, l'attention du médecin doit être toujours en éveil, surtout à propos de malades âgés qui ont atteint l'âge du cancer.

En dehors de ces cas, peut-on et doit-on proposer un traitement chirurgical à un malade porteur d'un ulcus? On peut envisager 2 cas : selon qu'il s'agit d'un *ulcus récent* ou d'un *ulcus ancien et chronique.*

1. *Il s'agit d'un ulcus récent.* — On peut admettre qu'une opération devient légitime, si le traitement médical est resté sans succès, bien qu'appliqué sérieusement et suffisamment longtemps. Mais la difficulté commence à nouveau quand il s'agit de déterminer la durée de ce traitement médical d'épreuve. On ne saurait en effet donner de formule et il vaut mieux considérer chaque cas en particulier. Il est certain que si un ulcus saigne et fait souffrir, malgré le traitement bien appliqué durant plusieurs mois, on peut être poussé à l'opération, soit par le malade qui la réclame, soit parce que l'état général s'affaiblit, du fait de la dénutrition, des vomissements, de l'amaigrissement, de l'anémie, de l'insomnie, etc. Il est bien certain aussi qu'on peut avoir la main forcée, lorsqu'il s'agira d'un malade nécessiteux, obligé de travailler et qui ne peut prendre un repos suffisant ni se soigner trop longtemps; alors qu'on patientera plus longtemps avec un malade riche et sans profession.

2. *Il s'agit d'un ulcus chronique.* — Si l'on trouve à la radioscopie une niche, un diverticule, un ulcus térébrant, une déformation marquée de la petite courbure, une angulation rigide de la petite courbure, une déformation de l'image pylorique, on doit penser à faire accepter une intervention chirurgicale si le malade atteint l'âge de quarante ans, et si le traitement médical n'apporte pas une sédation suffisante des symptômes. Il est certain que les *ulcus qui saignent beaucoup*, les *ulcus très douloureux*, les *ulcères avec hypersécrétion et hyperchlorhydrie* très marquées malgré le traitement *doivent faire pencher vers l'opération.* Encore, en présence de spasmes médio-gastriques et pyloriques, doit-on,

(1) Carnot, Harvier et Mathieu. *Les ulcères digestifs*, 1 vol. de 159 p., 26 fig. — Paris 1922, Baillière et fils.

avant d'opérer, soumettre le malade pendant quelques semaines à l'épreuve de l'atropine pour être bien sûr qu'il s'agit d'une sténose cicatricielle et non d'un spasme rebelle.

III. LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX ET LE RÉGIME. — Il serait trop long d'exposer ici les divers traitements de l'ulcus gastrique. Ils sont pour la plupart classiques et connus de tous. Les uns ont fait leur preuve et les autres tombent peu à peu dans l'oubli. On les trouvera tous exposés dans les leçons de Carnot : Bismuth, talc, kaolin, alcalins à forte dose, solutions salines, pansements à la gélatine (Carnot) ou à la gélose-gélatine (F. Ramond), etc., tels sont les meilleurs et les plus usités.

Nous y ajouterons l'emploi des médicaments sédatifs d'ordre général, comme le bromure de sodium, la valériane, la jusquiame, et ceux qui agissent sur la douleur gastrique et le spasme comme la dionine, la phosphate de codéine, et surtout la teinture de belladone et l'atropine.

L'alcalinisation systématique du contenu gastrique faite selon certaines règles reprises par SAPPY nous a donné aussi de très bons résultats. Sappy donne régulièrement après chaque repas des paquets alcalins, alternés toutes les demi-heures et jusqu'à ce que la digestion soit terminée :

Paquet n° 1.

Magnésie lourde..............	}	*àâ* 0g50
Bicarbonate de soude.........	}	

Paquet n° 2.

Carbonate de chaux	0g50
Bicarbonate de soude.............	1g50

Sappy y ajoute l'alimentation par petits repas répétés et l'évacuation systématique du repas du soir à la sonde avant de s'endormir. Cette dernière pratique ne sera suivi que dans les cas très douloureux.

Enfin, on n'oubliera pas en présence d'un ulcéreux, qui ne s'améliore pas par le traitement classique et par le régime, de penser à la possibilité de la SYPHILIS GASTRIQUE avant de proposer une intervention. C'est surtout chez ces malades, même s'il n'y a pas d'antécédent avoué et même si la réaction de fixation est négative, que l'on devra essayer le traitement d'épreuve : hectine, cyanure et biiodure de mercure, iodures, etc., frictions mercurielles, arsenobenzols.

Il est difficile de préciser la fréquence de la syphilis gastrique; déjà Lang (de Vienne) en 1885 prétendait qu'on trouvait des signes de syphilis chez 20 p. 100 des malades atteints d'ulcère gastrique. Plus récemment, Castaigne (1) donnait aussi une pareille proportion. Ewald n'accuse la syphilis que dans 10 p. 100 des cas, alors que Castex (2) [de Buenos-Aires] prétend que tous les ulcus sont d'origine syphilitique. Sans aller jusqu'à accepter une opinion aussi absolue, nous sommes bien obligés d'admettre que, chez bien des malades, il y a autre chose parfois qu'une banale association de ces deux maladies.

Et malgré le laconisme étonnant de beaucoup de Traités classiques, nous admettons la fréquence évidente de la syphilis de l'estomac sous toutes ses formes. Aussi, suivant l'excellent conseil de notre maître M. Bensaude (1), et pour ne pas s'exposer à passer à côté d'une syphilis gastrique, *doit-on toujours y penser*, surtout s'il s'agit d'un malade qui continue à souffrir et à saigner malgré l'application du traitement classique.

On aura ainsi, parfois, l'agréable surprise de guérir rapidement des malades, qui jusque-là résistaient au traitement médicamenteux, et de leur éviter une intervention chirurgicale inutile, si ce n'est même nuisible. EDOUARD ANTOINE.

(1) CASTAIGNE. *Journ. méd. français*, déc. 1918.
(2) CASTEX. La syphilis dans l'étiologie des ulcères gastriques et duodénaux, *Prensa med. Argentina*, 30 oct. 1917.

(1) BENSAUDE et RIVET. Syphilis de l'estomac, *Presse méd.*, 25 oct. 1919.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 MAI 1922)

Le radium dans le traitement du cancer. — M. PROUST fait un rapport sur trois observations présentées par M. Leclerc et qui tendent à prouver que l'application du radium doit précéder l'acte opératoire et non le suivre, que, dans le cancer de l'utérus en particulier, il faut recourir au radium avant de pratiquer l'hystérectomie.

Voici le résumé des observations : homme de quarante-neuf ans, gros testicule droit, ablation, application d'un tube de radium; six semaines après, grosse masse dans la fosse iliaque droite, nouvelle application de radium. Amélioration très sensible, six mois après la tumeur de la fosse iliaque avait disparu. M. le Rapporteur fait observer que l'application du radium après l'opération est souvent aveugle et qu'il faut redouter son champ d'action trop étendu. Dans les deux autres observations, il s'agit de femmes atteintes de cancers utérins très améliorés par le radium; six mois après, récidive. Un Wertheim pratiqué chez l'une d'elle montre que la récidive ne s'est point faite au niveau du point d'application du radium, mais dans un autre point.

M. J.-L. FAURE a agi dans le sens indiqué par M. Leclerc. Dans plusieurs cas de cancers inopérables, il a fait faire une application de radium, et six semaines après, une grande amélioration ayant été obtenue, il a pu opérer dans de très bonnes conditions. Le radium procure donc souvent une amélioration considérable au point de vue de l'opérabilité.

Fracture du bassin et de la cavité cotyloïde. — M. MATHIEU fait un rapport sur une observation adressée par M. Basset.

Deux cas de distension gazeuse de la cavité péritonéale, par M. Delfour (de Nancy). — M. MOCQUOT, raporteur.

M. MAUCLAIRE fait un rapport sur **cinq intéressantes observations de massage sous-diaphragmatique du cœur pour syncopes chloroformiques** relevées par M. Chastenet de Géry.

— La Société se forme ensuite en comité secret pour entendre le rapport de la Commission chargée d'examiner les titres des candidats au titre de membre titulaire.

Après le comité secret, tout semblait disposé pour une séance de cinématographie chirurgicale qui a eu lieu également en comité secret, ce que nous regrettâmes.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 4 MAI 1922)

Epilepsie et tumeurs cutanées. — MM. LORTAT-JACOB et E. BAUDOUIN présentent un malade atteint de crises d'épilepsie et porteur de tumeurs cutanées multiples du type sarcome de Kaposi à distribution radiculaire. Ce cas s'ajoute à

ceux publiés par MM. Souques, Alajouanine et R. Mathieu. Toutefois, il s'agit ici de lésions anatomiques d'un autre ordre et non congénitales survenues à l'âge adulte. La forme Bravais-jacksonnienne de l'épilepsie permet de penser qu'il existe au niveau des centres moteurs une tumeur limitée comme le sont les placards cutanés. Cette observation contribue à montrer l'identité des atteintes pathologiques des tissus nerveux et cutané dont la parenté embryologique est connue.

Infantilisme avec acrodolicomélie et laxité articulaire. — MM. Sicard et J. Lermoyez étudient, chez une adolescente de seize ans, un syndrome d'infantilisme dont quelques signes de la série classique de l'infantilisme de Brissaud et Meige, tels que absence de menstruation et de développement du système pileux, s'associent, sans qu'il y ait gigantisme d'ensemble, à un allongement disproportionné et démesuré des pieds et des mains (acrodolicomélie). Une laxité très anormale du jeu des articulations principalement des claviculo-humérales rappelle celle que l'on observe au cours de la dysostose cléido-cranienne et incite à rapporter à une origine endocrinienne la pathogénie encore si imprécise du syndrome de Pierre Marie et Sainton.

Un cas de syringomyélie. — M. André Thomas.

Perte des mouvements associés indépendante de la rigidité parkinsonnienne. Influence suspensive prolongée des mouvements volontaires sur le tremblement parkinsonnien. — M. Souques attire l'attention sur deux points concernant la paralysie agitante, à savoir :

1° Sur les rapports entre la rigidité musculaire et la perte de l'harmonie motrice (mouvements associés ou automatiques). Il cite plusieurs cas de paralysie agitante où la rigidité était nulle ou légère et où cependant les mouvements associés étaient complètement abolis. Et il en conclut que la perte de l'harmonie motrice est indépendante de la rigidité parkinsonnienne.

2° Sur les rapports entre les mouvements volontaires et le tremblement de la paralysie agitante. On admet généralement que le mouvement volontaire supprime ce tremblement, durant quelques secondes, au moins pendant la première période de la maladie. Or, il n'est pas rare que cette action suspensive dure de longues minutes, une heure et même davantage. Pour en juger, il faut renoncer au procédé habituel qui se borne à faire exécuter par le malade un seul mouvement; il faut recourir à la répétition ininterrompue de ce mouvement pendant un temps plus ou moins long.

Neurotomie rétrogassérienne. — M. de Martel présente quatre malades opérés de neurotomie rétrogassérienne, tous les quatre parfaitement guéris. Il insiste sur l'existence de troubles trophiques à la suite de la neurotomie, la kératite en particulier, mais beaucoup moins graves et moins persistants que chez les malades opérés de gassérectomie. Il donne les résultats de trente neurotomies avec deux morts, un insuccès et vingt-sept guérisons parfaites. Il fait remarquer que les deux morts se sont produites au début de sa pratique et ne sont imputables qu'à des fautes de technique. L'insuccès s'est produit chez une malade qui n'avait pas une névralgie faciale essentielle. La douleur était continue. L'alcoolisation avait échoué. Quand l'alcoolisation échoue, la neurotomie échoue.

Cette communication est suivie d'une discussion qui semble montrer que les névralgies à douleur continue seraient plutôt d'origine sympathique et ne céderaient pas à la section de la racine postérieure. Il en est de même de la névralgie, suite de zona ophtalmique, pour laquelle M. Vincent préconise la section du nerf périphérique avec dénudation du plexus sympathique de l'artère temporale du même côté.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 25 MARS 1922)

Sur la pathogénie des varices internes. — M. Léopold Lévi reconnaît que nombre de troubles rattachés aux varices internes (œdème, cyanise, paresthésies, etc.), font partie de la pathologie endocrino-sympathique. Mais on ne peut admettre sans preuves une origine endocrinienne de la maladie variqueuse.

Des conditions (cliniques, anatomiques, expérimentales), sont nécessaires pour qu'on puisse conclure.

Accidents des arsenobenzols, essai de pathogénie. — M. Mélamet distingue les accidents précoces et retardés. Les premiers comportent deux phases : une phase d'ordre surtout physique (floculations sanguines pouvant aller jusqu'à la coagulation vraie); une phase ultérieure d'ordre surtout bio-chimique (oxydation rapide, donc incomplète du médicament et augmentation de la toxicité.)

Si c'est la phase physique qui domine, on aura surtout des symptômes d'ordre mécanique (embolie des capillaires avec signes d'asphyxie); si c'est la phase bio-chimique, symptômes : toxiques, réflexes, avec bloquage passager des organes antixéniques.

Quant aux accidents retardés, ils semblent conditionnés par une insuffisance de l'élimination dus à des altérations du système hépato-rénal. M. Mélamet propose les moyens prophylactiques suivants : régime végétarien pendant le traitement, opothérapie biliaire, surrénale, etc., emploi de lactose à doses élevées, usage de solution très diluées (sérum sucré ou solution lacto-camphré).

L'hépatisme en 1922. — M. Roger Glénart montre, en s'appuyant sur les plus récentes données relatives aux déviations fonctionnelles de la cellule hépatique, le bien fondé de la doctrine soutenue en 1890 par Frantz Glénard. Il existe tout un ensemble de troubles, groupés par l'auteur sous le nom d'hépatisme qui précèdent souvent de très loin, l'apparition des maladies lésionnelles du foie classiquement décrites.

(SÉANCE DU 14 AVRIL 1922)

Transfusion du sang (*présentation d'appareil*). — M. Victor Pauchet. La transfusion du sang est une intervention qui doit entrer dans la médecine et la chirurgie courantes, quotidiennes, car ses indications sont multiples. Elle peut se faire sans aucun danger, à condition qu'on sache faire les groupements sanguins. La consanguinité est une méthode sans valeur. Pour grouper les donneurs de sang, il suffit d'une lamelle de verre et d'une aiguille. En quelques minutes, on peut voir si les donneurs sont aptes ou non. L'auteur a exécuté en l'espace de cinq mois, dans son service de l'hôpital Saint-Michel, quarante-cinq transfusions avec l'appareil de Bécart.

Déviation cartilagineuse du lobule nasal. Correction esthétique sans cicatrice extérieure. — M. J. Bourguet.

Fractures anciennes de la rotule. — M. Paul Barbarin, s'appuyant sur deux observations personnelles ou il a obtenu la guérison après quatorze et seize mois d'impotence grave du membre atteint, estime qu'on doit toujours opérer les fractures anciennes de la rotule avec impotence du quadriceps. Il estime que le cerclage donne les meilleurs résultats.

La co-existence de l'endémie goitreuse et du syndrome de Basedow dans un village des Hautes-Pyrénées est signalée par M. Félix Regnault.

L'aspect radiologique de l'extrémité postérieure de l'astragale. — M. Laquerrière. L'existence ou la non-existence de l'os trigone qui peut être libre, à demi-soudé, ou complètement soudé en forme d'apophyse, fait varier considérablement la forme de l'extrémité postérieure de l'astragale.

Cette variabilité d'aspect est indispensable à connaître afin de ne pas prendre un os trigone libre pour une fracture.

Contribution à l'étude du traitement de la salpingite tuberculeuse. — M. Robert Dupont.

Rapports de la syphilis et du cancer. — M. Leredde dit qu'un grand nombre de cancers se développent chez les syphilitiques, mais que le problème des rapports de la syphilis et du cancer ne peut être résolu que par l'observation en série, la recherche méthodique de la syphilis chez 100 ou 200 cancéreux. La question est donc d'un intérêt fondamental, il est possible que la syphilis soit de beaucoup la cause la plus fréquente du cancer sous toutes ses formes.

(SÉANCE DU 28 AVRIL 1922)

A propos de la transfusion sanguine. — M. DARTIGUES rapporte le cas d'une opérée de polype fibreux géant de l'utérus, alitée depuis sept mois, presque exsangue par des métrorragies continuelles. Transfusion de 600 centimètres cubes. Les globules passent de 3.440.000 à 4.020.000 le lendemain et à 4.620.000 quinze jours après. La valeur hémoglobinurique passe de 30 à 55 le lendemain et à 58 quinze jours après. L'état général est métamorphosé.

M. DUPUY DE FRENELLE estime que c'est une méthode thérapeutique des plus puissantes et qu'elle ne doit être faite qu'exceptionnellement à dose massive de 500 grammes d'une seule venue. Elle rendra les plus grands services si on mélange au sang des excitants (adrénaline, caféine) des éliminants (uroformine), des leucogènes (glycose, colloïdes), des fortifiants, etc.

A propos de l'endémie goitreuse. — M. Léopold LÉVI s'élève contre l'habitude trop facile de diagnostiquer syndrome majeur de Basedow les syndromes mineurs d'hyperthyroïdie.

La biochimie chez l'enfant. — M. LEMATTE l'étudie chez l'enfant de zéro à trois cent soixante-cinq jours. Si on connaît la composition du lait maternel, l'augmentation quotidienne de poids et la composition du kilogramme d'enfant, il est facile d'établir le rythme de la fixation de l'azote et des minéraux. La solution de ce problème a des applications directes dans la diététique et la thérapeutique des consomptifs puisqu'il indique les proportions relatives des minéraux biotiques qu'il faut administrer pour réparer les tissus. L'accroissement de mois suit une marche régulière. Si on partage l'année en trois périodes de quatre mois, les quantités de matière vivante organisées varient comme les nombres 3, 2, 1. Pour s'organiser, les besoins du kilogramme de matière vivante en azote diminuent du premier au huitième mois et restent les mêmes du huitième au douzième mois. Les cendres du fœtus et du lait n'ont pas la même composition quantitative. L'auteur étudie le rythme de la fixation des minéraux chez l'enfant de zéro à trois cents soixante-cinq jours. Il montre les relations numériques qui unissent les minéraux du lait ingéré et ceux de la matière vivante organisée.

Un cas de chancre syphilitique de l'arrière-gorge. — MM. GALLIOT et André DUVAL.

Evolution de la goutte et son traitement au cours d'un demi-siècle. — M. BOULOUMIÉ constate que l'on n'observe plus qu'exceptionnellement aujourd'hui les grosses déformations articulaires et péri-articulaires, ou la cachexie goutteuse. De même, les accidents d'origine goutteuse sur les organes, sur les vaisseaux ou le système nerveux semblent diminuer d'intensité et de gravité, sinon de fréquence. Ces modifications semblent dues au régime et au traitement. Des milliers d'observations de malades suivis pendant de longues années permettent d'affirmer les résultats de l'hygiène et des traitements qui visent la restriction de la formation d'acide urique et son élimination par les divers organes qui y concourent et doivent être chez les goutteux l'objet d'une attention spéciale.

Les traitements physico-thérapiques de l'insomnie. — M. LIVET.

Spina bifida. — M. PÉREIRE présente des radiographies de spina bifida.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES
de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 17 MARS 1922)

Sclérodermie en bandes et en plaques. — MM. VEDEL, G. GIRAUD et P. BOULET.

Cancer du colon. Résection. Guérison. — MM. FORGUE, ROUX-PAGÈS présentent un malade opéré le 7 février 1922, pour cancer colloïde du colon ascendant, ne présentant aucun symptôme intestinal, s'accompagnant d'un abcès rétrocolique, ayant déterminé une psoïtis et un ictère par rétention. La deuxième portion du duodénum en effet était envahie par le processus inflammatoire et néoplasique. Colectomie partielle. Résection latérale du duodénum. Iléosigmoïdostomie au bouton de Murphy. Guérison.

Zinc et cancer. — M. Paul CHRISTOL.

(SÉANCE DU 24 MARS 1922)

Déviation du complément. — M. LISBONNE expose les données actuelles sur la déviation du complément dans la tuberculose et explique les méthodes chauffée et non chauffée employées à l'Institut Bouisson-Bertrand de Montpellier. Il signale que M. Pellier a le premier étudié la réaction par le procédé non chauffé, mais la nécessité de la recherche de l'index hémolytique rend son application moins facile, lorsqu'on doit faire de nombreuses réactions en même temps sur de nombreux sérums.

M. GAUSSEL apporte les résultats de la méthode appliquée dans la tuberculose pulmonaire. Il pense que la déviation du complément par la méthode de Besredka est une épreuve utile et peut dans certains cas apporter une contribution intéressante, au diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Mais il faut savoir apprécier et limiter sa valeur. Elle n'est pas absolument spécifique et ne traduit pas toujours la présence d'une lésion pulmonaire tuberculeuse franchement évolutive.

MM. MARISSAL et DEVÈZE rapportent les résultats fournis par la déviation du complément au dispensaire d'hygiène de Montpellier. De leurs recherches les auteurs pensent pouvoir conclure que la séro-réaction ne doit pas seulement être expérimentée dans quelques services hospitaliers, mais qu'elle doit être pratiquée d'une façon courante dans les dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse dont elle facilite la tâche au double point de vue du dépistage précoce et de la prophylaxie individuelle et sociale.

MM. MARGAROT et DEVÈZE apportent quelques remarques sur les renseignements fournis par la recherche de la déviation du complément avec l'antigène de Besredka, dans diverses maladies de la peau. Le Besredka paraît positif dans les affections bacillaires commençantes et chez les sujets réagissant bien à leur infection et dont l'état général est bon. Au contraire la réaction est négative ches les sujets non tuberculeux et chez les tuberculeux avancés.

M. CARRÈRE étudiant la déviation du complément et le diagnostic de la tuberculose oculaire conclut, que grâce à la réaction on peut en ophtalmologie, préciser le réveil oculaire d'un processus tuberculeux cliniquement guéri, établir un diagnostic étiologique soupçonné, mais encore controversé; classer comme ayant une origine tuberculeuse des affections dont le diagnostic étiologique est cliniquement impossible.

(SÉANCE DU 31 MARS 1922)

Un cas d'acromégalie. — MM. DUCAMP, CARRIEU, GUEIT et BOULET.

Un cas d'emphysème sous-cutané généralisé chez l'enfant au cours d'une broncho-pneumonie morbilleuse. — M. LAUZE.

Ce qu'il faut savoir avant d'aiguiller un malade sur Châtel-Guyon. — M. MARTIN. Les eaux de cette station, ne sont ni purgatives ni laxatives, elles sont régulatrices de la fonction intestinale et de ce fait conviennent aux viciations fonctionnelles aussi bien par excès que par défaut donc aussi bien au spasme qu'à l'atonie, aussi bien à la constipation qu'à certaines diarrhées. Cette action est due surtout au chlorure de magnésium, élément noble des eaux.

(SÉANCE DU 7 AVRIL 1922)

Un cas d'acromégalie. — M. EUZIÈRE.

A propos de deux cas d'éclampsie puerpérale. — MM. VALLOIS, ROUME et SICARD.

(SÉANCE DU 29 AVRIL 1922)

Le traitement des cystites par l'ionisation. — M. DESMONTS.

Un cas de tache bleue mongolique. — M. LAUZE.

Paralysie radiale dans le sommeil avec hypertomie des muscles fléchisseurs chez un éthylique hyperexcitable. — MM. VEDEL, G. GIRAUD et SIMÉON. La contracture des antagonistes des muscles paralysés a été parfois observée au cours de la guerre à la suite des lésions nerveuses. Elle a été surtout constatée au cours de la paralysie radiale (main en poing de Léri, observations de Lucien et Giraud, etc.).

Un exemple nouveau de ce phénomène est rapporté par les auteurs qui l'ont observé au cours d'une paralysie radiale dans le sommeil, chez un éthylique jeune, hyperréffectif, hyperexcitable et trémulant.

La contracture porte sur la flexion de la main, du pouce et des premières phalanges des quatre autres doigts. Elle est intermittente, douloureuse, tantôt spontanée, tantôt provoquée par l'effort ou la sollicitation.

Paralysie radiale et contracture des fléchisseurs ont rapidement rétrocédé parallèlement l'une à l'autre.

Le réflexe oculo-cardiaque et l'asthme. — M. CASTELNAU. Contrairement à l'opinion commune, un grand nombre d'asthmatiques est en état d'hypersympathiconie.

Un traitement efficace de l'asthme amène chez le malade des modifications exactement parallèles du syndrome objectif et de l'équilibre végétatif mesurées par le R. O. C.

HYGIÈNE PUBLIQUE

L'ACTION DE LA SACCHARINE SUR L'ORGANISME

Depuis son apparition (1879) et sa présentation comme édulcorant des substances alimentaires (1882), la saccharine a donné lieu à de nombreux travaux scientifiques qui ont montré quelques divergences d'opinion en ce qui concerne son innocuité.

M. Ed. Bonjean, chef du laboratoire et membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, vient de mettre la question au point dans une remarquable étude d'ensemble (1).

Il résulte des expériences de M. Bonjean que les divergences observées entre les auteurs scientifiques sont principalement dues à la fonction *acide* de la saccharine pure : si celle-ci est neutralisée par le bicarbonate de soude, suivant la forme dans laquelle la saccharine est vendue et consommée actuellement, le désaccord tend à cesser.

Sous la forme sodique, la saccharine n'entraîne en rien la fermentation, pas plus que l'action de la ptyaline, ni celle de la pancréatine et de la pepsine. Les pastilles de saccharine n'ont aucun pouvoir bactéricide ou antiseptique; des essais physiologiques de longue durée sur le chien et sur l'homme, aux doses pratiquement possibles n'ont présenté aucun inconvénient pour les fonctions de l'organisme et pour la santé.

Ces expériences « confirment une fois de plus l'action inoffensive de la saccharine sodique sur l'organisme, en général; leurs résultats concordent avec l'observation de l'innocuité de cet édulcorant au cours de l'immense expérience publique qui vient d'être réalisée, dans laquelle 200.000 kilogrammes de saccharine ont été consommés, rien qu'en France, en l'espace de trois années, sous la forme commerciale de saccharine, bicarbonate de soude, et cela conformément à la réglementation en vigueur ayant pour but d'en limiter l'emploi à un certain nombre de produits dans lesquels le sucre entre simplement comme édulcorant ». L. G.

(1) Contribution à l'étude de l'action sur l'organisme de la saccharine comme édulcorant dans l'alimentation, *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, janv. 1922, t. XLIV, n° 1, p. 50.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, professeur de clinique propédeutique, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX, médecins des hôpitaux. Tome II : *Appareil respiratoire* (1er volume), par Emile SERGENT, D'HEUCQUEVILLE, BELLIN, FLURIN, COURCOUX, ARMAND-DELILLE.

Ce premier volume consacré à l'appareil respiratoire contient une introduction très instructive du professeur Sergent, dans laquelle il montre que les recherches physiologiques et cliniques sur ce sujet peuvent encore fournir un vaste champ d'études intéressantes et utiles; les nombreuses communications ayant trait à pareille question en sont une preuve frappante à l'heure actuelle aussi bien au point de vue biologique qu'au point de vue thérapeutique.

Il envisage d'abord les éléments du diagnostic et du pronostic, puis les éléments de la prophylaxie et du traitement. On retrouve dans ces pages la clarté, la méthode et la logique qui sont les caractéristiques de son enseignement et qui font de ces considérations générales sur l'appareil respiratoire un chapitre de pathologie générale qui sera fort apprécié de tous les médecins.

Vient ensuite un chapitre d'un intérêt pratique de premier ordre et qui constitue une véritable innovation : c'est celui qui est consacré à l'insuffisance respiratoire, à l'éducation et à la rééducation respiratoires. Le docteur d'Heucqueville, qui depuis longtemps s'intéresse à cette question, a écrit cet article où le lecteur trouvera exposé le résultat de ses travaux personnels, illustré de figures très démonstratives.

Dans les chapitres suivants sont étudiées les maladies du rhino-pharynx et du pharynx, par le docteur Bellin; les maladies de la trachée et des bronches, par le docteur Flurin (de Cauterets) particulièrement qualifié par ses études sur les rhino-bronchites descendantes; les maladies aiguës du poumon, par les docteurs Armand-Delille et Courcoux. M. Armand-Delille a fait une très belle étude de la pneumonie, de la broncho-pneumonie et de la gangrène pulmonaire.

M. Courcoux a donné, des congestions pulmonaires, de l'œdème du poumon, de l'apoplexie et de l'embolie pulmonaire, une étude anatomoclinique où s'affirment une fois de plus sa maîtrise et son talent. Comme les autres auteurs, il a rédigé ses articles dans le but essentiellement pratique et scientifique à la fois qui fait le succès des volumes de ce Traité. P. PRUVOST.

L'Avenir de la médecine (2), par Sir J. MACKENZIE, membre de la Société royale de Londres. Traduit par le docteur F. FRANÇON, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Aix-les-Bains.

La pathologie contemporaine doit beaucoup à James Mackenzie, aussi est-il particulièrement intéressant de connaître son opinion sur la médecine d'aujourd'hui et de demain : c'est le sujet de ce livre, dont nous devons au docteur F. Françon une traduction à la fois élégante et fidèle. Dans une première partie, l'illustre cardiologue anglais expose le fruit de ses réflexions sur les tendances actuelles de l'éducation et des recherches médicales, et il faut avouer qu'il se montre particulièrement sévère à leur égard : cette attitude s'explique facilement par son autobiographie et par l'histoire de ses découvertes qui forment un deuxième chapitre de l'ouvrage. Il termine en indiquant les principes et les méthodes que son expérience lui a appris être les meilleurs pour rendre l'enseignement à la fois pratique et fécond en même temps que pour assurer à nos connaissances un développement régulier et rapide. L. G.

(1) In-8, 1922, 55 figures. — Prix : 20 francs. — Paris, A. Maloine.

(2) Un vol. in-8, avec 28 grav. dans le texte. — Prix : 12 fr. net. — Paris, Félix Alcan.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANURIE

CAUSES. SIGNES. DIAGNOSTIC (1)

FORMES CLINIQUES. — Elles dépendent surtout de l'étiologie, et nous signalerons les types les plus fréquents :

Anurie cancéreuse. — L'anurie peut constituer le premier signe d'un cancer de l'utérus resté latent. Plus souvent il s'agit d'un cancer connu et qui s'est manifesté déjà par de l'hydronéphrose.

L'anurie se traduit surtout par des troubles gastro-intestinaux : fétidité de l'haleine, nausées, hoquet, vomissements.

La malade est apathique, somnolente, hypothermique. Elle tombe progressivement dans le coma et meurt vers le quatrième ou cinquième jour de l'anurie.

Des rémissions sont possibles; mais elles sont toujours incomplètes, prolongeant à peine la durée de l'anurie.

Anurie des néphrites. — 1° ANURIE DU DÉBUT D'UNE NÉPHRITE AIGUË INFECTIEUSE. — Peut s'observer au cours de la scarlatine, surtout chez l'enfant.

Elle se manifeste par de la fièvre, des douleurs lombaires, de la dyspnée des vomissements.

L'évolution est variable : la mort peut survenir en deux à trois jours, ou au contraire l'anurie cède, le malade reste quelque temps oligurique, puis se produit la crise urinaire indiquant la guérison.

2° ANURIE TARDIVE DES NÉPHRITES. — Elle indique une poussée inflammatoire sur un rein déjà malade; la quantité des urines diminue, soit graduellement, soit brusquement, et le malade présente une urémie convulsive qui l'emporte en deux à trois jours.

3° ANURIE DUE A L'INTOXICATION PAR LE SUBLIMÉ. — Cette anurie est caractérisée par la tolérance parfaite qui peut durer une semaine, au bout de laquelle survient, soit une débâcle urinaire annonçant la guérison, soit beaucoup plus souvent l'urémie emportant très rapidement le malade.

PRONOSTIC. — Le pronostic de l'anurie dépend essentiellement de la cause. Mais il est toujours grave.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic du syndrome anurie est facile. La seule cause d'erreur est la *rétention d'urine* qui se manifeste par des douleurs épigastriques et qui est facilement reconnue à la percussion indiquant une vessie remplie. En cas de doute, un cathétérisme vésical montrant l'absence d'urine dans la vessie fait affirmer l'existence de l'anurie.

Beaucoup plus difficile est le *diagnostic étiologique* qui nécessite un examen minutieux du malade. Il faut tenir compte de ses antécédents et de tous les signes que peut donner l'exploration rénale.

Ce diagnostic présente d'ailleurs des difficultés très variables :

A. **Dans les anuries transitoires**, durant de douze à quarante-huit heures, la cause est habituellement facile à déceler.

C'est l'anurie qui survient au cours de la *colique néphrétique*, à la suite des *traumatismes* de la région lombaire, après les *interventions abdominales* et plus spécialement après les *interventions sur la vessie, sur le rein*; on l'a même observée à la suite d'un simple *cathétérisme de l'urètre*.

Dans tous ces cas, l'anurie cesse rapidement et la terminaison se manifeste par une crise polyurique.

B. Le diagnostic est souvent beaucoup plus difficile dans les **anuries durables**; et il faut tenir compte surtout des commémoratifs :

I. Au cours d'une *intoxication* (sublimé), seule la notion de l'accident ou du suicide permet d'établir le diagnostic.

II. Au cours de *maladies aiguës*, et plus spécialement de la *scarlatine*, l'anurie indique l'existence d'une néphrite aiguë grave.

III. Au cours d'*affections chroniques* déjà connues, telles qu'une néphrite chronique, un cancer de l'utérus ou de la prostate, l'anurie est facilement attribuée à sa cause.

Mais il faut savoir que l'anurie peut constituer le premier signe d'une tumeur du petit bassin jusque-là méconnue; c'est ce qu'on observe tout particulièrement pour le *cancer de l'utérus* : d'où la nécessité d'explorer le petit bassin chaque fois qu'on se trouve en présence d'une anurie.

IV. La cause la plus fréquente est la *lithiase rénale* : c'est à elle qu'il faut toujours penser, car l'anurie calculeuse nécessite une intervention chirurgicale.

Le diagnostic s'impose quand le malade a un *passé lithiasique* net avec coliques néphrétiques. Il s'impose également quand l'anurie succède immédiatement à une colique néphrétique. Mais l'anurie calculeuse peut survenir au cours d'une bonne santé apparente; il faut faire préciser au malade les antécédents de lithiase : douleurs de la région lombaire influencées par les mouvements, sable dans les urines, quelquefois des hématuries. Le diagnostic sera confirmé par l'examen qui montrera toute la série des points douloureux : lombaire, uretéraux.

Ce diagnostic doit être complété par la *notion du côté bloqué* qui est d'une importance capitale pour le traitement chirurgical. On se base sur la localisation de la douleur spontanée ou provoquée, sur la contracture des muscles lombaires du côté atteint; mais les renseignements fournis par la palpation sont souvent insuffisants et il faut recourir à d'autres explorations :

La *cystoscopie* montre que le méat uretéral du côté bloqué est œdématié et laisse s'écouler du sang;

Le *cathétérisme uretéral* permet parfois de percevoir le calcul; mais c'est un procédé infidèle car la sonde peut refouler le calcul ou passer à côté.

Seule la *radiographie* donne des renseignements, à la condition toutefois qu'il s'agisse de calculs opaques aux rayons X. Elle montre, en effet, l'existence et le siège du calcul, fournissant ainsi des données de la plus grande importance pour l'intervention chirurgicale.

BIBLIOGRAPHIE. — De l'anurie calculeuse, en particulier de son traitement par le cathétérisme des uretères, *Gaz. des hôpit.*, Revue générale par Eliot, 1911, nos 68-71. — Anurie, *Gaz. des hôpit.*, Revue générale par Fruchaud-Brin, 1921, n° 65. — *Traité de médecine* Gilbert et Thoinot. — *Traité de chirurgie* Le Dentu-Delbet.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 34, p. 551, et n° 36, p. 582.

Station climatérique de Leysin. Etudes sur la tuberculose (5e série), par les docteurs BURNAND, GROSJEAN, JAQUEROD, PIGUET, DE REYNIER, ROSSEL, SILLIG, et M. le docteur ès sciences J.-V. BERGEN, avec une préface de M. DEMIÉVILLE, professeur à l'Université de Lausanne. In-8 de 518 pages. — Prix : broché, 15 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


CŒUR
SIROP DE DIGITALE DE LABELONYE
PHARMACIEN
99, Rue d'Aboukir
PARIS
TOUS LES PRINCIPES ACTIFS DE LA DIGITALE
DOSES : 3 CUILLERÉES A SOUPE PAR 24 H. A DISTANCE DES REPAS


SYPHILIS
ArtérioSclérose
GLOBULES
FUMOUZE
IODURE DE POTASSIUM
2 Formules { 0 gr 25 / 0 gr 10


CONSTIPATION
SUPPOSITOIRES CHAUMEL
pour ADULTES
Effet produit EN UNE DEMI-HEURE
pour ENFANTS
ÉTABLISSEMENTS FUMOUZE, 78, Faubourg Saint-Denis - PARIS


Voies Urinaires
CAPSULES
RAQUIN
COPAHIVATE DE SOUDE
6 à 12 par jour

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 25 francs par an.



ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Sont nommés médecins des hôpitaux :
MM. Tinel, Touraine et Charles Richet fils.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — *Epreuve orale.* — Séance du 15 mai. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de l'asthme. »
MM. Rouget, 19 ; Ramadier, 18 ; Halphen, 19 ; Bloch, 18.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Orléans. — Un concours pour trois places d'internes titulaires aura lieu le lundi 24 juillet 1922, à 2 h. 1/2, salle de la bibliothèque.

Pour tous renseignements et pour s'inscrire, s'adresser au directeur des hospices d'Orléans.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours de l'adjuvat. — Liste des candidats : MM. Ecot, Peltier, Soupault, Thalheimer, Aurousseau, Gueullette, Gaume, Velti, Chastang, Chevallier, Mérot, Brouet, Huet, Bertrand, Lemariée.
Epreuve écrite. — Séance du 17 mai. — Questions données : « Branches de l'artère axillaire. — Mastication. »
MM. Ecot, 25 ; Peltier, 27 ; Soupault, 26 ; Thalheimer, 23.

— La chaire de pharmacologie et matière médicale et la chaire de clinique obstétricale de la Faculté de médecine de l'Université de Paris sont déclarées vacantes.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres. (*J. O.*, 14 mai 1922.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille — Un concours pour une place de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira à l'Ecole de médecine de Marseille le lundi 26 juin 1922.

— Un concours pour un emploi de chef des travaux de pharmacie et de chimie biologique s'ouvrira à Marseille le 26 juin 1922.

— Reims. — Un concours s'ouvrira, le 15 novembre 1922, devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours. (*J. O.*, 13 mai 1922.)

UNIVERSITÉ DE LONDRES. — Les trois leçons suivantes seront faites à l'Université de Londres : le lundi 22 mai, M. le prof. F. Widal traitera la question de l'antianaphylaxie ; le jeudi 25 mai, M. le prof. Vaquez parlera sur l'érythrémie ; et, le mercredi 31 mai, M. Babinski examinera la question des réflexes de défense.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Un concours pour le recrutement de douze médecins de colonisation sera ouvert le 5 juillet 1922, à Alger (Faculté de médecine), à Paris (office de l'Algérie), à la préfecture des villes possédant des facultés ou écoles de médecine.

Les médecins de colonisation sont répartis en six classes qui correspondent à des traitements variant entre 8.000 francs et 12.000 francs.

Les médecins de colonisation, citoyens français, bénéficient, en outre, de l'indemnité algérienne correspondant à 25 p. 100 du montant de leur traitement.

En dehors de leur traitement et de la clientèle payante ces médecins reçoivent, à défaut du logement en nature, une indemnité de logement à la charge des communes de la circonscription, et des indemnités diverses, notamment pour les transports judiciaires, les expertises médico-légales, les vaccinations et revaccinations, le service des infirmeries indigènes et des dispensaires communaux, etc.

Pour tous autres renseignements, s'adresser à la direction de l'intérieur, 2e bureau du gouvernement général de l'Algérie.

Les demandes d'admission au concours devront parvenir au gouvernement général avant le 5 juin 1922. (*J. O.*, 14 mai 1922.)

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un poste de médecin chef de service est vacant à l'asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

Le poste de directeur médecin de l'asile public d'aliénés de Châlons-sur-Marne sera vacant à dater du 1er juillet 1922.

HOTEL-DIEU. — Cours sur « les colloïdes en médecine », par M. Kopaczewski, lundi, mercredi et samedi, à 18 heures, amphithéâtre Trousseau, Hôtel-Dieu.

Ce cours, qui a commencé le 15 mai, continuera pendant les mois de mai et juin.

CHRONIQUE

PREMIÈRE LEÇON DU PROFESSEUR CLAUDE

Mardi dernier, au grand amphithéâtre, leçon inaugurale de M. H. Claude. Groupés autour de lui, tous ceux qui sont l'honneur de notre Faculté. Sur les bancs, des élèves, des amis, des collègues. Partout, de la jeunesse : dans l'air, dans l'auditoire, dans les paroles du nouvel élu.

Sa leçon débute, selon l'usage, par des actions de grâces : au professeur Bar, qui a réussi, sur lui, une belle opération obstétricale : en attirant son attention sur les *Folies puerpérales*, n'a-t-il pas, sans le savoir, fait subir à son esprit une savante « version », et, du petit externe jusqu'alors perdu dans le diagnostic des présentations, fait un aliéniste? Au professeur Bouchard, l'un des hommes qui ont exercé, sur la Médecine, l'influence la plus profonde et la plus durable et dont tous ceux qui ont eu le bonheur de vivre dans son intimité gardent le souvenir ému. Au professeur Pierre Teissier, auprès duquel, aux heures difficiles, il a toujours trouvé l'accueil qui réconforte. Au professeur Gilbert, le Chef d'Ecole par excellence. Au professeur Raymond, dont le sens avisé avait depuis longtemps saisi que l'on ne peut être neurologiste sans être aussi psychiâtre, et qui, dans ses cours, accordait une si grande place à l'étude des Psychonévroses.

Après les remerciements aux Maîtres, l'évocation brève des prédécesseurs : Benjamin Ball, fin lettré, artiste de la phrase, grand magicien des mots; Joffroy, épris de perfection et poussant la conscience jusqu'au scrupule; Gilbert Ballet, orateur prestigieux, dont l'éloquence a laissé, dans l'esprit de ceux qui l'ont entendu, comme un éblouissement plein d'ombres ; Dupré, magnifique intelligence, aussi apte aux minutieux travaux d'analyse qu'aux brillantes synthèses, et auquel la Destinée n'a pas permis de donner toute sa mesure.

Après eux, mais non autrement qu'eux, M. Claude se propose de faire connaître la Psychiatrie aux étudiants, et de la leur faire aimer, en leur montrant qu'elle relève des mêmes méthodes d'examen que les autres branches de la médecine, et que la plupart des aliénés guérissent, à condition d'être pris à temps, et traités avec méthode.

Comment réaliser ce désir ?

Serait-ce en convoquant les élèves dans ces *services fermés* installés conformément à la loi du 30 juin 1838, où l'on ne trouve qu'épaves humaines, que déchets sociaux, et dont seuls franchissent les portes ceux qui ont laissé toute espérance?

Assurément non. Un enseignement profitable ne peut être organisé que dans des *services ouverts* destinés aux *petits mentaux*, c'est-à-dire à ceux qui ne sont pas encore sérieusement atteints, et qui, convenablement soignés, peuvent et doivent guérir. En principe, ces services devraient comporter une consultation externe, où l'on s'occuperait, non seulement de traiter, mais aussi de dépister les malades; un dispensaire, et, enfin, des salles réservées aux sujets dont l'état nécessite une hospitalisation plus ou moins prolongée.

Malheureusement, ces services sont encore l'exception, à Paris du moins, et, jusqu'à ces dernières années, des services « ouverts » inexistants, des services « fermés » à tous, et surtout aux étudiants, voilà les « ressources » qu'une Administration aboulique, amnésique et rétrograde nous offrait généreusement. Pinel a fait tomber les chaînes des bras des aliénés. Quel nouveau Pinel fera tomber les chaînes qui entravent le libre essor de l'enseignement psychiatrique? Qui, parmi les hauts fonctionnaires, comprendra la Psychiatrie et en discernera l'intérêt social?

Social, et non seulement médical. Car, en toutes circonstances, cette Science doit être appelée à donner son avis. Chez l'enfant, elle permet, grâce à l'emploi de méthodes précises, de différencier l'anormal du normal et de séparer le bon grain de l'ivraie ; elle empêche de grouper, sous prétexte qu'ils ont même âge, même poids et même taille, des enfants d'intelligence essentiellement différente; elle conseille les parents, lorsque, le temps d'école une fois terminé, se pose l'angoissante question du choix d'une carrière. Chez l'adulte, elle s'occupe autant de prophylaxie que de thérapeutique. Elle dépiste les « candidats » à l'aliénation et les met dans l'impossibilité de nuire. Elle enseigne la justice aux juges en leur démontrant que, sous le criminel, se cache souvent un malade. Sans verser dans le symbolisme, elle s'attache à mettre en lumière le rôle que jouent les modifications du caractère dans le développement de certaines psychoses. Simplement, sans terminologie spéciale, ainsi qu'il convient à « une langue bien faite », elle remplit sa tâche. Tâche immense et bien digne de passionner, s'il est vrai qu'elle consiste à faire, comme l'a dit un médecin d'esprit, la Médecine de l'Esprit !

De longs applaudissements saluent la péroraison de cette leçon, aussi remarquable par sa forme que par l'élévation de la pensée. La Faculté a été bien inspirée en confiant à M. Claude une des chaires les plus en vue. Il pourra y déployer les qualités de maîtrise que nous lui avons toujours connues et donner, à l'enseignement des Maladies mentales, la place qui doit légitimement lui revenir.

L. BABONNEIX.

FÊTE ANNUELLE ORGANISÉE PAR LA SECTION DE MÉDECINE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS DE PARIS

Suivant une heureuse tradition, la section de médecine de l'A. recevait, la semaine dernière, rue de la Bûcherie, le Doyen et les Professeurs de la Faculté de médecine.

Une très nombreuse assemblée remplissait la salle des fêtes dont les honneurs étaient très aimablement faits par le président de la section M. Crouzat, par MM. Gély et Minière, vice-présidents, et par leurs camarades MM. Lehmann, Rousseau, Bloch, Viguier et Zouitin.

M. le Doyen Roger prit le premier la parole pour dire le plaisir qu'il éprouve, ainsi que ses collègues de la Faculté, à assister chaque année à cette réception de l'A. dont tous les professeurs de la Faculté font, d'ailleurs, partie. Nous savons, d'autre part, l'intérêt avec lequel le Doyen étudie toutes les questions qui lui sont soumises par la section de médecine. Il en donne une nouvelle preuve en annonçant que le rapport adressé par la section, rapport demandant la *diminution des droits de laboratoire* afférant au cours de perfectionnement, venait de recevoir l'approbation du Conseil de la Faculté et qu'il avait été transcrit avec avis très favorable à M. le Recteur. Il est inutile de dire qu'il est acclamé par les étudiants.

M. Roger cède alors la parole à M. Crouzat. Celui-ci dans un discours très substantiel et d'une heureuse forme, remercie le Doyen et les Professeurs qui ont bien voulu assister à la réception, puis il trace à grands traits l'historique de l'Association et de la section de médecine qui s'efforce de faciliter le travail des étudiants et d'alléger leurs charges. La déclaration de M. le Doyen, au sujet des droits de laboratoire, montre que la section est écoutée.

En terminant, M. Crouzat adresse, au Doyen, une requête pressante. Au nom de ses camarades, il demande « une meilleure adaptation du nouveau régime d'études afin de permettre aux étudiants, préparant l'internat, de ne pas voir constamment sur leur tête une épée de Damoclès, je devrais dire, ajoute M. Crouzat : le sabre des examens et des interrogations ».

Une fête artistique succéda aux discours, et la charité ne perdant jamais ses droits dans une réunion confraternelle, une quête au profit de la Maison du médecin termina cette belle soirée.

A. BROCHIN.

REVUE GÉNÉRALE

LA NÉVRALGIE FACIALE

(ÉTUDE CLINIQUE)

Par M. J. TURRIÉS.

On appelle névralgie faciale, un état douloureux qui siège dans le territoire des nerfs sensibles du trijumeau.

Synonymie : Névralgie du trijumeau, maladie de Fothergill, prosopalgie (de πρόσωπον = visage). *Abréviation :* N. F.

On réserve le nom de « tic douloureux de la face » à une variété spéciale de névralgie faciale.

Rappels anatomiques et physiologiques. — C'est le trijumeau qui est responsable de la N. F. Ce nerf naît du mésocéphale, sur les côtés de la face antérieure de la protubérance, par deux racines adossées : l'une petite et motrice, l'autre grosse et sensitive. De là, ces racines se portent vers le sommet du rocher où elles rencontrent le ganglion de Gasser : la racine sensitive seule pénètre dans ce ganglion. Celui-ci, à son tour, donne issue par sa portion antérieure aux trois troncs terminaux suivants : ophtalmique, maxillaire supérieur, maxillaire inférieur. La racine motrice, par contre, garde son indépendance vis-à-vis du ganglion de Gasser : elle vient se fusionner, un peu en avant de lui, avec le nerf maxillaire inférieur, lequel devient, par conséquent, un nerf mixte, alors que l'ophtalmique et le maxillaire supérieur restent exclusivement sensitifs.

Principales branches de l'ophtalmique : nasal (interne et externe); frontal, lacrymal, nerfs ciliaires (par l'intermédiaire du ganglion ophtalmique).

Principales branches du maxillaire supérieur : collatérales : rameau orbitaire, nerf dentaire (antérieur et postérieur) et par l'intermédiaire du ganglion de Meckel : nerfs: pharyngien de Bock, sphéno-palatins. Terminale : nerf sous-orbitaire.

Principales branches du maxillaire inférieur : temporal profond moyen, temporo-buccal, temporo-massetérien, ptérygoïdien interne, dentaire inférieur et lingual. Ganglion otique d'Arnold.

Le trijumeau tient sous sa dépendance la *sensibilité* cutanée et muqueuse de la face et de ses cavités annexes et d'une grande partie de la langue. En outre le maxillaire inférieur a, sous son influence, la *fonction masticatrice*.

Etiologie. — *Fréquence.* — Variable selon les auteurs. Pour les uns, ce serait la névralgie la plus fréquente; pour les autres, elle ne viendrait qu'en troisième ligne, après la sciatique et la névralgie intercostale.

Sexe. — Peu de différences. Il faut noter chez la femme, l'influence des poussées de la vie génitale (menstruation, ménopause...), favorisant nettement l'éclosion de la N. F.

Côté. — Plus fréquente à droite. Pour Sicard, cela serait dû à ce que les trous de la base du crâne du côté droit, seraient diminués dans leur calibre par rapport à ceux du côté gauche. Ce rétrécissement des trous de la base jouerait un rôle important dans l'étiologie de la N. F. essentielle.

Froid. — Le froid, l'humidité, les brusques variations de température ont un rôle réellement important dans l'éclosion des crises.

Profession. — Fréquence à remarquer chez les cuisiniers à cause des changements fréquents et brusques de température, auxquels ils sont soumis.

Emotions. — Rôle prédisposant réel, mais sans être capital ainsi que le prétendent certains malades.

Causes déterminantes. — Toutes les causes étudiées ci-dessus ne constituent que des prédispositions. Il nous reste à étudier les véritables causes de la N. F. On peut les diviser en : causes d'ordre local, causes d'ordre général. A part de ces deux catégories, se place la N. F. essentielle.

I. Causes d'ordre local. — L'agent qui détermine et entretient la N. F. peut siéger sur tout le trajet du nerf trijumeau : nous le rechercherons au niveau des terminaisons du nerf, des troncs, des origines.

A. *Au niveau des terminaisons du trijumeau.* — *Bouche.* — 1. Les diverses *stomatites* et le cancer de la langue.

2. Beaucoup plus fréquemment, on trouve une *origine dentaire*. Le rôle des dents a été longtemps discuté ; il est actuellement admis par tous les auteurs : il peut s'exercer de plusieurs façons.

a. Par l'*éruption dentaire*, surtout celle de la dent de sagesse, quand celle-ci ne peut sortir normalement.

b. Par la *carie :* la carie est une ulcération progressive des tissus de la dent; sa symptomatologie fonctionnelle est presque entièrement constituée par une très légère prosopalgie qui peut s'exaspérer, surtout en cas d'infection aiguë : pulpite, périostite alvéolo-dentaire avec ou sans abcès, ou bien en cas d'obturation de la carie, quand la désinfection n'a pas été suffisante ; de même en cas de pyorrhée alvéolo-dentaire (avec ou sans gingivite).

c. A la suite de traumatismes accidentels ou opératoires, tels qu'ablation d'une dent (1).

Nez. — *a.* Inflammations aiguës ou chroniques de la muqueuse et des sinus, surtout de ces derniers : névralgies sus-orbitaires par lésions du sinus frontal.

b. A la suite d'interventions thérapeutiques, par le fait de cicatrices enserrant des rameaux nerveux.

Œil. — *a.* Inflammations : conjonctivites, iritis, irido-choroïdites.

b. Moins fréquemment : glaucome, mauvaise correction des vices de réfraction, certaines dacryocystites.

Oreilles. — *a.* Essentiellement : lésions de l'oreille externe : furoncle, etc.

b. Exceptionnellement : otites moyennes.

Face. — Fractures des os de la face et du front. Corps étrangers irritant les plexus sensitifs. Lésions cutanées diverses.

B. *Au niveau des troncs nerveux.* — *Irritations d'ordre extrinsèque.* — 1. Traumatisme des troncs : simple contusion ou plaie par instrument tranchant, piquant ou contondant.

2. Compression des troncs par : ganglions enflammés, kystes, anévrismes, cancers, etc.

---

(1) Rappelons aussi que l'on a cité des cas où la névralgie faciale était sous la dépendance des dents incluses dans les maxillaires, d'où en cas d'étiologie obscure, utilité de la radiographie de ces deux os.

3. Tuberculose ou syphilis des os de la face; fréquent.

Irritations d'ordre intrinsèque. — 1. Fibromes, gliomes, névromes des troncs.

2. Sclérose des artérioles nerveuses (artériosclérose).

3. Dilatation variqueuse des veines du nerf.

C. *Au niveau des origines du trijumeau.* — 1. Exostoses, cals (ancienne fracture du crâne), néoformations d'origine syphilitique ou tuberculeuse, ou cancéreuse au niveau du ganglion de Gasser.

2. Tumeurs de la base du cerveau.

3. Tumeurs du ganglion de Gasser lui-même : cholestéatome, neurogliome.

II. Causes d'ordre général. — Les causes d'ordre général peuvent appartenir à une des trois catégories suivantes :

Infections. — 1. Aiguës : grippe, typhoïde, érysipèle, rougeole, etc.

2. Chroniques : *tuberculose, syphilis, paludisme.* Nous reviendrons plus loin sur des affections.

Intoxications. — 1. Endogènes : *diabète*, goutte.

2. Exogènes : mercure, iode, plomb.

Diathèse. — Le *neuro-arthritisme* doit être invoqué, comme cause, dans certains cas à étiologie obscure. Son rôle ressort des constatations suivantes :

1. Rapports étroits de certaines N. F. avec la migraine, les deux affections se juxtaposant ou se succédant.

2. Coexistence de l'asthme et du tic douloureux de la face. [Les théories actuelles (vagotonie + anaphylaxie) de l'asthme n'empêchent pas cette affection de se manifester électivement chez les neuro-arthritiques, comme l'ont fort bien vu les anciens cliniciens.]

3. Il existe, chez certains arthritiques, des N. F. nettement métastatiques qu'on voit alterner avec des attaques de goutte, la suppression d'un flux hémorroïdaire, des poussées de dermatoses, d'autres névralgies, etc.

4. Importance de l'hérédité dans les formes graves de prosopalgies.

Nous étudierons plus loin la N. F. essentielle.

Etude clinique. — Il est difficile de trouver, dans les auteurs qui se sont occupés de la N. F., une description univoque. Cela tient à la variabilité des manifestations et des causes de l'affection : les uns font jouer dans leur classification des prosopalgies un rôle essentiel aux phénomènes purement cliniques et étudient séparément la grande et la petite névralgies comme deux entités morbides nettement définis, les autres divisent leur sujet d'après la seule étiologie en névralgies essentielles et névralgies symptomatiques.

Il nous semble qu'en réalité, ce ne sont là que des formes cliniques, variables selon les sujets, et que de l'ensemble de ces formes, il est possible de tirer un *syndrome névralgique facial*, toujours à peu près identique à lui-même dans les différents cas.

Nous décrirons donc : d'abord le syndrome névralgique facial, ensuite les modalités, selon lesquelles ce syndrome peut se manifester en clinique.

Le syndrome névralgique facial. — Le syndrome N. F. est essentiellement constitué par l'apparition d'accès paroxystiques douloureux : ce sont ces accès paroxystiques, ces élancements douloureux qui, malgré les grandes différences individuelles possibles, constituent le fond commun qui caractérise le N. F. dans ses différentes formes.

Ces élancements douloureux siègent au niveau des branches de terminaison du trijumeau : ils peuvent se manifester au niveau des trois branches ou bien simplement au niveau d'une seule et, dans ce cas, c'est le plus souvent l'ophtalmique qui est atteint : viennent ensuite le maxillaire supérieur, puis le maxillaire inférieur. Le paroxysme peut débuter, soit au niveau des dents (et dans ce cas, le malade convaincu que là est l'origine de ses souffrances, se fait peu à peu arracher toute sa dentition), soit au niveau des parties molles de la face. De là, les *irradiations* se font dans tout le domaine de la branche atteinte (des trois branches si les trois sont frappées), mais dans la majorité des cas, elles ne sont pas très étendues; leur trajet peut d'ailleurs varier : tantôt elles descendent, tantôt remontent le parcours du nerf.

L'*intensité* de ces paroxysmes est toujours très violente : c'est un élancement soudain qui, en vérité, *explose* tout d'un coup en un point déterminé de l'hémiface. Rapidement, il s'accompagne d'irradiations fulgurantes : le malade porte la main à son visage, cherchant par la compression à atténuer le mal : son visage se fige, la bouche entr'ouverte pour éviter tout mouvement et il reste ainsi dans une véritable angoisse, pendant un long instant, dans l'attente redoutée d'un nouvel élancement. Ces *élancements sont comparés* par les malades à des sensations très différentes : piqûres, brûlures, décharges électriques, impression que le visage est transpercé de part en part; d'autres fois, sensation de constriction aiguë et brutale, ou bien d'arrachement.

Le *nombre* de ces élancements varie prodigieusement selon les cas; leur groupement caractérise l'*accès* douloureux. Au bout de quelques minutes tout est fini, la douleur a cessé, laissant après elle un vague engourdissement local avec sensation de bien-être.

Le *retour des accès* échappe à toute description : certains n'en ont qu'un seul, ou deux ou trois par jour; chez d'autres, ils sont subintrants et réalisent un véritable état de mal névralgique. Quelquefois, ils sont périodiques; exclusivement diurnes chez quelques-uns, ils sont le plus souvent diurne et nocturne à la fois; le caractère exclusivement nocturne appartient à la syphilis. Dans tous les cas, leur apparition est très nettement influencée par certaines causes provocatrices. Ces *causes provocatrices* sont le plus souvent incriminés : mastication, déglutition simple, parole, toilette du visage, une différence de température, un courant d'air, le froid, une modification physiologique, telle que les règles, etc... Pour éviter toutes ces causes, le malade reste immobile, figé, n'osant ni parler, ni avaler sa salive qui s'écoule aux commissures, ni parfois même s'alimenter et il refuse toute nourriture. D'autres renoncent à toute toilette du visage et encerclent leur tête sous des voiles protecteurs à l'abri desquels ils vivent des journées angoissées, ou ne consentent à marcher qu'en se servant de semelles caoutchoutées pour amortir le choc des pas (Sicard).

L'*état général*, si l'affection dure un certain temps, peut s'altérer, même gravement, à cause de l'intensité des douleurs, de l'absence de sommeil, et de

l'hypo-alimentation : amaigrissement, affaiblissement général.

Tout ce qui précède constitue, par son ensemble, un véritable tableau, lequel malgré des différences individuelles qui sont surtout des différences d'intensité, réalise le syndrome névralgique facial type. *Plus ou moins atténué, plus ou moins accentué, on retrouvera ce syndrome dans tous les cas de N. F.*

Mais, de nombreuses circonstances interviennent qui peuvent lui ajouter de nouveaux caractères, et ce sont ces caractères secondaires qui vont constituer, sur le fond persistant du syndrome, des formes cliniques variables. Concluons donc, en terminant ce chapitre, que l'*essence de la prosopalgie c'est l'élancement douloureux paroxystique.*

Formes cliniques. — Nous distinguerons :

1. Des formes selon l'intensité des manifestations et l'évolution;
2. Des formes selon l'étiologie.

I. FORMES SELON L'INTENSITÉ DES MANIFESTATIONS ET L'ÉVOLUTION. — C'est ici que nous classerons les deux modalités décrites classiquement : la petite et la grande névralgie faciale. Nous y ajouterons le « névralgisme » de Sicard.

PETITE NÉVRALGIE FACIALE. — Cette variété de prosopalgie porte le nom de petite névralgie faciale à cause de sa durée qui est ordinairement courte, de sa résistance le plus souvent peu prononcée au traitement approprié, de sa non-récidive fréquente. Enfin, d'après Lévy, ses causes seraient le plus souvent des causes locales relativement faciles à mettre en évidence.

Mais, mieux que par les caractères précédents, la petite névralgie faciale se définit avant tout par l'existence entre les élancements douloureux paroxystiques d'une douleur continue, et l'existence de douleurs provoquées (Lévy).

La douleur continue. — Elle est peu violente. C'est plutôt une espèce de sensation de pesanteur, de courbature, ou plus justement de contusion : il semble au malade qu'il ressent à l'hémiface l'endolorissement qui suit les traumatismes.

Son siège est ordinairement diffus : elle s'empare selon les cas de toute la moitié de la face, ou bien seulement des territoires sus-orbitaire ou sous-orbitaire. Elle ne présente que peu ou pas d'irradiations.

Elle ne subit pas, *pour elle-même*, l'action des causes provocatrices. Quand celles-ci agissent, elles déterminent l'apparition d'une explosion algique.

Les élancements douloureux paroxystiques présentent dans leur ensemble les caractères décrits plus haut. Ils sont, dans cette forme, inconstants, mais apparaissent malgré tout toujours à un moment donné de l'évolution. Ils se manifestent par accès et non isolés, et ces accès intensément douloureux tranchent sur le fond de la douleur continue qui reste, elle, supportable.

Les douleurs provoquées. — Elles sont *caractéristiques de la petite névralgie.* On peut les définir ainsi : la pression exercée sur le trajet du nerf est particulièrement douloureuse en certains points (points de Valleix) : *a.* là où le nerf émerge d'un canal osseux; *b.* là où il traverse les muscles pour gagner la peau ; *c.* là où il devient très superficiel et s'épanouit dans les téguments.

Ces points douloureux sont nombreux : trois d'entre eux sont excessivement importants, ce sont :

1. Pour la névralgie ophtalmique, le *point sus-orbitaire* à l'émergence du nerf frontal, au milieu et au-dessus de l'arcade sourcilière.
2. Pour la névralgie du maxillaire supérieur, le *point sous-orbitaire*, épanouissement et émergence du nerf de même nom dans la fosse canine.
3. Pour la névralgie du maxillaire inférieur, le *point mentonnier* au niveau du trou de même nom.

Les autres points sont plus rares. Nous citerons seulement :

1. Dans la zone ophtalmique, le point nasal un peu en dedans de l'angle interne de l'œil, le point palpébral à la partie externe de la paupière supérieure (nerf lacrymal).
2. Dans la zone sous-orbitaire, le point malaire et les points dentaires supérieurs.
3. Dans la zone du maxillaire inférieur, les points temporal, dentaires inférieurs, labial inférieur.

Autres manifestations de la petite N. F. — La petite N. F. peut se compliquer, en plus des manifestations douloureuses, de troubles de la sensibilité objective, de troubles vaso-moteurs et sécrétoires. Mais ces troubles associés sont peu prononcés dans cette forme, et nous en renvoyons l'étude à la grande névralgie dans laquelle ils sont toujours très nets.

Evolution de la petite N. F. — Le début est rarement brutal, mais graduel et insidieux. La douleur continue s'installe hypocritement, étonnant le malade plus que ne l'effrayant. Mais bientôt cette douleur sourde se complique d'accès paroxystiques; ceux-ci pouvant affecter une périodicité très variable (voir plus haut).

Après une durée également variable, et sous l'influence d'une thérapeutique appropriée et surtout causale, les douleurs diminuent peu à peu et disparaissent. Elles pourront récidiver dans un temps indéfini, ou ne jamais reparaître.

GRANDE NÉVRALGIE FACIALE. — Ainsi appelée en raison de sa longue durée, de ses nombreuses récidives, de sa ténacité. D'après Lévy, elle serait remarquable aussi le plus souvent par l'obscurité de ses causes; fréquemment la diathèse arthritique serait à son origine. Trousseau l'a décrite sous le nom de « névralgie épileptiforme ».

D'après Sicard, le tableau clinique de cette affection est comparable à un drame en trois actes :

Premier acte. — La douleur entre en scène la première, sans motifs ou sous l'influence d'une cause provocatrice (voir plus haut). Le sujet ressent soudainement un élancement atrocement douloureux au niveau de l'arcade sourcilière, ou du nez, ou d'une lèvre, ou aux dents. Les irradiations fulgurantes apparaissent : nous retrouvons ici le schéma du syndrome névralgique facial. A retenir : les douleurs provoquées à la pression sont moins marquées que dans la petite névralgie.

Deuxième acte. — Joué par le nerf facial : après l'élément uniquement sensitif, l'élément moteur; localement se dessinent des frémissements, des trémulations sur certains muscles, surtout le risorius, le mentonnier, l'élévateur de la lèvre supérieure. Puis toute la moitié correspondante de la face participe à ce clonus; la douleur atteint à ce moment son apogée. C'est là le type de la névralgie épileptiforme de Trousseau ou « tic douloureux de la face ». Cet acte dure deux à trois minutes.

Comment expliquer l'intervention du facial? Par

les *anastomoses* des filets terminaux du trijumeau et du facial au niveau des téguments de la face, de nombreux rameaux sensitifs du trijumeau remontant plus ou moins haut le long des rameaux de la VIIe paire.

Troisième acte. — Joué par le sympathique; les téguments de la face rougissent, les muqueuses buccale, lacrymale, nasale se congestionnent; l'œil s'injecte; toute l'hémi-face est chaude et colorée. En même temps la sécrétion salivaire est exagérée, l'œil est baigné de larmes. Bientôt alors le calme se fait et revient complet, sans douleur continue persistante autre qu'une hyperesthésie cutanée qui cèdera au bout de peu de temps. Mais le malheureux algique va vivre à partir de ce moment dans la crainte perpétuelle de la récidive.

Comment expliquer l'intervention du sympathique? Par les nombreuses attaches qu'il a avec le trijumeau, principalement au niveau des ganglions : ophtalmique, de Meckel et otique.

Pratiquement, le tableau clinique n'est pas toujours aussi impressionnant : tout peut se borner à la crise douloureuse, sans spasme, et la crise douloureuse elle-même peut être moindre en intensité et en durée.

En résumé et *schématiquement, les trois acteurs de ce véritable drame sont successivement : le trijumeau, le facial, le sympathique.*

Autres troubles associés de la grande N. F. — Dans un certain nombre de cas, outre les diverses manifestations précédentes on peut encore observer :

1. Des *manifestations sensitives objectives* : hyperesthésie, paresthésies variées, hypo ou anesthésie dans le territoire trifacial. L'hyperesthésie peut être telle que le simple contact d'un cheveu provoque des douleurs atroces.

2. Des *manifestations sensorielles :* troubles des perceptions et sensations anormales au niveau des divers organes des sens. Quelquefois photophobie, surdité passagère.

3. Des *troubles trophiques :* dans les N. F. invétérées, on constate du côté des téguments les manifestations suivantes : la peau est lisse et amincie, atrophié, quelquefois épaissie; les cheveux se décolorent et tombent. Gubler a rapporté un exemple curieux de troubles trophiques : chez un homme atteint de N. F., les cheveux qui poussaient pendant les crises étaient blancs, de telle sorte qu'au bout d'un certain temps la chevelure avait un aspect zébré. Des éruptions zostériformes peuvent apparaître; d'autres fois c'est un œdème plus ou moins prononcé de la face. Enfin, une otite suppurée vient parfois compliquer une ancienne névralgie du trijumeau; on tend à la rapporter aussi à un trouble trophique (Berthold).

Evolution de la grande N. F. — Particulièrement longue, elle débute en pleine santé par un paroxysme douloureux. Alors s'installent des périodes douloureuses séparées par des accalmies de longue durée. Ces accalmies spontanées permettent rarement de parler de guérison. Cette *alternance capricieuse des périodes douloureuses et d'indolence* dure presque indéfiniment, résistant au temps et à la thérapeutique. Le suicide n'est pas rare de malades à bout de forces et découragés.

Pour résumer tout ce qui précède et synthétiser d'un mot la petite et la grande prosopalgie, nous dirons que : la petite N. F. est caractérisée par l'existence de douleurs continues et de douleurs à la pression des nerfs; la grande N. F. par la coexistence des spasmes et l'intensité des phénomènes sympathiques. Il est évident que les intermédiaires peuvent se rencontrer.

Névralgisme facial. — Sicard appelle ainsi des douleurs de la face, vagues, diffuses, souvent bilatérales, survenant en général chez des sujets prolixes, abondants en détails sur leurs douleurs, ayant une attitude souvent spéciale : geignards, hypocondriaques, que rien ne distrait de leurs préoccupations algiques.

Il s'agit là, en somme, plutôt que d'états algiques vrais, de paresthésies, d'allure anesthopathique (Dupré), avec idée obsédante pouvant aboutir à une véritable psychose de revendication vis-à-vis du médecin qui a soigné le sujet. On reconnaîtra ces réactions paresthésiques à leur caractère diffus, continu, très différent des douleurs explosives et intermittentes de la N. F. vraie, et à l'état psychique spécial du malade.

II. Formes cliniques selon l'étiologie. — Nous étudierons seulement quelques types principaux que certains caractères différencient un peu de l'ensemble des autres prosopalgies.

Névralgies dentaires. — Peuvent se présenter de plusieurs façons :

1. Tantôt la douleur reste exclusivement localisée à une dent malade, et il n'y a pas de N. F. proprement dite.

2. Tantôt la douleur irradie et diffuse, d'une façon variable selon le siège de la dent malade : pour les dents supérieures, les douleurs siègent à l'œil, au front, à la tempe; pour les dents inférieures, le long du maxillaire, à l'oreille, à la joue.

3. Une des plus curieuses formes de N. F. d'origine dentaire est la *névralgie des édentés* : il s'agit d'anciens prosopalgiques le plus souvent, qui, bien que s'étant fait enlever toutes leurs dents malades (édentés) continuent à souffrir, parfois même davantage; certains auteurs pensent qu'il s'agit là d'un névrome consécutif à l'avulsion de la dent et irritant l'extrémité périphérique des nerfs dentaires. Il est évident que, pour que l'on puisse dire névralgie des édentés, il faut l'absence de toute autre cause possible de N. F.

Névralgie tuberculeuse. — Assez fréquente dans la tuberculose pulmonaire et souvent précoce. Elle est très variable comme apparence, ordinairement peu intense; mais elle présente un caractère fréquent, c'est d'alterner avec d'autres névralgies : sciatique, intercostale. Une névralgie sciatique, ou intercostale, ou faciale, tenace, relativement peu violente, survenant chez un jeune sujet amaigri doivent inciter à l'examen du poumon.

Ce sont probablement là des signes de la septicémie des phtisiques.

Névralgies syphilitiques. — Nous classerons les N. F. d'origine spécifique en quatre catégories :

Première catégorie : Névralgie de la période secondaire. — Ordinairement perdue au milieu des autres signes de l'infection secondaire, à cause de son peu d'intensité; elle atteint surtout le sus-orbitaire et se trouve le plus souvent étiquetée : céphalée de la syphilis secondaire. Elle est mobile, avec recrudescences vespérale ou nocture, facile à guérir.

Deuxième catégorie : Névralgie tertiaire. — Survenant de nombreuses années après le chancre, elle

est due ordinairement à des compressions : gomme de la protubérance, méningite sclérogommeuse, périostite des maxillaires, etc.

Elle présente les quatre caractères importants suivants :

— paroxysmes vespéraux,

— atteinte de la sensibilité objective,

— paralysie du trijumeau moteur : parésie des masticateurs,

— troubles trophiques fréquents : herpès, kératite neuroparalytique.

En même temps, il y a lymphocytose rachidienne, et souvent, atteinte d'autres paires craniennes.

Ces névralgies sont tenaces, lentes à guérir, mais peuvent céder au traitement approprié, longtemps continué.

Troisième catégorie : Névralgie associée au tabes. — Elle marque quelquefois le début d'un tabes monosymptomatique. Elle est souvent bilatérale et frappe de préférence l'ophtalmique ou le maxillaire supérieur. Elle a les caractères de la grande névralgie. Les troubles trophiques sont fréquents : éruptions diverses cutanées ou muqueuses, mais surtout, chute spontanée des dents, mal perforant buccal.

La guérison de cette N. F. est possible par le traitement étiologique, malgré l'existence du tabes (Gougerot).

Quatrième catégorie : Névralgies réflexes, partant d'ulcérations buccales ou linguales syphilitiques. Névralgies mobiles, peu tenaces, peu intenses, cessant avec la lésion d'origine.

Névralgie paludéenne : Fréquente d'après la majorité des auteurs, très rare d'après Sicard, elle présente les caractères généraux de toutes les N. F. Mais un premier signe doit faire soupçonner l'origine palustre : c'est la localisation presque constante au *rameau frontal* (Rennes). Le critère, de sa nature, reste : d'une part, le retour périodique des accès (type quotidien, tierce, quarte) chez un sujet entaché de paludisme ; d'autre part, la ténacité, résistant à tous les traitements et cédant à une thérapeutique quinique plus ou moins prolongée.

La N. F. paludéenne alterne assez souvent avec d'autres manifestations algiques palustres : surtout *sciatique*.

Névralgie diabétique : Beaucoup plus rare que les autres névralgies. Un caractère donné comme très important par les classiques est la *bilatéralité* ; mais ce signe n'est pas constant. Ces névralgies résistent à tous les traitements nervins : au contraire, si l'on institue un régime au-dessous de la tolérance, en peu de temps la douleur diminue et alors l'antipyrine et le pyramidon le feront disparaître. Ce doit être un réflexe que d'examiner les urines d'un névralgique facial.

Névralgie zostérienne : Liée le plus souvent au zona ophtalmique, elle apparaît ordinairement avant l'éruption pour disparaître avec elle ; mais elle peut persister et est alors très tenace. Elle affecte le type de la petite ou de la grande névralgie.

Névralgie essentielle : On appelle ainsi les prosopalgies dans lesquelles l'étude attentive du malade de ses antécédents, des caractères de la maladie ne permettent pas de porter un diagnostic étiologique précis.

Voici, d'après Sicard, quelques particularités qui caractériseraient cette variété clinique :

1. Son unilatéralité.
2. Sa discontinuité.
3. Sa limitation strictement gémellaire : pas d'autres nerfs craniens atteints.
4. Sa localisation initiale à une seule branche du trijumeau : ou ophtalmique, ou l'un des deux maxillaires.

La présence de ces caractères, en l'absence d'étiologie nette, permettrait de poser le diagnostic de N. F. essentielle. Leur absence écarterait ipso facto ce diagnostic : par exemple une N. F. qui, dans ses débuts, intéresserait d'emblée les trois branches du trijumeau ne pourrait pas être essentielle.

Ces conclusions ne sont pas adoptées par tous.

Diagnostic. — I. PREMIER POINT : *Y a-t-il névralgie faciale?*

Oui, chaque fois qu'on se trouve en présence du syndrome névralgique facial, décrit plus haut, qu'il se manifeste sous l'allure d'une grande ou d'une petite névralgie.

Mais, avant d'être certains du diagnostic, nous devons éliminer un certain nombre d'affections qui, plus ou moins ressemblent à la prosopalgie.

II. DEUXIÈME POINT : *Quelles affections faut-il éliminer pour être certain du diagnostic de prosopalgie?*

L'*odontalgie simple :* L'évolution de l'affection suffit à elle seule à faire de diagnostic.

L'*empyème du sinus maxillaire* : Cette affection peut être d'autant mieux confondue avec la névralgie sous-orbitaire qu'on retrouve fréquemment dans son étiologie, une histoire de dent cariée. Mais, la région est pesante et tendue *constamment*, il peut y avoir de la fluxion de la face, la douleur à la pression n'est pas localisée au niveau du trou sous-orbitaire, souvent le malade mouche ou crache du pus. Si ces différences ne suffisent pas, la rhinoscopie et, au besoin, l'éclairage du sinus préciseront la maladie. Rappelons qu'une N. F. vraie peut être sous la dépendance d'une suppuration du sinus ; les deux affections peuvent donc coexister.

La *sinusite frontale* peut se manifester dans les cas aigus par des paroxysmes douloureux, violents, siégeant dans l'hémifront correspondant, avec larmoiement, photophobie, rougeur conjonctivale, tableau ressemblant bien à celui de la N. F. susorbitaire. Mais, ou bien la sinusite va évoluer spontanément vers la guérison et l'évolution fera le diagnostic, ou bien elle deviendra chronique et alors la douleur constante à la pression du sinus, le mouchage, à peu près constant, de pus parleront en faveur de la sinusite. Au besoin, examen par le spécialiste. Rappelons encore la possibilité de N. F. vraie sous la dépendance d'une sinusite frontale.

Arthrite temporo-maxillaire : Gêne des mouvements de mastication qui sont douloureux ; trismus, douleur provoquée en avant des tragus, gonflement localisé. Evolution.

Les diagnostics différentiels précédents de la N. F. sont à connaître, mais ils sont relativement faciles à faire, à condition d'y penser. Plus difficultueux sont les suivants :

Migraine : « L'hyperesthésie frontale, la rougeur conjonctivale, la douleur de la paupière, le larmoiement, les périodes d'alternative de crises et d'accalmie sont des symptômes communs. Mais, l'accès de migraine s'accompagne de malaise général, de nausées, de photophobie, qui ne se retrouvent pas chez l'algique facial. De plus, la migraine débute dès le jeune âge, la prosopalgie apparaît, au contraire, à

l'âge mûr et reste bien rarement localisée, à l'encontre de la migraine, à la seule branche ophtalmique... Bien des auteurs ont signalé, du reste, la transformation possible d'un état migraineux en une N. F., ou la coexistence de deux états douloureux s'associant ou s'intriquant (Sicard). » Ajoutons que dans la migraine (tout au moins la migraine ophtalmique), on peut observer soit de l'hémiopie, soit de l'amblyopie, soit des scotomes scintillants et qu'on ne trouve pas les points douloureux de la N. F. Enfin, il est de règle que dans la migraine, les accès deviennent moins intenses, moins rapprochés, moins douloureux à mesure que le malade vieillit, ce qui n'est pas le fait de la N. F. Rappelons que dans la migraine la périodicité des accès est souvent assez régulière.

Les algies sympathiques (Tinel) : On appelle ainsi des crises douloureuses dues au sympathique et analogues, comme caractères, à la causalgie, mais différant de celle-ci en ce qu'elles apparaissent spontanément, alors que la causalgie est le résultat de certaines blessures des nerfs. Ces algies sympathiques peuvent donner des manifestations absolument ressemblantes aux différentes névralgies, entre autres à la N. F.

Voici quelques caractères qui permettront de s'orienter vers la possibilité d'une origine sympathique (Tinel) :

1. Les sensations accusées, au lieu d'être de véritables douleurs, sont plus souvent des sensations particulières de tension, de *plénitude* et surtout de *chaleur* souvent intolérable. Il s'y associe quelquefois des battements artériels et des sensations d'ondée sanguine. Les malades insistent sur le caractère obsédant, *agaçant*, de ces sensations.

2. Il n'y a ni troubles objectifs de la sensibilité, ni douleurs à la pression, ni troubles moteurs spasmodiques. Par contre, il y a souvent des *troubles vaso-moteurs localisés* importants (rougeur du lobule de l'oreille et de la face, vaso-dilatation rapide sous l'air chaud). Ces troubles vaso-moteurs sont essentiels au diagnostic.

3. Les allures de ces algies sont essentiellement irrégulières. Elles s'exagèrent nettement sous l'influence des inquiétudes et des émotions ; elles s'atténuent par le repos physique et moral.

4. Elles paraissent ne survenir que chez des sujets prédisposés dont le système sympathique est particulièrement irritable.

Nous pensons personnellement qu'il serait intéressant de voir si, dans ces cas, l'*ésérine*, que l'on tend à donner actuellement comme spécifique des états sympathiques ne déterminerait pas des améliorations qui pourraient servir au diagnostic.

Il est certain que ces phénomènes demandent encore à être éclaircis. Il est bon toutefois de les avoir présents à l'esprit en cas de prosalgie.

Hystérie : L'hystérie serait capable, d'après les classiques, de donner des manifestations analogues à la N. F.

Si ressemblantes soit-elles, l'instabilité des phénomènes, leur variation d'un accès à l'autre, la recherche des stigmates, l'étude du psychisme du malade feront rattacher à la névrose ce qui lui appartient. On tablera, en outre, sur l'état général du malade, la recherche des troubles vaso-moteurs, des points douloureux, des spasmes, etc.

III. Troisième point : *Quelle est la cause de la névralgie?*

On recherchera une quelconque des causes que nous avons étudiées au début et sur lesquelles nous ne reviendrons pas par conséquent ici :

Disons seulement que *dans tous les cas, il y a intérêt à :*

1. Interroger minutieusement le malade sur ses antécédents.

2. Examiner avec soin : les dents, le nez, les sinus.

3. Analyser les urines ; prendre la tension artérielle.

4. Faire un Bordet-Wassermann.

5. Dans certains cas : analyser le liquide céphalo-rachidien et examiner le fond de l'œil (tumeur cérébrale).

IV. Quatrième point : *Quel est le siège de la lésion ?*

Est-il *périphérique ou central?* Une névralgie restant localisée à une seule branche du trijumeau est d'ordre périphérique — celle qui atteint les trois branches est liée à une altération du Gasser — celle qui occupe les deux côtés de la face doit être rattachée à une lésion des centres eux-mêmes. Ces notions-là sont classiques, mais non pathognomoniques. Verger a recommandé les injections de cocaïne sur le trajet du ou des nerfs douloureux : la cocaïne déterminerait une véritable section physiologique du nerf (van Gehuchten) et il se produirait ainsi une sédation dans les névralgies de cause périphérique, tandis que celles de cause centrale resteraient non améliorées. Cette opinion est fort discutée.

Actuellement, il semble bien qu'on doive se résigner à ignorer bien souvent le siège de la lésion.

Traitement. — Il n'y a pas un traitement, mais *des* traitements de la N. F., les uns d'ordre médical, les autres d'ordre chirurgical. Nous les étudierons en les classant, ainsi que suit : 1. Traitement de la cause ; 2. Traitement médical pouvant être mis en œuvre par le simple praticien ; 3. Traitement nécessitant l'intervention d'un spécialiste ; 4. Traitement chirurgical.

Traitement causal. — Il est capital, *mais essentiellement variable*, chaque affection causale réclamant sa thérapeutique appropriée. Nous nous contenterons donc d'insister sur son importance sans entrer dans des détails qui nous entraîneraient trop loin et que tout le monde connaît.

Traitement du praticien. — C'est celui que doit instituer tout médecin qui n'est pas pourvu d'une éducation spéciale sur la question. Il peut être : soit un traitement médicamenteux interne, soit un traitement local externe. Nous placerons, en outre, ici, le traitement hydrominéral.

I. *Traitement médicamenteux interne.* — Il pourra être établi ainsi que suit :

1. Commencer par les *calmants ordinaires :* aspirine, antipyrine, pyramidon. La caféine associée aux précédents a donné des succès. La belladone, la phénacétine, l'acétanilide seront aussi essayées. Tous ces moyens n'auront que peu d'action.

2. On peut aussi utiliser les *sels de quinine :* par exemple : bromhydrate de quinine : 0,75 à 1,50 (Gilles de la Tourette) ou : valérianate de quinine jusqu'à 0,75 par jour (1).

(1) Les hautes doses de quinine ne sont actuellement plus employées à cause des dangers de retentissement sur l'oreille interne.

3. *Traitement opiacé*, préconisé surtout par Trousseau : donner des pilules d'extrait thébaïque à 0,03. On peut monter jusqu'à huit pilules par jour. Donner en même temps du café, des laxatifs, des lavements pour éviter l'intoxication.

4. Guarana (Sapindacée) : poudre : 0,50 à 3 grammes en vingt-quatre heures. Teinture : 5 à 15 grammes en potion.

5. *Gelsemium Sempervirens* (strychnées). Extrait fluide : VIII à X gouttes par vingt-quatre heures que l'on peut porter en augmentant prudemment de II gouttes par jour jusqu'à XX ou même XXV gouttes. Produit actif mais toxique : attention à l'apparition d'un brouillard devant les yeux accompagné de lassitude! Des vertiges et des syncopes graves peuvent se voir.

6. Traitement par l'*aconit :* analgésique puissant donnant de très bons résultats dans le traitement de la N. F. Mais il est inconstant et surtout très toxique. On emploiera : les granules d'aconitine cristallisée au dixième de milligramme : quatre ou cinq par jour au *maximum.* Jamais avant les repas.

Indiquer au malade que les granules doivent être prises au moins à cinq ou six heures d'intervalle. Autant que possible surveiller soi-même l'action des premières doses en se rappelant que, dans l'intoxication par l'aconit, les phénomènes initiaux sont ceux qu'il produit par son contact direct : picotements de la langue, sensation d'épaississement et de fourmillements dans la langue, les lèvres, le nez, la face, le pharynx.

L'association de l'aconitine avec les sels de quinine paraît avantageuse.

7. On pourra encore employer les *pilules de Méglin* qui renferment chacune :

Extrait de valeriane..	*àà* 0,05
Extrait de jusquiame.	
Oxyde de zinc.......	

deux à quatre par jour. On a des résultats parfois très satisfaisants.

8. Dans le cas de tic douloureux de la face invétéré, on pourra employer comme antispasmodique : le *bromhydrate de cicutine* qui, tombé dans l'oubli, vient d'être remis dernièrement en valeur, par Pierre Marie et Bouttier, les auteurs l'ont surtout employé dans les cas très marqués des myoclonies encéphalitiques. Dans les cas moins intenses mais rebelles, ils recommandent de faire deux à trois fois par semaine des injections de 1 à 3 milligrammes en employant une solution au millième.

9. Nous rappellerons en terminant que Lépine (de Lyon) a signalé il y a peu de temps (*Soc. méd. hôpit. de Lyon*, 13 déc. 1921) une guérison complète d'une N. F. (ayant résisté à plusieurs sections nerveuses) par l'adrénaline. La N. F. était apparue à la suite d'une grossesse.

II. *Traitement local externe.* — 1. *Applications calmantes locales :* les divers baumes réputés analgésiques, les pommades ou liniments avec chloroforme, landanum, belladone, etc. Peu ou pas d'action.

2. *Révulsion :* application de sable chaud ou d'eau chaude, douche d'air chaud (en protégeant les yeux), mais surtout : les pulvérisations de chlorure d'éthyle (ici encore attention aux yeux!) ou mieux le *stypage* qui est un très bon moyen pour calmer les accès.

3. *Injection* loco dolenti de *cocaïne* à 1 p. 100.

Traitement hydro-minéral. — Bourbon-Lancy, Néris, Aix-les-Bains, Dax, Saint-Amand, donnent des résultats souvent très appréciables, surtout dans les formes d'intensité légère ou moyenne.

TRAITEMENT DU SPÉCIALISTE. — L'*alcoolisation.* — Il est évident que cette méthode ne nécessite pas l'intervention d'un neurologiste, mais elle réclame un médecin s'étant exercé spécialement à la technique et c'est pourquoi nous la plaçons ici (1).

On injecte ordinairement 1 à 2 centimètres cubes, dans chaque tronc nerveux, d'alcool à 90 degrés, avec novocaïnisation préalable.

Selon les cas l'injection sera faite :

1. Dans les *rameaux périphériques* du trijumeau (sus- ou sous-orbitaire, mentonniers).

2. Dans les *nerfs maxillaire supérieur et inférieur à leur sortie du crâne* : cette dernière intervention demande à ce qu'on pousse l'aiguille à 5 ou 6 centimètres de profondeur et une exacte connaissance des repères osseux, mais elle n'est pas dangereuse. Nous ne ferons que signaler l'alcoolisation directe du ganglion de Gasser qui n'est pas entrée dans la pratique.

L'alcoolisation agit par destruction chimique des filets nerveux; « elle a donc la valeur d'une section du tronc nerveux correspondant; mais comme la section nerveuse elle n'empêche pas la régénération ultérieure du nerf » (Lenormant).

RÉSULTATS. — Disparition des douleurs pouvant se prolonger pendant plusieurs mois : douze à quinze d'après Sicard. Au bout de ce temps le nerf s'est régénéré, les douleurs reparaissent, et il faut *renouveler l'injection.* En somme méthode fort appréciable qui, dans la majorité des cas, doit constituer la base du traitement. Elle peut pourtant être à l'origine de quelques accidents (2). (Voir Sicard. *Paris médical*, 1910, n° 50).

Electrothérapie. — Deux méthodes :

1. La *galvanisation* à haute intensité, de 60 a 80 milliampères, le pôle positif sur la zone algique, le pôle négatif entre les deux épaules. Une séance de une heure par jour pendant un trimestre.

2. L'*ionisation* par l'azotate d'aconitine, préconisée par Barré (de Strasbourg) a donné de très bons résultats dans des névralgies rebelles : imprégner l'électrode faciale (voir plus haut) de la solution suivante :

Azotate d'aconitine.	un quart de milligramme.
Eau distillée.......	125 grammes.

L'électrothérapie doit toujours être essayée dans les N. F. tant soit peu résistantes.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — Son principe est le suivant : *interrompre la continuité de la voie trigemellaire.* Selon le point où portera la section on aura affaire aux méthodes suivantes :

Section et résection des portions exo-craniennes du trijumeau. — La section ou la résection peuvent porter sur :

1. Les *rameaux périphériques du trijumeau :* sus-orbitaire, nasal interne, frontal interne pour la névralgie de la première branche sous-orbitaire dans celle de la deuxième mentonnière, dentaire inférieur dans celle de la troisième.

(1) Voir *Actualités médicales* (Baillière) pour la documentation sur la technique et les détails de la méthode.

(2) Par exemple : injection dans un vaisseau, d'où parfois sphacèle local de la peau et même des ostéites du palais, du maxillaire supérieur, chutes dentaires. C'est *exceptionnel.* De même en ce qui concerne les paralysies oculaires après injection au niveau du trou grand rond ou ovale.

Ces méthodes ont une efficacité temporaire mais les résultats sont peu durables à cause de la régénération rapide. Même l'*arrachement du bout central* du nerf coupé (Thiersch) ne donne pas de guérison prolongée. On obtient tout autant par l'alcoolisation.

Les *nerfs maxillaires supérieur et inférieur* à la base du crâne : on résèque ces nerfs à leur émergence des trous grand rond et ovale. L'opération est difficile, grave et les résultats éloignés décevants : récidive à peu près dans les trois quarts des cas.

Section et résection des portions endo-craniennes du trijumeau. — Toutes nécessitent une trépanation faite ordinairement dans la région temporale (1).

On peut ainsi pratiquer trois interventions :

1. Section intracranienne des nerfs maxillaires supérieur et inférieur. Mieux vaut s'attaquer directement au ganglion.
2. *Gasserectomie.*
3. *Neurotomie retro-gasserienne.*

Laquelle choisir de ces deux dernières interventions? Il semble bien d'après des travaux récents que ce doive être la neurotomie retro-gasserienne. Elle *présente en effet sur la gasserectomie les avantages suivants :*

a. Elle est tout aussi efficace;

b. La mortalité opératoire est considérablement diminuée (4 p. 100 au lieu de 15 p. 100);

c. Les troubles trophiques de l'œil sont réduits au minimum (5 p. 100 seulement);

d. La technique opératoire est plus simple et plus rapide;

e. La blessure d'organes vasculaires ou nerveux importants voisins du ganglion de Gasser (sinus caverneux, carotide interne, nerfs moteurs de l'œil), est ainsi évitée.

Sur 42 observations contenues dans la thèse de Canton (Bordeaux, 1920), on note que 40 opérés ont été immédiatement guéris de leurs crises névralgiques et certaines observations datent de plusieurs années, la guérison se maintenant (2).

La gasserectomie reste naturellement indiquée dans la N. F. dont la cause est l'envahissement du ganglion par une tumeur : mais ici les résultats sont fort médiocres.

Résection du sympathique cervical. — Cette méthode, préconisée par Jaboulay depuis 1899, donne des résultats très inconstants, mais parfois fort appréciables : certains malades sont complètement et définitivement débarrassés de leurs douleurs; d'autres ne retirent aucun bénéfice de l'intervention. Les résultats sont d'ordinaire assez durables (jusqu'à trente à quarante mois). Jonnesco vient de reprendre cette opération qui avait été abandonnée, en faisant une sympathectomie double : dans deux cas il il a eu de très bons résultats. (*Académie des sc.*, 10 oct. 1921.)

De même Gaudier et Minet (de Lille ont obtenu par la même méthode une amélioration très importante dans un cas de N. F. rebelle accompagnée d'aortite. Les signes d'aortite ont en même temps rétrocédé. (*Réunion médico-chirurg. des hôpit. de Lille*, 16 janv. 1922.)

Les *indications* de cette intervention restent pourtant *indécises.*

Trépanation du côté opposé à la N. F. — Jaboulay et Chalier, ainsi que Lorenz, ont préconisé la trépanation du côté opposé à la N. F. (Voir Chalier. *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 123). La trépanation doit porter sur la zone sensitivo-rolandique, au niveau de la portion inférieure de la pariétale ascendante. On lui adjoint quelques incisions de la dure-mère pour déterminer l'issue d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien.

Cette méthode qui a pour elle sa simplicité et sa bénignité relative aurait donné aux auteurs trois succès dans trois cas de N. F. anciennes et rebelles. Elle est actuellement peu employée.

(1) Pour détails, voir F. Lévy et Baudoin — et : de Martel. *Paris Médical* (20 octobre 1910) et discussion à la *Société de neurologie*, 1919-1921.

(2) Rappelons à propos de la section de la racine protubérantielle du trijumeau que Sicard et Paraf ont dernièrement montré que après cette opération le réflexe oculo-cardiaque est complètement aboli du côté de la section. C'est là une véritable démonstration expérimentale de la réalité de la voie centripète trigemellaire dans le déclenchement de ce réflexe.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 MAI 1922)

Sur l'équilibre superficiel du sérum et de certaines solutions colloïdales. — M. F. Lecomte du Nouy.

Etude des temps de réactions psycho-motrices tactiles chez l'homme normal. — MM. P. Béhague et J. Beyne.

Sur l'histogenèse des épithéliomas baso-cellulaires. — M. F. Ladreyt.

Contribution à l'étude de la culture « in vitro » du virus de la vaccine. — M. Harry Plotz. Depuis que Jenner attira, en 1798, l'attention sur l'importance de la vaccination antivariolique, de nombreuses tentatives ont été faites pour cultiver le virus de la vaccine. En dehors de son intérêt propre, la culture de ce virus aurait l'avantage de supprimer les infections secondaires dues aux microbes contenus dans la pulpe vaccinale.

M. Harry Plotz a essayé de cultiver le virus en prenant comme point de départ le sérum du lapin inoculé. Après ensemencement sur milieu de Smith Noguchi, puis réensemencements sur un milieu composé d'un mélange de sérum de lapin normal et de bouillon glucosé, il a obtenu un milieu opalescent dans le précipité duquel il a découvert de petites formes rondes, sortes de cocci, tantôt isolés, tantôt réunis en amas. Ces cocci mesurant 0 μ 2 à 0 μ 3, ne prennent pas le Gram.

Inoculées au niveau de la peau du lapin, ces cultures du cinquième passage produisent des lésions comparables à celles que donne la pulpe vaccinale. Les animaux ayant reçu de la culture au niveau de la peau ou de la cornée sont vaccinés vis-à-vis du virus de la pulpe vaccinale. Le sérum des lapins injectés avec de la culture donne une réaction de fixation positive en présence de l'antigène préparé avec de la pulpe vaccinale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 MAI 1922)

Zona et varicelle. — M. Netter, en 1920, a soutenu devant l'Académie l'identité d'origine de la vaccine et d'un certain nombre de zonas, identité reconnue pour la première fois en 1892 par Bokay (de Budapest). Dans ces zonas le virus de la varicelle se fixe sur un petit nombre de ganglions spinaux ou sur une région limitée de la moelle. Sa localisation diffère de celle qu'il affecte dans la varicelle classique. Ainsi s'explique la dissemblance entre les éruptions.

La relation admise par M. Netter s'impose par la succession au zona de cas de varicelle après un intervalle correspondant

exactement à la durée de l'incubation et par l'impossibilité de trouver une autre source à la transmission.

En 1920, M. Netter n'avait que trois observations. Il en ajoute onze nouveaux cas.

La lèpre du rat est peut-être transmissible à l'homme. — M. Marchoux. L'année dernière, un jeune Haïtien, atteint d'une maladie prise pour la lèpre, a été, à l'autopsie, reconnu porteur d'un bacille acido-résistant, différent de ceux de Hansen et de Koch, qui a été désigné sous le nom provisoire de mycobacterium pulviforme.

Des lapins, des cobayes et des rats avaient été inoculés avec de la pulpe de rate très riche en bacilles pulvérulents. Lapins et cobayes sont restés indemnes. Toute relation du bacille nouveau avec celui de la tuberculose se trouve donc de ce fait écartée.

Les rats, au contraire, ont tous pris une infection d'autant plus étendue qu'on les a observés plus tardivement. Par passages, cette affection se transmet de plus en plus vite. Macroscopiquement et microscopiquement, elle ne se différencie pas de la lèpre du rat.

Sans être autorisé à confondre les deux affections dès maintenant, on peut cependant émettre l'avis que la lèpre du rat n'est peut-être pas inoffensive pour l'homme et qu'il convient d'en manipuler les germes avec précaution.

Sur un nouveau procédé de vaccination antidiphtérique. — MM. Jules Renault et Pierre-Paul Lévy rapportent les résultats de leurs essais de vaccination antidiphtérique poursuivis depuis quinze mois.

Leur vaccin consiste dans un mélange de toxine et d'antitoxine diphtérique telles qu'elles sortent de l'Institut Pasteur.

Après des essais multipliés sur les cobayes, des vaccinations furent faites chez des enfants à des doses initialement très faibles et qui furent prudemment et progressivement augmentées dans la suite. Aujourd'hui, le mélange T + A des auteurs comporte une quantité de toxine diphtérique de 50 unités toxiques et une quantité de sérum antidiphtérique de 50 unités antitoxiques, c'est-à-dire capable de neutraliser 5.000 unités toxiques, le tout contenu dans un volume total de 1cc5. On pratique trois injections sous-cutanées de ce vaccin, les injections étant séparées par une semaine d'intervalle. Les auteurs espèrent arriver à réduire à deux et peut-être à un le nombre des injections.

Les résultats portent sur trente-deux enfants dont vingt-huit ont pu être suivis à des époques différentes depuis leur vaccination. En rassemblant les résultats des épreuves de Schick répétées à plusieurs reprises sur chaque sujet, on voit que l'immunisation active est lente à se produire. Elle commence à apparaître nettement entre le deuxième et le quatrième mois chez quelques enfants, et, d'une façon générale, du quatrième mois au sixième mois. A cette époque, l'immunité existait chez neuf sur dix des petits vaccinés.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le Syndicat des médecins de la Seine a tenu son assemblée générale le 9 mai, à la Faculté de médecine. Trois questions principales y ont été traitées :

1° Le règlement des honoraires pour soins aux réformés de guerre. Ce service qui a soulevé de nombreuses plaintes parmi les médecins sera l'objet d'une enquête de la part du S. M. S. ;

2° La deuxième question avait trait aux loyers. Il s'agissait de savoir s'il fallait faire des démarches pour obtenir l'extension aux locaux professionnels du projet de loi relatif à la propriété commerciale en matière de baux à loyers.

Les conseils juridiques ont déclaré qu'il ne fallait pas avoir confiance dans l'extension à tous les locataires ayant des intérêts professionnels pour cette raison qu'il reste déjà à l'heure actuelle bien peu de rentiers et qu'alors les propriétaires se verraient avoir des locataires quasi à perpétuité.

En plus, ils ont fait remarquer qu'il pouvait y avoir inconvénient à réclamer d'une façon quelconque l'assimilation plus ou moins complète aux commerçants, d'où taxation sur le chiffre d'affaires, tenues de livres, etc.

L'assemblée n'a pas pris parti, mais il a été convenu que le Conseil d'administration continuerait l'étude de la question et recevrait toutes les suggestions qui pourraient lui être faites.

3° La troisième question avait trait à la réorganisation du Service de santé militaire. Le projet de loi proposé a été accepté en principe et l'assemblée générale a fait confiance sur ce point à la Commission du Service de santé du S. M. S., mais il a été entendu que les syndiqués peuvent envoyer à la Commission qui continue ses travaux toutes les suggestions et toutes les critiques qu'ils peuvent avoir à faire.

Une question secondaire, l'adhésion à la Fédération corporative des médecins de la Région parisienne, a été votée sans débats.

Enfin, l'assemblée a nommé ses délégués à l'assemblée générale de l'Union.

Le banquet traditionnel a eu lieu le 16 mai.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 22 mai. — Jury : MM. Sebileau, président; Couvelaire, Lemierre et Léri. — M. Lamy (Claude). De l'isolement. — M. Coriat (Marcel). Contribution à l'étude des laryngites pseudo-membraneuses non diphtériques.

Mardi 23 mai. — Jury : MM. Lejars, président ; Lecène, Terrien et Basset. — M. Brossio (Félix). La radiothérapie des néoplasmes d'origine testiculaire. — M. Péril (Fernand). Les opacités traumatiques partielles du cristallin au cours des accidents du travail.

Samedi 27 mai. — Jury : MM. Chauffard, président; Achard, Guillain et Laignel-Lavastine. — M. Damade (H.). La vaccinothérapie par voie buccale. — Mme Damade (Elisabeth). Les sténoses cicatricielles des voies digestives consécutives à l'injection de liquides caustiques. — M. Amsler (Roger). Le pneumothorax artificiel dans le traitement en cure libre de la tuberculose. — M. Peyrot (Raymond). Considération sur le temps de saignement et le temps de coagulation.

Jury : MM. Marfan, président; Carnot, Nobécourt et Villaret. — M. Roger (Alfred). Adénopathie trachéo-bronchique et cuti-réaction à la tuberculine. — M. Matignon (R.). Etude clinique des septico-pyohémies chez l'adulte. — M. Piot (Etienne). La radiothérapie de l'ulcère de l'estomac. — M. Blu (Henri). Considérations cliniques sur l'érythème noueux chez l'enfant.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Diarrhées chroniques. Etude clinique, coprologique et thérapeutique, par le docteur Louis Timbal, ancien chef de clinique médicale, préparateur à la Faculté de médecine de l'Université de Toulouse. Préface du docteur J.-Charles Roux. In-8 de 270 pages avec figures. — Prix : 12 francs net. — Paris, Masson et Cie.

Chirurgie de l'appareil génital de la femme [Précis de technique opératoire par les prosecteurs de la Faculté de Paris (nouvelle série)], par R. Proust et J. Charrier. In-8 de 300 pages avec 288 figures. — Prix : broché, 10 francs; cartonné, 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

La Stérilité féminine. Ses causes. Son traitement, par le docteur J. Batuaud. In-16 de 314 pages avec 23 figures. — Prix : 8 fr. 50. — Paris, G. Doin.

Le Traitement de la syphilis par les composés arsenicaux (3e édition revue et augmentée) par le docteur Lacapère, médecin de Saint-Lazare, avec la collaboration du docteur Ch. Laurent, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne. In-8 de 240 pages. — Prix : 8 francs net. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 40 — MARDI 23 & JEUDI 25 MAI 1922. 95e ANNÉE. MARDI 23 & JEUDI 25 MAI 1922. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Chauffard, Halbron et Labey, qui acceptent; Legry, Lereboullet, Souques, Bezançon, Garnier, Méry, Brocq et P.-E. Weil qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve opératoire.* — Séance du 18 mai. — Questions données : « Ligature de la fémorale à la pointe du triangle de Scarpa. — Désarticulation du coude. »

MM. Métivet, Brocq et Charrier, 26; Desplas, 28; Lorin, 26; Rouhier et Bergeret, 27; Leveuf, 26.

Epreuve orale. — Séance du 19 mai. — Question donnée : « Cancer de l'anse sigmoïde du gros intestin. »

MM. Desplas et Métivet, 19; Brocq et Rouhier, 18.

Epreuve clinique. — Séance du 20 mai. — MM. Desplas, 20; Métivet et Rouhier, 18.

Sont nommés chirurgiens des hôpitaux :

MM. Desplas, 135; Rouhier, 130.

— Concours d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 19 mai. — MM. Halphen, 30; Rouget, 29.

Sont nommés oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux :

MM. Halphen et Rouget.

— Concours de l'internat. — La composition écrite des épreuves de sélection du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le vendredi 2 juin 1922, à dix heures, à l'Hôtel de Ville, salle Saint-Jean (entrée par la rue Lobau).

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats devant, à leur entrée dans la salle, recevoir un numéro leur indiquant la place qu'ils doivent occuper, sont invités à se présenter dès 9 h. 1/4.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours de l'adjuvat. — *Epreuve écrite.* — Séance du 20 mai. — MM. Aurousseau, 27; Gueullette, 23; Gaume, 25; Velti, 27.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — *Concours pour sept places de chef de clinique.* — Les concours s'ouvriront :

Pour la clinique médicale infantile et la clinique ophtalmologique, le lundi 3 juillet 1922, à 9 heures; pour la clinique neurologique et psychiatrique, le mardi 4 juillet 1922, à 9 heures; pour les cliniques chirurgicales, le jeudi 6 juillet 1922, à 9 heures; pour la clinique médicale (service de M. le M. le prof. Roque), le vendredi 7 juillet 1922, à 9 heures; pour la clinique obstétricale, le lundi 10 juillet 1922, à 9 heures.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté au moins quinze jours avant la date fixée pour l'ouverture des concours.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le prix de la pension et du trousseau des élèves à admettre à l'Ecole du Service de santé militaire, à la suite du concours de 1922, sont fixés ainsi qu'il suit :

1° Prix de la pension : 2.000 francs.

2° Prix du trousseau : 2.600 francs pour la première année, plus 485 francs par année supplémentaire passée à l'Ecole.

3° Prix du demi-trousseau : 1.300 francs pour la première année, plus 242 fr. 50 par année supplémentaire passée à l'Ecole. (*J. O.*, 19 mai 1922.)

MARINE. — Par décision ministérielle en date du 15 mai 1922, le nombre de places mises au concours pour l'admission à l'Ecole du Service de santé de la marine en 1922, a été fixé ainsi qu'il suit :

Ligne médicale. — 1° Candidats à 4 inscriptions, ancien et nouveau régime d'études : 100 places dont 20 pour la marine et 80 pour les troupes coloniales;

2° Candidats à 8 inscriptions : 50 places dont 10 pour la marine et 40 pour les troupes coloniales;

3° Candidats à 12 inscriptions : 30 places dont 5 pour la marine et 25 pour les troupes coloniales;

4° Candidats à 16 inscriptions, nouveau régime d'études : 20 places dont 3 pour la marine et 17 pour les troupes coloniales.

Ligne pharmaceutique. — 1° Candidats munis de la validation de stage : 12 places dont 4 pour la marine et 8 pour les troupes coloniales;

2° Candidats à 4 inscriptions : 3 places dont 1 pour la marine et 2 pour les troupes coloniales;

4° Candidats à 12 inscriptions, nouveau régime d'études : 3 places dont 1 pour la marine et 2 pour les troupes coloniales.

Les épreuves d'admissibilité auront lieu les 31 juillet et 1er août 1922, à Paris, Bordeaux, Brest, Rochefort et Toulon, dans les conditions fixées par l'instruction publiée au *Journal officiel* du 1er décembre 1921. (*J. O.*, 17 mai 1922.)

VAL-DE-GRACE. — La Société amicale des élèves et anciens élèves du Val-de-Grâce procédera, le lundi 29 mai, à 15 heures, à l'inauguration, au Val-de-Grâce, des tables commémoratives des membres du personnel de santé militaire morts glorieusement pendant la grande guerre.

En même temps, sera inauguré un groupe représentant des brancardiers transportant un blessé, œuvre du sculpteur G. Broquet, offerte au Val-de-Grâce par la Ville de Paris.

Cette double cérémonie sera présidée par M. le Président de la République.

NOUVEAU JOURNAL. — Nous recevons le premier numéro de « la Consultation », revue clinique de médecine et de chirurgie *spécialisées* à l'usage des praticiens.

Le rédacteur en chef en est le Dr Robert Leroux, 36, rue Washington.

Tous nos meilleurs vœux à ce nouveau confrère.

PRIX DU PHARE MÉDICAL DE PARIS. — Le prix annuel de 2.000 francs du *Phare médical* de Paris sera décerné cette année au meilleur travail sur le *Traitement des maladies chroniques de l'estomac* (*cancer excepté*).

Le travail devra avoir été édité dans les deux années précédentes ou être inédit. Sont seuls admis à concourir les médecins ou étudiants français ou de langue française.

S'adresser, avant le 1er octobre, au *Phare médical*, 2, cité Fénelon, Paris.

Ve CONGRÈS ITALIEN DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL. — Le Ve Congrès national de la médecine du travail, qui devait se tenir à Venise, aura lieu avec un éclat tout particulier à Florence, du 11 au 14 juin 1922, sous la présidence d'honneur du commandeur professeur Luigi Devotio. Le siège du Congrès sera à la clinique médicale, via Alfani, 33, à Florence.

Le président du Comité exécutif est le prof. Arnolfo Ciampolini, le secrétaire général est le prof. Andrea Corsini.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Boix, ancien interne médaille d'or des hôpitaux, décédé à Perpignan; Robert Bosquier, chargé du cours de parasitologie à la Faculté libre de médecine de Lille; Cot (de Tanger); Maschat, maire de Tulle; le médecin-major Notin; le médecin inspecteur général Robert; Stroobant (de Bankenberghe), Taminiau (de Forest), Gustave Tournay et Jules Hauchamps (de Bruxelles), Van de Ealle (d'Ostende).

NOTES DE PRATIQUE

PRÉTUBERCULOSE

Reminéralisation par le phosphate tricalcique (3 cachets de 1 gramme pro die). Médication d'épargne par l'huile de foie de morue.

Antisepsie broncho-pulmonaire par les inhalations d'eucalyptol et d'iodure d'allyle.

Par dessus tout, se souvenir de cet aphorisme du professeur Robin : « Un prédisposé, qui mange et digère bien, guérit sûrement », d'où l'indication capitale de la médication apéritive : Vanadarsine (v à x gouttes dans un peu d'eau ou de boisson, avant chacun des deux principaux repas).

LAVERAN

La science vient de perdre, en Laveran, un de ses meilleurs et de ses plus illustres serviteurs. Ses importantes découvertes sauveront à tout jamais son nom de l'oubli.

Fils d'un médecin inspecteur de l'armée, Charles-Louis-Alphonse Laveran naquit à Paris le 18 juin 1845.

Ancien élève de l'Ecole de Strasbourg, il fut nommé professeur agrégé au Val-de-Grâce. Il alla ensuite en Algérie où il fit, en 1880, son immortelle découverte de l'hématozoaire du paludisme. Il s'adonna dès lors spécialement à l'étude de cet hématozoaire et finit par découvrir le mode de transmission du paludisme à l'homme par les piqûres d'insecte. Cette constatation, qu'il eut quelque peine à faire admettre et qui, d'ailleurs, fut bientôt confirmée par d'autres savants, n'avait pas seulement une grande valeur scientifique, mais elle conduisit à établir pratiquement la prophylaxie du paludisme.

Déjà célèbre, Laveran fut nommé professeur au Val-de-Grâce. Mais surtout homme de laboratoire, il comprit que sa vraie place était à l'Institut Pasteur. Il donna donc sa démission de l'armée et s'installa à l'Institut Pasteur dont il devint bientôt l'un des professeurs les plus éminents. Il y continua ses recherches. Ses beaux travaux sur la maladie du sommeil, sur les affections à trypanosomes eurent un très grand retentissement. En 1907, il obtint le prix Nobel des sciences médicales.

Simple, modeste, d'abord un peu froid, ne cherchant que le calme du laboratoire, fuyant le monde, il acquit les plus hautes dignités sans les avoir jamais sollicitées. C'est ainsi qu'il devint membre de l'Académie de médecine, de l'Académie des sciences, commandeur de la Légion d'honneur.

Un heureux hasard fit qu'il se trouva président de l'Académie de médecine au moment de son centenaire. Ainsi qu'on l'a dit, la science française ne pouvait avoir, vis-à-vis des étrangers, un plus digne représentant.

Son aversion pour le faste, pour la représentation lui rendit, à ce moment, ses fonctions présidentielles un peu lourdes. Il les remplit cependant avec une grande dignité et une belle auréole de savant.

Malgré son court passage dans l'armée, on pourrait dire de Laveran ce que Bouley disait de Villemin : C'est un des plus beaux fleurons de la couronne du Val-de-Grâce.

A. BROCHIN.

LIVRES NOUVEAUX

Traitement médical des maladies des femmes [5e édition] (1), par Albert ROBIN, professeur de clinique thérapeutique, membre de l'Académie de médecine, et Paul DALCHÉ, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Le traitement de toutes les maladies des femmes ne rentre pas dans le domaine exclusif de la chirurgie, et le médecin dispose de moyens d'action beaucoup trop négligés. On trouvera, dans la 5e édition de cet intéressant ouvrage si documenté, la mise au point des acquisitions nouvelles concernant l'opothérapie; la médication hémostatique, complétée par l'étude de l'émétine, la congestion utéroovarienne et son traitement, les annexites non inflammatoires, les indications de la radiothérapie et du radium.

Ces nouveaux chapitres montrent que la gynécologie médicale ne cesse de s'accroître et de se transformer; les progrès qu'elle affirme dans ce volume marquent une large étape dans son évolution nouvelle.

M. DELESTRE.

(1) Un fort volume de 725 pages. — Prix : 25 francs. — Paris, Vigot frères.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU RADIO-DIAGNOSTIC DES AFFECTIONS DE L'ESTOMAC

A PROPOS DE QUELQUES ASPECTS RADIOLOGIQUES

QUI SONT A DIFFÉRENCIER DU CANCER DE L'ESTOMAC (1)

Par MM. EDOUARD ANTOINE (de Paris) et W. A. BRAMS (de Chicago).

Quand, au cours d'un examen radiologique de l'estomac, on constate l'existence d'une image lacunaire, on ne peut s'empêcher de penser aussitôt à la possibilité d'un néoplasme gastrique. Et, cependant, il n'est pas exceptionnel que, dans la suite, on soit amené à écarter ce diagnostic si redouté et à s'orienter vers une affection plus rare, mais aussi plus bénigne.

Ces faits, bien que peu connus encore, méritent d'être étudiés de plus près; c'est pourquoi nous nous permettons de rapporter ici plusieurs observations, dans lesquelles l'examen radiologique révélait une image lacunaire de l'estomac, soit au niveau de la grande courbure, soit au niveau de la région pylorique. Et le diagnostic de cancer gastrique, qui se présentait aussitôt à l'esprit, a dû être écarté dans la suite. Ces faits ne sont pas exceptionnels. C'est, peut-être, grâce à l'existence de ces faux cancers de l'estomac que l'on entend parler parfois de la guérison spontanée ou médicale de certains cancers de l'estomac.

En réalité, il peut s'agir de polyadénome ou d'adénome en nappe de l'estomac, de syphilis gastrique, de lésions périvésiculaires, de gastrite chronique, etc. Les affections donnent des images différentes suivant qu'elles siègent au niveau de la grande courbure ou de la région pylorique.

*
* *

I. Les images lacunaires de la grande courbure. — La première observation est celle d'un *adénome en nappe de l'estomac* dont la preuve a été faite chirurgicalement et histologiquement et dont l'histoire clinique et radiologique faisait penser à un cancer gastrique. Cette observation présente le plus grand intérêt; nous n'avons trouvé dans la littérature médicale que deux observations semblables de Ménétrier et une d'Andral. Mais, à cette époque, l'examen radiologique de l'estomac n'était pas encore pratiqué.

Le résultat opératoire, obtenu ici, est d'autant plus important que la plupart des auteurs s'accordent pour signaler la fréquence de la dégénérescence cancéreuse des adénomes gastriques (Ménétrier, Broca, Basch, Campbell, Lebert, Kauffmann, etc.).

OBSERVATION I. — *Polyadénome en nappe de l'estomac. Histoire clinique de néoplasme. Aux rayons X, image lacunaire de la grande courbure. Gastrectomie. Guérison durable.* — Mme L..., trente-huit ans, ménagère, entre en *juillet 1919* salle Barth, hôpital Saint-Antoine, dans le service du docteur Bensaude. Cette femme est atteinte de diarrhée chronique, abondante, qui daterait de cinq ans environ. Plusieurs selles par jour, assez liquides. L'examen des selles, après repas d'épreuve, montre une diarrhée de fermentation avec insuffisance marquée de la digestion des fibres musculaires. L'état général est mauvais et l'amaigrissement est très marqué.

Mis en éveil par quelques troubles gastriques; pituites glaireuses matinales, amaigrissement notable, anorexie, on examine son estomac *aux rayons X* et l'on trouve, au cours de plusieurs examens, sur la partie moyenne et inférieure de la grande courbure, une image lacunaire typique. L'estomac, dont le pôle inférieur est abaissé et distendu, contient, en outre, une certaine quantité de liquide de stase. Les contractions et les évacuations sont paresseuses (fig. 1).

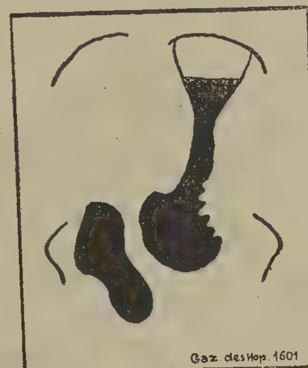


FIG. 1. — Mme Lebl... Fausse image lacunaire de la grande courbure : polyadénome en nappe de l'estomac. Ce festonnement de la grande courbure a été retrouvé au cours de plusieurs examens.

L'*examen du suc gastrique* après repas d'épreuve est aussi pratiqué :

Acide lactique	présence nette
Peptones	présence
A	$0^{gr}94$
HCl	0
Cl fixe F	1,67
Cl combiné C	73
Cl total T	240
$\frac{T}{F} = 1,4$	$\alpha = 1,28$

La *recherche du sang* dans les selles reste négative à plusieurs reprises.

Devant cet ensemble de symptômes : amaigrissement intense, diarrhée, vomissements pituiteux, image lacunaire de la grande courbure, absence d'acide chlorhydrique libre, le diagnostic de cancer de la grande courbure paraît le plus vraisemblable. Après quelques semaines de traitement sans résultat, l'intervention chirurgicale est décidée, et, en août 1919, M. de Martel pratique une laparotomie exploratrice.

Intervention chirurgicale. — L'exploration des deux faces de l'estomac ne révèle pas de tumeur. Mais on trouve deux ganglions sur la petite courbure.

L'incision de l'estomac et l'exploration de la cavité gastrique ne montre pas de cancer. La paroi gastrique est épaissie et la muqueuse turgescente, tomenteuse, est fortement plissée et montre un aspect de circonvolutions cérébrales très développées, surtout au niveau de la grande courbure jusqu'au pylore.

Une gastrectomie avec pylorectomie est pratiquée et une gastro-entérostomie est établie avec anastomose termino-latérale.

Examen histologique (Dr A. Cain). — Les zones, qui revêtent l'aspect circonvolvé, doivent leur épaississement à l'hyperplasie des culs-de-sac glandulaires : ils forment une nappe dense, où les acini sont si serrés que tout le stroma interglandulaire a disparu. La muscularis mucosæ est partout intacte.

La couche glandulaire est homogène et formée d'acini réguliers. En raison de l'altération de la pièce anatomique, il a été impossible de préciser le type cellulaire. Les couches sous-jacentes sont normales.

Enfin, dans les parties où l'estomac ne présente pas l'aspect circonvolvé, la muqueuse est normale. Il existe par contre un épaississement de la sous-muqueuse qui est sclérosée, sans réaction inflammatoire.

La musculeuse et la séreuse sont normales en tous points.

Suites opératoires. — La malade sort de la clinique le 7 septembre 1919, guérie.

Revue cinq mois après, elle est très bien, ne souffre pas

(1) Travail du service et de la consultation du docteur R. Bensaude, à l'hôpital Saint-Antoine.

de l'estomac, n'a pas de nausées ni de vomissements; son poids a augmenté notablement. Il persiste une selle liquide par jour, abondante, sans coliques.

Revue *fin juillet 1921*, la malade a eu une septième grossesse depuis son opération et elle a même allaité au sein son enfant. Tout à fait bien portante jusqu'à il y a deux mois, elle a été prise de quelques troubles dyspeptiques à ce moment : lourdeurs d'estomac après les repas, sensation d'étouffement, parfois même un petit vomissement alimentaire qui termine le tout. La diarrhée est redevenue plus abondante ces temps-ci. L'examen clinique ne révèle rien. L'examen radioscopique montre l'estomac amputé du pylore et de son tiers inférieur. La bouche gastro-jéjunale fonctionne très bien; il n'y a pas de stase gastrique, ni de point douloureux, ni de modification du contour de l'estomac.

Remarques. — L'étude de cette malade prête à quelques considérations :

1. La *durée* de cette maladie, dont le début remontait à cinq ans, et avait provoqué à la longue un *état cachectique*.

2. La prédominance et la persistance de la *diarrhée* qui a été aussi signalée par Meyer dans un cas de polypose gastrique.

3. L'absence de toute hémorragie occulte.

4. L'existence d'une stase gastrique, constatée aux rayons X, et la présence d'acide lactique dans le repas d'épreuve.

5. L'absence absolue d'acide chlorhydrique libre dans le liquide gastrique. Il semble, d'ailleurs, qu'on puisse légitimement rapporter la diarrhée chronique, qui prédominait chez cette malade, à l'anachlorhydrie.

6. L'aspect très rare constaté aux rayons X avec image lacunaire du tiers moyen de la grande courbure. C'est surtout à propos de cette image lacunaire, simulant un cancer, que nous voulons attirer l'attention sur la difficulté du radiodiagnostic du cancer de l'estomac développé sur la grande courbure.

En cas de CANCER ENCÉPHALOÏDE DE L'ESTOMAC, il est classique de constater et de décrire une tache claire au siège même de la tumeur : c'est l'*image lacunaire* de Béclère ou l'*image par défaut de réplétion* de Holzknecht. Le caractère capital de ces images néoplasiques est d'être : permanentes, invariables pendant toute la durée de l'examen et les jours suivants à plusieurs examens successifs.

La lacune peut siéger, soit sur la partie médiane de la grande courbure qu'elle découpe et où elle forme des îlots clairs, soit au niveau de la région pylorique dont elle amène l'effacement : c'est l'*amputation du pylore* que l'on constate dans quelques cas. Le cancer du pylore peut être alors assez volumineux pour provoquer une obstruction assez complète et réduire la cavité gastrique à sa portion supérieure. L'observation de syphilis gastrique, que nous rapportons plus loin, se superpose absolument à ce dernier ordre de faits.

Au contraire, le cas d'adénome en nappe, que nous venons de rapporter, présentait une image lacunaire de la grande courbure ayant les mêmes caractères que celle donnée par un cancer.

Autres images lacunaires de la grande courbure. — Le POLYADÉNOME POLYPEUX, que l'on oppose classiquement au polyadénome en nappe (Ménétrier) et au polyadénome brunnérien (Hayem, Soca et Bensaude) paraît plus fréquent. Il s'agit ici de la formation de polypes muqueux, glandulaires, sortes de petites tumeurs du volume variable d'un pois à celui d'une noisette, sessiles ou pédiculées, molles, en nombre variable. Leur histoire clinique est minime et bien souvent c'est une constatation nécropsique, chirurgicale ou radiologique.

Dans le cas publié par Campbell, on note : un gros amaigrissement, l'absence d'HCl libre, la constatation de sang dans les selles, crises douloureuses gastriques avec vomissements. A l'opération, on trouve un papillome avec une base adéno-carcinomateuse. J. S. Meyer a publié également un cas de polypose gastrique : l'amaigrissement, les troubles dyspeptiques, l'absence d'HCl libre, les crises de diarrhée prédominaient. Ultérieurement, une hématémèse se produit avec rejet d'un polype. L'examen aux rayons X a montré une oblitération presque complète du pylore et du canal pylorique. La paroi de l'estomac montre des ombres très irrégulières avec tachetage au niveau du pylore et du tiers moyen de l'estomac. A l'opération, on trouve une polypose diffuse de l'estomac.

De même le cas d'Alexander Mac Phédran est tout à fait superposable aux précédents : amaigrissement, anorexie, troubles dyspeptiques. Aux rayons X, on trouve une déformation dentelée de la grande courbure.

Le lavage d'estomac ramène des débris de polype (Mac Phedran, Meyer).

L'AÉROCOLIE DE L'ANGLE GAUCHE ou de la partie gauche du transverse peut assez souvent produire, au niveau de la grande courbure, des déformations qu'il faut savoir reconnaître.

Tantôt on peut observer une véritable déformation biloculaire, tantôt la déformation est moins marquée et la grande courbure est floue et présente des irrégularités plus ou moins accentuées.

Ces déformations ne sont pas permanentes; elles varient d'un jour à l'autre. Les mouvements spontanés de l'estomac et ceux provoqués par la palpation sous l'écran peuvent réduire à volonté ces déformations, ce qui permet de les différencier.

Certaines TUMEURS DE VOISINAGE peuvent déformer l'estomac : tumeurs du mésentère, tumeur colique, tumeur du pancréas (Carman), adhérences périgastriques.

Les CORPS ÉTRANGERS de l'estomac qui peuvent être d'origine *exogène* (noyaux, fragments d'os, dentiers, projectiles, etc.) ou d'origine *endogène* : ils se forment dans l'intérieur de l'estomac même (égagrophiles, gastrolithes ou agglutinats alimentaires (Fournier).

La *contracture spasmodique* localisée sur la grande courbure représente une incisure nette, profonde, en regard d'un ulcus de la petite courbure, douloureux à la pression.

L'ESTOMAC A ASPECT VERMOULU, sur lequel Ramond, Jacquelin et Borrien ont appelé récemment l'attention, ne peut guère prêter à discussion. Il semble constituer une forme atténuée des déformations en dentelures de la grande courbure sur lesquelles Schwartz, Schutz, etc., ont attiré l'attention.

LES DENTELURES DE LA GRANDE COURBURE. — Ces dentelures sont beaucoup plus petites et moins marquées que l'image lacunaire ou l'image du polyadénome gastrique.

Schwartz décrit un aspect radiologique de l'estomac caractérisé par des *dentelures irrégulières de la grande courbure*. Ces dentelures seraient dus à des plissements très marqués de la muqueuse, qui ne se laisse pas distendre par la bouillie opaque

(fig. 2). Les dentelures sont parfois tellement accentuées que, d'après Schwartz, elles auraient été confondues à tort avec une tumeur en choux-fleur. Pour cet auteur, il s'agirait seulement d'une hyperémie veineuse de la muqueuse et d'une exagération



Fig. 2. — Image de la grande courbure festonnée ou dentelée, d'après G. Schwartz (de Vienne).

de la contracture de la musculaire muqueuse; ce serait un symptôme d'ulcère gastrique et surtout duodénal.

Schlesinger a trouvé aussi ces dentelures au niveau de la moitié supérieure de la grande courbure et elles restent permanentes, même lorsque les contractions péristaltiques passent par-dessus elles.

J. Schütze les a observées aussi en même temps que les ulcères du pylore et du duodénum. Sur 1.212 estomacs examinés, il aurait trouvé ces dentelures de la grande courbure 384 fois.

211 fois, il y avait un ulcus, dans 9 cas il y avait de la cholélithiase, 36 fois une gastrite chronique ou une gastro-névrose et 128 cas divers. Cette déformation, qui n'aurait rien de spécifique, révélerait pour l'auteur, un ulcus gastrique ou duodénal dans 65 à 80 p. 100 des cas.



Fig. 3. — Mlle Ch... Image « festonnée » de la grande courbure. Remplissage atonique de l'estomac. Mobilité, contractions et évacuations normales (position debout). Cet aspect festonné augmentait encore par la pression sur l'estomac. Aérophagie.

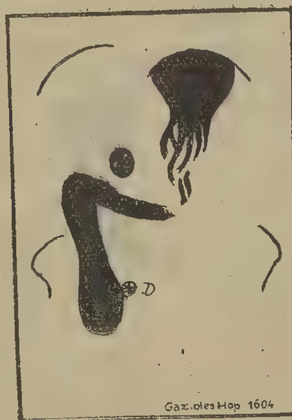


Fig. 4. — Mlle Ch... La même malade vue en décubitus dorsal : la muqueuse gastrique apparaît plissée ou hypertrophiée, donnant cet aspect à la bouillie, aspect fréquemment rencontré en position verticale sur les estomacs étirés des ptosiques. *D.* Point douloureux appendiculaire.

Nous avons aussi observé ce que l'on peut appeler l'*estomac festonné ou dentelé*, trois fois (fig. 3 et 4). La grande courbure présentait à sa partie moyenne des dentelures, tout à fait comparables à celles d'une scie; ces dentelures étaient permanentes, ne disparaissaient pas sous la pression manuelle ni au moment où des ondulations péristaltiques passaient au-dessus d'elles. Dans un cas, il s'agissait de dyspepsie simple avec constipation, et dans un deuxième cas d'appendicite chronique avec coexistence possible, mais non prouvée, d'un ulcus juxtapylorique. Nous rapportons le troisième cas plus loin.

Contrairement aux constatations faites par ces auteurs, Schwartz, Schlesinger, Schütze, nous n'avons constaté, que très rarement, de semblables déformations de la grande courbure, au cours des très nombreux examens radioscopiques que nous avons pratiqués. Le plus souvent, lorsque la grande courbure présentait une modification de sa forme, il s'agissait, soit d'une sténose médiogastrique, soit d'un spasme permanent, soit d'une déformation par l'aérocolie.

Nous rapportons ici, l'observation d'un malade, non atteint d'un ulcus qui présentait à la radioscopie, un « estomac dentelé »; il semble qu'il s'agisse ici, soit d'une gastrite chronique, soit d'un polyadénome en nappe. Mais aucune constatation anatomique n'ayant été faite, on ne saurait affirmer aucun diagnostic.

Nous résumerons son observation :

Obs. II (résumée). — L..., trente-six ans. Il s'agit d'un homme adulte, à très mauvaise denture, qui maigrit de 4 kilogrammes en quelques semaines, en même temps qu'apparaissent de l'anorexie, des troubles dyspeptiques, quelques rares vomissements pituiteux, une asthénie marquée. L'examen de l'estomac décèle du clapotage étendu, mais ni point douloureux, ni tumeur. La recherche du sang dans les selles reste négative. Le chimisme gastrique est déterminé :

Acide lactique	néant
HCl libre	30
A. totale	310
Chlore total	365
Chlore fixe	73
Chlore combiné	262

L'examen radioscopique montre un estomac de tonicité et de motilité normales. Les évacuations sont normales. La grande courbure présente, à sa partie moyenne, une zone floue, dentelée irrégulièrement, comme un début d'image lacunaire (fig. 5). Il n'y a pas de point douloureux.



Fig. 5. — Logw... Image « festonnée » de la grande courbure, simulant une image lacunaire. Gastrite chronique probable.

A la suite d'un traitement par l'hectine et les alcalins, ce malade s'améliore rapidement, il reprend 6 kilogrammes; mais des légers troubles dyspeptiques persistent et l'image de la grande courbure a été constamment retrouvée depuis deux ans au cours de plusieurs examens, mais elle s'est atténuée.

II. Les images lacunaires de la région pylorique. — Le cancer végétant de la région pylorique se carac-

térise aux rayons X par une image lacunaire spéciale, plus ou moins étendue, allant depuis la simple encoche persistante du vestibule pylorique, surtout visible quand le malade est couché en position ventrale, jusqu'à l'effacement complet du pylore. La région pylorique apparaît alors comme amputée. Cette image radioscopique de l'estomac peut être produite typiquement par une pylorectomie, par un adénome du vestibule pylorique, par un ulcère ancien calleux.

Les tumeurs de voisinage (foie, pancréas, etc.) peuvent aussi la reproduire. De même, les compressions par une grosse vésicule ou les périviscérites du carrefour supérieur avec périgastrite.

La syphilis gastrique peut également réaliser une semblable image radioscopique.

Nous rapportons deux observations intéressantes, dans lesquelles le pylore paraissait amputé, sans qu'il y ait de cancer; dans l'une, il s'agissait de troubles légers et passagers, au cours d'une péricholécystite, qui ont disparu dans la suite. Dans l'autre, il y avait une syphilis grave de la région pylorique, qui a cédé au traitement.

Obs. III (résumée). — *Crises gastro-vésiculaires avec image radiologique d'amputation de la région pyloro-duodénale. Guérison ultérieure.* — Il s'agit d'une jeune femme de trente-deux ans, qui a fortement maigri depuis plusieurs années, en même temps qu'elle se plaint de troubles gastro-vésiculaires : malaises, brûlures, nausées, digestions pénibles, fébricule permanente, douleurs dans l'épaule droite, douleurs nocturnes fréquentes. Ces troubles se reproduisent par crise et on constate alors, souvent, une teinte subictérique des conjonctives. La constipation est habituelle. Le dosage de la cholestérinémie donne 2 grammes par litre, et l'hématologie indique une réaction légère à polynucléaires. Aux rayons X, l'estomac ne présente pas de stase bismuthée. Après remplissage, l'estomac apparaît *amputé de la région pyloro-duodénale* (fig. 6). Cette région n'est pas visible, mais de temps

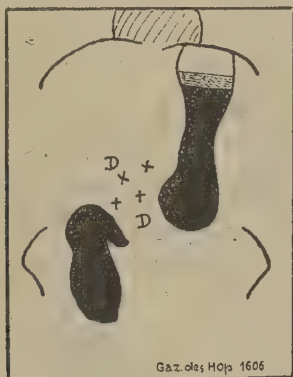


Fig. 6. — Mme de la M... Cas de stase gastrique barytée. Liquide à jeun. L'estomac apparaît amputé de la région pyloro-duodénale, qui est hyperesthésiée. Cette malade était atteinte de péricholécystite.

à autre on aperçoit une fine traînée de substance opaque dessiner la deuxième portion du duodénum. Toute la région pyloro-duodénale est fortement hyperesthésiée. Légère quantité de liquide à jeun.

Cette image d'amputation pyloro-duodénale semble due, dans ce cas, ou bien à un effacement de la région placée dans le sens antéro-postérieur, ou bien (ce qui est plus vraisemblable) à un spasme douloureux de cette portion gastro-duodénale avec réaction de périviscérite localisée à la région sous-hépatique.

En tous cas, revue deux ans après, cette malade améliorée au point de vue clinique, présentait une région pyloro-duodénale sensible, mais d'apparence normale.

Obs. IV. — *Syphilis gastrique, avec stase considérable, image d'amputation pylorique, typique, cachexie, hématémèse, simulant le cancer. Guérison par le traitement* (observation résumée). — M..., cinquante-cinq ans. En octobre 1915, ce malade a une *hématémèse* de sang noirâtre, assez abondante, le matin à jeun.

Au début de 1918, les troubles douloureux de l'estomac apparaissent : *douleurs* permanentes, nettement localisées au creux de l'estomac, sans irradiations, avec paroxysmes tardivement, trois à quatre heures après les repas, et calmées par l'ingestion d'aliments. Obligé de se coucher après les repas. Ni nausées, ni vomissements.

Constipation habituelle. *Mélæna* constaté une fois après l'hématémèse et une autre fois depuis.

Deuxième *hématémèse* abondante, trois heures après le repas de midi, le 22 mars 1920. Les crises douloureuses s'atténuent alors. A ce moment, le malade apparaît très maigre (amaigrissement de 12 kilogrammes en deux ans), très pâle, cachectique, fatigué par le moindre effort. L'examen de l'abdomen montre une contracture très marquée au creux épigastrique, ce qui empêche de percevoir une tumeur. Négation de toute syphilis. La réaction de Wassermann est négative.

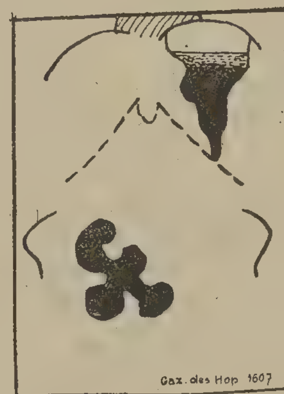


Fig. 7. — Maur... Amputation de la région pylorique : syphilis gastrique. Estomac en entonnoir, liquide à jeun abondant, pas de contractions ni d'évacuations (9 avril 1920).

L'examen radioscopique montre un estomac très petit, en entonnoir, caché sous les côtes, figé, avec amputation de la région pylorique (fig. 7). La conclusion logique était : cancer du pylore.

Un traitement à l'hectine est cependant essayé. Le résultat



Fig. 8. — Maur..., deux mois après traitement : la partie inférieure de l'estomac apparaît visible au-dessous du rebord costal. Des contractions se dessinent sur la grande conrbure et des évacuations rendent visibles le défilé pylorique encore rétréci (9 juin 1920).



Fig. 9. — Maur... Syphilis gastrique : aspect de l'estomac le 13 juillet 1920, trois mois après le début du traitement par l'hectine. Estomac normal.

ne se fait pas attendre, il est merveilleux, comme miraculeux. Le malade ne souffre plus, reprend de l'appétit en quelques

jours et a des digestions parfaites. Il reprend rapidement des forces et, régulièrement, son poids augmente d'un kilogramme par semaine.

Des examens suivis aux rayons X montrent la disparition progressive de la tumeur pylorique (fig. 8) et la guérison anatomique et clinique est complète en trois mois (fig. 9). Depuis, elle s'est maintenue.

* * *

En résumé, la constatation radiologique d'une image lacunaire de l'estomac, si elle fait penser à la possibilité d'un cancer gastrique, ne doit pas cependant permettre à elle seule d'affirmer un semblable diagnostic d'une façon absolue. De nombreuses lésions gastriques ou extragastriques peuvent donner de semblables images radiologiques : aérocolie, spasmes, compressions par une tumeur intestinale ou pancréatique, périgastrites, tumeurs bénignes de l'estomac et corps étrangers, etc. Nous avons insisté dans ce travail sur plusieurs causes, auxquelles on doit penser :

1° L'*image lacunaire de la grande courbure due au cancer,* doit être différenciée de l'image que donne l'adénome en nappe de l'estomac, dont nous rapportons une observation complète. D'autre part, on a constaté, plus fréquemment en Allemagne et en Autriche, qu'en France, semble-t-il, une image anormale de la grande courbure ; nous proposons de l'appeler *estomac festonné ou dentelé,* à cause des nombreuses dentelures permanentes de la partie moyenne de la grande courbure. Cette image radiologique, attribuée, par les Allemands, le plus souvent à un ulcus pylorique ou duodénal, semble plutôt due à de la gastrite chronique et à du spasme de la musculaire muqueuse.

2° L'*image lacunaire de la région pylorique, due au cancer, dite amputation du pylore* doit aussi être différenciée des images radiologiques analogues que peuvent donner l'adénome du pylore ou du vestibule pylorique, les périviscérites du carrefour supérieur d'ordre vésiculaire, et la syphilis gastrique, dont nous rapportons une observation typique avec guérison par le traitement médical.

Pour arriver au diagnostic exact, la perspicacité du clinicien doit être toujours en éveil. Bien souvent, l'examen clinique, la recherche du sang dans les selles, l'examen du suc gastrique ne permettront pas de poser, d'une façon absolue, le diagnostic. Dans tous les cas douteux, on devra essayer suffisamment longtemps le traitement d'épreuve antisyphilitique. Ce n'est que dans le cas d'insuccès thérapeutique, que l'on sera en droit de proposer sans retard, une laparotomie exploratrice.

Bien souvent, d'ailleurs, l'examen macroscopique des lésions ne permet pas, au cours même de l'intervention, d'affirmer l'existence du cancer.

L'examen immédiat des tissus après congélation au cours même de l'opération, serait recommandable (frozen section, de pratique courante en Amérique). Il peut, seul, guider le chirurgien pour fixer l'étendue de l'opération qu'il devra pratiquer.

BIBLIOGRAPHIE

Basch (S.). Polypose de l'estomac, *Surg., gyn. and obst.,* 1916, t. XXII.

Béclère et Bensaude. Un cas de syphilis gastrique. Estomac biloculaire, *Soc. méd. des hôpit.,* 19 mai 1911.

Brams (W. A.). Syphilis de l'estomac, *Arch. f. Verdauun.,* 1921, t. XXVII, cahier 6.

Campbell (A. M.). Polype gastrique, *Surg., gyn. and obst.,* 1919, t. XX.

Carman (R. D.). *The Rœntgen diag. of diseases of the alim. canal,* 1917.

Chaput. *Soc. anat.,* 1895.

Fournier. Les pseudo-tumeurs gastriques, *Th. de Bordeaux,* 1920.

Glassmann Adénome de l'estomac avec dégénérescence néoplasique, *Arch. f. Verdauun.,* sept. 1921.

Hayem. Contribution à l'étude de l'ulcère de l'estomac, *Soc. méd. des hôpit.,* 5 avril 1875 ; — Des polyadénomes gastriques, *Presse méd.,* 4 août 1897.

Hayem et Lion. *Traité des maladies de l'estomac.*

Jaugeas. *Précis de radiodiagnostic,* 1913, Masson.

Kauffmann. *Lehrb. d. spez. Path. Anat.*

Lange. *New-York med. Journ.,* 1893, p. 584.

Mac Phedran (A.). *Canada med amer. Journ.,* août 1921.

Mathieu, Tuffier et Sencert. *Maladies de l'estomac et de l'œsophage.*

Ménétrier. Des polyadénomes gastriques, *Arch. de physiol.,* 1888, p. 32-55-236-262.

Ménétrier et Clunet. Du polyadénome gastrique à centre fibrino, *Soc. méd. des hôpit.,* 1907 ; — *Tribune méd.,* 1907, p. 293.

Meyer (J. S.). Polyadénomatose gastrique, *Journ. amer. med. Assoc.,* 29 nov. 1913.

Pimpaneau. Du radiodiagnostic du cancer de l'estomac, *Th. de Paris,* 1912-1913.

Ramond, Jacquelin et Borrien. Quelques images radiologiques gastriques et duodénales peu connues, *Soc. méd. des hôpit.,* 11 nov. 1921.

Schütze (J.). *Berl. klin. Woch.,* 1920, n° 39.

Schwartz (G.). *Verhand. u. Verdauun. und Stoffkrank.,* sept. 1920.

Soca et Bensaude. Sur un cas de polyadénome de l'estomac à type Brünnerien, *Arch. de méd. expérim.,* 1900, p. 589.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 12 mai 1922)

A propos de l'autohémothérapie. — MM. Sicard et Gutmann, à propos de la revendication de priorité de M. F. Ramond, signalent qu'ils ont été les premiers, pensent-ils, à décrire la méthode de l'autohémothérapie et à s'en servir dans un but de modifications humorales.

Ostéoarthropathie syphilitique tertiaire chez un malade présentant le signe d'Argyll-Robertson. — M. P. Léchelle présente une malade atteinte depuis huit ans d'une ostéoarthropathie de l'articulation tibio-tarsienne droite. L'existence du signe d'Argyll-Robertson, d'une réaction de Wassermann positive, s'accompagne d'hyperalbuminose, de lymphocytose et de réaction au benjoin colloïdal à type subpositif dans le liquide céphalo-rachidien.

L'action du traitement antisyphilitique fut remarquable et la restitutio ad integrum presque complète.

Léchelle insiste sur la recherche systématique de la spécificité et estime qu'il faut traiter rationnellement certains accidents articulaires de longue durée et d'évolution obscure.

Un cas de gynécomastie douloureuse guérie par la radiothérapie. — MM. Læderich et Legoff rapportent un cas de gynécomastie survenue chez un vieillard de soixante-seize ans, sans cause connue et qui s'accompagnait de douleurs très vives, à la fois spontanées et provoquées par la pression des vêtements. La radiothérapie amena l'atrophie des glandes mammaires et la disparition des douleurs ; elle permit donc d'éviter l'exérèse chirurgicale, habituellement conseillée en pareil cas.

Crises algiques hémoclasiques des tabétiques. Leur traitement par l'adrénaline. — MM. Sicard et Lermoyez se basant sur le réveil des crises douloureuses sous l'influence des substances provocatrices de chocs hémoclasiques, qu'il s'agisse de médicaments syphilitiques comme les novarsenicaux ou de médications banales. Comme le sérum physiolo-

gique introduit par voie sous-cutanée, intramusculaire et surtout intraveineuse, ont eu recours comme méthode de traitement à l'adrénaline ayant obtenu des succès remarquables de sédation, notamment pour les crises gastriques si rebelles à toute thérapeutique. Ils préconisent l'injection intraveineuse lente d'un quart à un demi-milligramme d'adrénaline dans 10 centimètres cubes d'eau chlorurée physiologique. Cette injection peut être renouvelée le même jour et les jours suivants.

M. Marcel Pinard insiste sur l'augmentation des douleurs tabétiques par le traitement antisyphilitique au début.

M. Gillain considère que l'apparition des douleurs, sept à huit heures après le début du traitement où le lendemain, n'est pas en faveur d'un choc hémoclasique.

M. Milian confirme l'opinion de M. Pinard et d'après cet auteur le pyramidon absorbé avec l'injection de novarsenobenzol empêche les crises tabétiques. Pour lui, il ne s'agit pas de choc colloïdoclasique.

Forme atténuée du diabète bronzé. — MM. Marcel Labbé et Henri Stévenin rapportent un cas de diabète bronzé à évolution très lente, et à symptomatologie très fruste. Le diagnostic de la cirrhose pancréatique reposait sur le bilan chimique de l'absorption des graisses qui était légèrement déficient; la pigmentation était rudimentaire; la cirrhose du foie s'était accompagnée d'une ascite résorbée spontanément. Le diabète était de forme sévère, la capacité de combustion des hydrocarbonés nulle, la glycosurie pratiquement irréductible. A l'autopsie, on trouva une cirrhose hépatopancréatique pigmentaire. La mort est survenue par suite d'un cancer du pylore; il est curieux de voir que le cancer s'est développé précisément dans l'estomac et non dans le pancréas qu'on aurait pu croire prédisposé au cancer par la sclérose.

Recherches sur la valeur diagnostique et pronostique des anticorps tuberculeux. — MM. A. Delille, Hillemand et Lestocquoy ont pu suivre un certain nombre de malades tuberculeux pendant une longue période. Sur 34 malades améliorés, il y a eu 12 augmentations, 15 diminutions et 7 courbes variables des anticorps dans le sérum. Sur 14 malades stationnaires il y a eu 3 augmentations; 8 diminutions et 3 courbes irrégulières. Sur 34 malades aggravés, il y a eu 16 augmentations, 13 diminutions et 10 courbes irrégulières. Ils concluent donc que les anticorps tuberculeux paraissent être témoins de réactions cellulaires contre les produits excrétés par les bacilles et qu'il est impossible de conclure de l'absence de ceux-ci à l'arrêt de l'évolution où à la guérison de la maladie. Ils ne semblent donc avoir qu'une certaine valeur diagnostique et aucune valeur pronostique.

Pneumokoniose localisée à un sommet, cancer primitif du poumon. — M. A. Cramer (de Genève). (Lecture d'un rapport de M. Rist pour la nomination de M. Cramer au titre du membre correspondant.)

Sept cas de tuberculose pulmonaire traités par la thoracoplastie. — M. Burnan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 17 mai 1922)

M. le Président donne lecture du très joli discours qu'il a prononcé, au nom de la Société de chirurgie à l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Lucas Championière.

Résections intestinales. — M. Okinczyc fait un rapport sur 18 observations de résections intestinales adressées par M. Chaton. Ces observations doivent être divisées en 4 séries : 1° 3 résections pour tumeurs inflammatoires de l'intestin; 2° 5 résections pour cancers; 3° 2 pour mégacolons; 4° 8 pour cancers recto-sigmoïdiens. 1re série : 3 résections économiques en un seul temps, 3 guérisons; 2e série : 5 résections en un seul temps pour cancers, 2 morts, 3 guérisons; 3e série : 2 mégacolons, chez des enfants, 2 guérisons; 4e série : 8 cancers recto-sigmoïdiens, 4 guérisons et 2 morts. M. Chaton trouve de grands avantages dans l'opération en un seul temps; il a recours généralement à l'anastomose termino-terminale; dans un seul cas, il a employé le bouton.

M. le rapporteur, tout en félicitant l'auteur de ses résultats lui adresse quelques critiques. Dans la plupart des cas, il ne faut pas trop chercher à faire des opérations économiques. L'emploi du bouton peut exposer à des dangers d'obstruction.

Volumineuse tumeur gastrique d'origine nerveuse. — M. Mathieu fait un rapport sur une intéressante observation adressée par M. Picquet (de Sens). Il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans qui présenta des troubles intestinaux attribués d'abord à une occlusion intestinale. M. Picquet constate, au niveau de la région gastrique une tumeur allongée, mobile, mate. Laparotomie, on trouve une tumeur dure, ovoïde, rattachée par un pédicule étroit à la région pylorique de l'estomac, libération de quelques adhérences, section du pédicule, péritonisation, disparition des troubles intestinaux.

L'examen de la tumeur fait par M. Roussy a démontré qu'il s'agissait d'une tumeur très rare d'origine nerveuse, à rapprocher peut-être des tumeurs neuro-fibrineuses, également très rares, sur lesquelles M. Lecène a appelé l'attention.

Perforation intestinale. — M. Mouchet fait un rapport sur une observation de son élève, M. Hériard : Enfant de huit ans et demi apporté à l'hôpital, pour une douleur atroce dans le côté droit du ventre, avec état général grave. On croit à une appendicite suraiguë, on opère, on trouve un appendice sain. M. Hériard fait alors une incision médiane et trouve une perforation de l'iléon; il suture la perforation et, pour consolider la réunion, applique par dessus la suture un lambeau épiploïque, dont il sectionne le pédicule. Les suites de l'opération furent bonnes, mais les fils furent retirés trop tôt; il y eut une éventration et dix-sept jours après, l'enfant mourait de broncho-pneumonie.

M. Mouchet pense qu'il était inutile de faire une incision médiane. Il eut suffi de prolonger en haut l'incision latérale.

M. Broca regrette que M. Hériard ait coupé le pédicule de son lambeau épiploïque.

Staphylorraphie et palatoplastie. — M. Broca intervient dans la discussion soulevée par M. Veau sur ce sujet. Il fait connaître les résultats qu'il a obtenus depuis 1905. Il a opéré 250 enfants à l'hôpital et une centaine en ville, soit 350 sujets. Il est resté fidèle au procédé de Langenbeck. Sur les 350 sujets, il a eu à déplorer 5 morts, soit 1,53 p. 100. Les causes de la mort ont été, dans un cas, une hémorragie par défaut de surveillance, une mort brusque, deux morts par bronchopneumonie, une mort par la morphine. Chez ces petits malades, il y a eu 13 scarlatines dont 2 avec diphtérie. Il y a eu 12 p. 100 de cas de sphacèle. M. Broca a opéré 50 enfants au-dessous de deux ans. Il n'y a pas eu un seul décès parmi ces enfants. Il y a eu 30 p. 100 d'opérations itératives sur la totalité des cas.

M. Broca fait observer que beaucoup de cas graves lui ont été envoyés. Il entre dans le détail des faits, ajoute quelques mots sur la question de la phonation, qui est surtout une question d'éducation bien comprise et termine en disant qu'il a recours, pour ses opérations, à l'instrumentation la plus simple.

Résection partielle de l'artère et de la veine fémorale. — M. Auvray présente un blessé de guerre opéré par lui qui, au bout de sept ans, ne présente aucun trouble fonctionnel.

Election. — La Société procède à l'élection d'un membre titulaire. Sur 65 votants, au premier tour, M. Toupet obtient 32 suffrages, M. Pauchet 31 et M. Basset 2. Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité absolue, il est procédé à un second tour.

Sur 65 votants, majorité 33, M. Toupet obtient 34 suffrages, M. Pauchet 30 et un bulletin blanc.

En conséquence, M. Toupet, chirurgien des hôpitaux de Paris, est proclamé élu.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 16 AVRIL 1922)

Un cas de hernie diaphragmatique. — M. G. SCHREIBER rapporte un cas de hernie congénitale diaphragmatique avec dextrocardie et ectopie thoracique de l'estomac, le grêle, la rate et le lobe gauche du foie. On relève une prédisposition familiale très nette aux hernies : sur quatre enfants, trois sont atteints de hernies, le père est lui-même hernieux et il en est de même de deux de ses sœurs. On note de même des varices chez la mère, le père, quatre tantes et trois oncles.

Zona et varicelle. — M. G.-L. HALLEZ. Il s'agit d'un nouveau cas de varicelle apparu chez un enfant de dix ans, quinze jours après un zona fébrile constaté chez sa mère. Le fait intéressant consiste en ce que l'enfant, atteint de myopathie progressive et impotent, n'a pas quitté la chambre de sa mère entre la date d'apparition du zona et le début de la varicelle. Ce cas est à rapprocher de ceux observés récemment par M. Netter.

Discussion. — M. COMBY proteste contre le rapprochement qu'on veut faire entre le zona et la varicelle, maladie spécifique, limitée, à incubation de durée mathématique.

M. GILLET, inspecteur des écoles depuis trente ans, a vu tous les ans des épidémies de varicelle, et jamais de zona.

Le rôle des substances minérales dans la pathogénie et le traitement de la tétanie des nourrissons. — M. RÖHMER (de Strasbourg) résume les recherches qu'il a poursuivies dans ces dernières années sur le sujet. Il arrive à cette conclusion que la tétanie est certainement en rapport avec la composition minérale des humeurs, et en particulier avec la diminution de leur teneur en calcium.

Ce qui le prouve c'est la guérison obtenue en quelques heures, et d'une manière définitive avec du chlorure de calcium à haute dose.

Des expériences récentes lui ont montré que l'ingestion de phosphate de soude qui diminue la teneur en calcium du sang provoquaient, surtout chez les enfants à tétanie latente, les spasmophiles, des crises de spasmes ou de convulsions.

Comme le chlorure de calcium est parfois difficile à faire absorber et tolérer, l'auteur a cherché l'effet d'autres médicaments : phosphate tricalcique, lactate de chaux, les effets sont plus lents et moins durables.

Discussion. — MM. MARFAN, COMBY, AVIRAGNET et Jean HALLÉ constatent combien la tétanie est plus fréquente en Allemagne que chez nous, où les cas sont très rares. Elle se manifeste d'ailleurs par périodes, de janvier à avril, dit M. Röhmer.

M. Jean Hallé fait remarquer qu'il est utile d'apprendre que le phosphate de soude employé comme purgatif, dans la solution de Bourget, etc., peut être dangereux.

Un cas de maladie de Thomsen fruste. — M. R. VOISIN présente une enfant de treize ans atteinte de maladie de Thomsen très fruste, se traduisant par les seuls signes suivants : lenteur du début des mouvements et réaction myotonique à l'examen électrique. Dans sa famille, la grand'mère, le père et trois oncles ou tantes présentent les mêmes symptômes.

Traitement de l'incontinence d'urine infantile par l'acide phosphorique. — M. ZUBER. Chez ces malades, on trouve dans les trois quarts des cas de l'hypoacidité des urines. Quand les urines ne sont pas acides, l'affection est guérie par l'ingestion d'acide phosphorique. Depuis cinq ans l'auteur a obtenu quarante succès.

Discussion. — M. VEAU fait remarquer que la circoncision n'a jamais rien donné contre l'incontinence d'urine.

MM. COMBY, LESNÉ et RÖHMER pensent qu'il s'agit d'une névrose urinaire, et que tout peut réussir contre cette maladie (opération, pointes de feu, injections épidurales, médicaments) par action psychothérapique.

Le salicylate de soude en injections intraveineuses chez l'enfant. — M. LESNÉ, dans les cas où il y a intolérance gastro-intestinale ou dans les cas très graves, emploie le salicylate de soude par voie intraveineuse. Il faut que la solution soit très concentrée : 50 centigrammes par centimètre cube. On injecte 25 centigrammes par année d'âge. Les résultats sont excellents.

Un cas de côte cervicale. — M. RŒDERER présente une observation de côte cervicale bilatérale (sixième cervicale) sans troubles de compression accompagnant une scoliose à trois courbures.

Un cas de scaphoïdite tarsienne. — M. RŒDERER rapporte l'observation d'un enfant présentant une scaphoïdite légère, il est le frère d'une fillette ayant fait, il y a trois ans, une scaphoïdite confirmée dont l'observation a déjà été publiée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 13 MAI 1922)

Nouveau procédé de l'analyse qualitative des eaux. — MM. PHILIBERT et Georges MATHIEU proposent une méthode d'analyse qualitative de l'eau, fondée non plus sur la recherche du seul coli bacille, mais sur la méthode élective non seulement du coli simple, qui peut exister dans toutes les eaux, mais encore du coli bacille putride, et des autres putrides comme le protéus, qui ne paraissent exister que dans les eaux vraiment souillées.

Ils additionnent le milieu de culture de sous-acétate de plomb, et répartissent la quantité d'eau ensemencée en un nombre de tubes convenablement choisis pour faire la numération.

Le noircissement des tubes au départ renseigne immédiatement sur la présence de putrides. Ceux-ci, sont différenciés ultérieurement par la recherche de l'indol et par le repiquage sur la gélose-lactosée-tournesolée des tubes qui ont noirci.

Le procédé d'ensemencement dans l'eau de condensation permet de déceler facilement le protéus qui, dans ces conditions, envahit le tube sur toute sa hauteur, en grimpant à la surface.

Tandis que pour déclarer une eau impure il faut une grande quantité de colis, la constatation même d'un petit nombre d'espèces putrides (coli putride, protéus, etc.) suffit pour admettre que l'eau est contaminée par des matières en putréfaction.

Les arrêts du cœur isolé de lapin par le potassium et l'ammonium, envisagés au point de vue d'un antagonisme de ces métaux avec le calcium. — M. H. BUSQUET. Si on fait passer dans le cœur isolé de lapin une solution nutritive sans K ni AzH^4, puis une autre solution contenant ces deux éléments, le cœur présente un arrêt momentané qui rappelle objectivement l'inhibition d'origine pneumogastrique. On sait que l'action d'arrêt de ce nerf a été attribuée à une libération de K et à un conflit de cet élément avec le calcium. Il est intéressant de savoir si les arrêts spéciaux provoqués sur le cœur isolé par le K et l'AzH^4 résultent également d'un antagonisme de ces ions avec le Ca. Si on adapte le cœur à une solution fortement ou normalement calcique et si, ensuite, on remplace cette solution par une autre de teneur nulle ou faible en Ca, les battements ne s'arrêtent pas. Le K ou l'AzH^4 n'exercent donc pas leur action d'arrêt en supprimant fonctionnellement le Ca. Ce résultat n'est pas favorable à la théorie d'après laquelle l'inhibition cardiaque normale serait due à un conflit entre le K et le Ca.

Sur la nature de la bronchite sanglante (fuso-spirochétose bronchique). — M. H. VINCENT. Les importants travaux de Castellani, et ceux des auteurs qui ont étudié la bactériologie de la bronchite sanglante soit chez des indigènes, soit chez des sujets de race blanche, ont montré l'existence, dans les crachats, d'un spirochète spécial qui a été appelé *Spir. bronchialis*

Mais des recherches plus récentes dues à H. Rothwell, Franck J. Hall, W. P. Chamberlain, Sabrazès, Ch. Roubier et Cl. Gauthier, G. Delamare, Léop. Robert, J. Baur et Codvelle, etc., ont établi que la bronchite sanglante de Castellani est, en réalité, déterminée par l'association de Bac. fusiformis et de Spirochoeta que j'ai décrit. D'après ces auteurs l'identité de *Spir. bronchialis* et de *Spirochoeta Vincenti* est complète et cette infection doit être rangée dans le

cadre de celles qui relèvent de l'association de ce dernier avec *Bac. fusiformis*.

Dans les préparations de six cas de bronchite de cette nature que j'ai examinées, j'ai constaté l'existence de cette symbiose. L'abondance respective du spirochète et du bacille en fuseau est variable suivant les cas, ou même chez le même malade, suivant les dates d'examen. En général, quoique non toujours, le spirochète est plus fréquent. J'ai, d'ailleurs, signalé ces mêmes variations dans l'angine et dans la pourriture d'hôpital. Il me paraît donc que la bronchite sanglante de Castellani relève de la même association microbienne.

Métabolisme basal chez les basedowiens. — MM. Marcel Labbé et H. Stévenin ont apprécié le métabolisme basal selon la méthode de Du Bois. Chez les basedowiens typiques, le nombre de calories dégagés par heure et par mètre carré de surface varie de 49,7 à 86,9; les huit cas observés ont donné une moyenne de 66, alors que le métabolisme basal chez le sujet normal oscille entre 35 et 40.

Chez les basedowiens frustes, le métabolisme basal est augmenté, les chiffres varient de 38,6 à 65,7; la moyenne des dix cas observés est de 51,17.

Chez les goitreux simples, les chiffres oscillent entre 36,7 et 52,2.

Les moyennes obtenues dans les maladies de Basedow typiques et dans les maladies frustes montrent les rapports entre l'intensité du métabolisme basal et le degré de l'hyperthyroïdie.

L'hyperglycémie provoquée chez les basedowiens. — MM. Marcel Labbé, Henry Labbé et F. Nepveux. L'épreuve de l'hyperglycémie alimentaire (ingestion de 45 grammes de glucose pur, mesure de la glycémie par la méthode de Bang de demi-heure en demi-heure) se caractérise chez les basedowiens typiques par une réaction hyperglycémique analogue à celle qu'on obtient chez les diabétiques, mais un peu moins intense; la durée de l'hyperglycémie varie de deux heures quinze à trois heures quarante; l'élévation de la glycémie au-dessus du taux initial oscille entre 0,80 et 1,33; l'aire du triangle hyperglycémique qui mesure la réaction varie de 0,81 à 3,87, le sujet normal donnant dans les mêmes conditions expérimentales une réaction de 0,21; la glycosurie a été observée dans cinq cas sur sept.

Dans les formes frustes de maladie de Basedow, l'aire hyperglycémique atteint 1,63; la glycosurie a été constatée dans deux cas sur cinq.

Chez les goitreux simples et dans un cas d'exophtalmie unilatérale, l'aire hyperglycémique est restée normale; la glycosurie n'a pas été constatée.

En outre, dans tous les cas observés, la glycémie à jeun a oscillé dans les limites normales.

Absorption de l'antipyrine par voie stomacale. Son rôle dans les troubles observés chez les sujets sensibilisés. — MM. Pasteur-Vallery-Radot et J. Haguenau. Chez les sujets sensibilisés à l'antipyrine, l'apparition rapide de la crise hémoclasique et des accidents d'intolérance ont fait émettre aux auteurs l'hypothèse que, l'absorption du médicament devait débuter dès la pénétration dans l'estomac. Cette hypothèse s'est trouvée vérifiée par les recherches qu'ils ont entreprises chez l'homme et chez le chien.

Au cours de nombreux essais effectués chez l'homme, ils ont constaté qu'après l'absorption de 1 gramme d'antipyrine on retrouve le médicament dans les urines souvent à la cinquième, toujours à la dixième minute.

Ils ont déterminé ensuite chez des chiennes le début du passage de l'antipyrine dans les urines. Puis ils ont étudié, dans une deuxième expérience, chez les mêmes chiennes, le passage après ligature du pylore. La ligature n'a pas empêché l'antipyrine de passer dans la circulation générale, et, qu'il y eût ou non ligature du pylore, l'antipyrine apparut aussi rapidement dans les urines. L'absorption peut donc s'effectuer par la muqueuse stomacale.

Ainsi s'explique la soudaineté des symptômes vasculo-sanguins et cliniques.

Réflexe oculo-cardiaque et tension veineuse. — MM. M. Villaret, F. Saint-Girons et Grellety-Bosviel ont étudié chez trente-trois sujets les modifications que subit la tension veineuse au cours du réflexe oculo-cardiaque. Chez dix individus normaux le ralentissement du pouls a été en moyenne de quinze pulsations par minute et la tension veineuse s'est élevée de 3 à 5 centimètres d'eau. Chez vingt-trois malades les résultats ont été variables; douze d'entre eux ont donné un réflexe oculo-cardiaque positif, et, comme chez les sujets normaux, la pression veineuse s'est élevée; neuf fois le réflexe oculo-cardiaque n'a provoqué aucun ralentissement du pouls; la tension veineuse est restée la même; deux fois il a provoqué une notable accélération du pouls, avec légère augmentation de la pression veineuse.

En somme, au cours de la recherche du réflexe oculo-cardiaque, la pression veineuse reste invariable si le rythme cardiaque n'est pas modifié, ce qui est la règle au cours du tabes; elle augmente nettement en cas de ralentissement des battements du cœur.

Election. — M. Babonneix est nommé membre titulaire par 61 voix sur 63 votants.

JURISPRUDENCE ET LEGISLATION

EMPLOI D'UNE VOITURE AUTOMOBILE POUR L'EXERCICE D'UNE PROFESSION PATENTÉE

ARTICLE 100 DE LA LOI DU 25 JUIN 1920

Nous avons déjà eu l'occasion d'attirer l'attention du lecteur sur les dispositions contenues dans l'article 100 de la loi du 25 juin 1920 (1) qui, après avoir établi le montant des impôts à payer par tous possesseurs de véhicules automobiles, ajoute : « Les voitures automobiles employées pour l'exercice d'une profession agricole ou *patentée* et les voitures automobiles publiques paieront seulement la *moitié* des droits visés au § *a* »; et nous avons indiqué un jugement du Tribunal civil de Montluçon faisant application de ces principes à un avocat, c'est-à-dire à une personne exerçant une profession patentée.

Plusieurs tribunaux ont suivi la même doctrine : Tribunal civil de Rochefort, 9 février 1921; Tribunal civil d'Abbeville, 2 novembre 1921; Tribunal civil de Saumur, 10 novembre 1921; Tribunal civil d'Alais, 1er décembre 1921; Tribunal civil de Bourg, 2 décembre 1921; Tribunal civil de Poitiers, 5 décembre 1921; Tribunal civil de Roanne, 31 janvier 1922 (voir tous ces jugements dans la *Gazette du Palais* du 4 mars 1922). Le Tribunal de Saumur et celui de Bourg ont fait application des principes à un notaire.

L'administration des Contributions directes s'est pourvue en cassation contre le jugement du Tribunal civil de Rochefort du 9 février 1921. Et la Cour suprême, dans son arrêt du 6 février 1922, a rejeté le pourvoi, décidant ainsi que ceux qui exercent des professions patentées, avocats, notaires, avoués, médecins, bénéficient des dispositions de l'article 100 de la loi du 25 juin 1920. Voici l'arrêt qui, d'ailleurs, est très court :

« Attendu que, pour délivrer à C..., avocat patenté, propriétaire d'une automobile, le permis-circulation prévu par l'article 99 de la loi du 25 juin 1920, l'administration des Contributions indirectes a exigé le paiement de la taxe entière; mais que le jugement attaqué a ordonné la restitution de la moitié des droits; qu'*en statuant ainsi il n'a violé aucun des textes de loi visés au moyen*;

Attendu, en effet, que le paragraphe 3 de l'article 100 de la loi du 25 juin 1920 — d'après lequel les voitures automobiles, employées pour l'exercice d'une profession patentée, doivent payer seulement la moitié des droits — *s'applique à toutes les professions libérales patentées sans distinction*; qu'en conséquence un avocat patenté, qui possède une automobile, n'est astreint qu'à la demi-taxe, s'il justifie, comme dans l'espèce, qu'il se sert de sa voiture pour l'exercice de sa profession. »

La condition nécessaire, pour que l'article 100 s'applique, est que la voiture doive servir à l'exercice de la profession.

H. Ribadeau Dumas,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 51, p. 812.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS DE LA ROUGEOLE

Maladie extrêmement fréquente, la rougeole présente un pronostic très bénin pour la plupart des cas soignés dans la clientèle de ville. Au contraire cette affection revêt une allure bien souvent très grave lorsqu'il s'agit d'une rougeole compliquée d'hôpital.

Ces complications de la rougeole peuvent consister :

1° Ou bien dans l'*exagération d'un symptôme* normal, donnant naissance à une forme maligne : rougeole suffocante, hémorragique, ou ataxo-adynamique. Il semble bien que la clinique permette d'incriminer l'exagération de la *virulence du germe morbilleux* dans les formes graves d'emblée ;

2° Ou bien dans un *accident surajouté*, véritables complications proprement dites, communes à toutes les maladies infectieuses en général et portant surtout sur les muqueuses, l'appareil respiratoire en particulier. La plupart de ces accidents plus tardifs doivent être mis sur le compte des *infections microbiennes secondaires*, surajoutées.

ETIOLOGIE. — Les *causes prédisposantes* sont : l'âge (les enfants très jeunes au-dessous de deux ans sont particulièrement prédisposés aux complications), la gravité de l'épidémie régnante, les mauvaises conditions hygiéniques, l'encombrement des salles d'hôpital, l'insuffisance d'aération, ou d'alimentation.

Les *causes déterminantes* sont : l'excès de virulence de l'agent pathogène, encore inconnu, de la rougeole, et les infections secondaires. Cela nous explique pourquoi ces complications s'observent surtout à l'hôpital, où l'agglomération augmente la virulence des germes, et où les complications se transmettent par contagion d'un rougeoleux à l'autre, avec une intensité et une gravité croissante. Le passage en série d'un malade à l'autre exagère la virulence des agents microbiens.

Ces *infections secondaires* peuvent être ou d'ordre banal ou spécifiques :

1. Les *infections d'ordre banal* relèvent surtout du streptocoque, du staphylocoque, et des autres pyogènes, et à côté des infections transmises à l'enfant par le milieu hospitalier, il faut signaler les auto-infections par exaltation de la virulence des germes, hôtes normaux du rhino-pharynx.

2. Les *infections secondaires d'ordre spécifique* sont réalisées par l'éclosion, au cours ou à la suite d'une rougeole, d'une diphtérie, d'une scarlatine, d'une pneumonie, de la tuberculose, etc.

Ces diverses complications peuvent se produire à toutes les périodes de l'évolution de la rougeole.

A la période d'*invasion*, on peut assister à des convulsions, des crises de délire, des épistaxis répétées, des infections buccales fréquentes qui doivent être recherchées avec soin, comme pouvant être d'ailleurs la porte d'entrée ultérieure des infections secondaires.

A la *période d'état*, les complications les plus importantes portent sur l'appareil respiratoire, l'appareil digestif, les organes des sens. Nous les étudierons successivement.

I. Complications de l'appareil respiratoire. — Quelques symptômes peuvent, à la période d'état, faire craindre parfois la venue d'une complication ; l'éruption sort mal, la fièvre persiste ou reprend subitement, etc.

A. Infections du nez. — Le coryza du début peut donner lieu à l'éclosion d'une *rhinite* purulente. Des ulcérations impétigineuses peuvent se produire dans les fosses nasales. Un écoulement sanieux et muco-purulent peut traduire l'inflammation du rhino-pharynx. Les sinusites sont rares. Mais nous verrons plus loin que cette inflammation du rhino-pharynx est fréquemment le point de départ de l'infection des trompes et de l'oreille moyenne.

B. Infection du larynx. — A la période de début de la maladie, on peut observer une laryngite morbilleuse, érythémateuse, souvent très intense, et pouvant même aller jusqu'à provoquer un accès de laryngite striduleuse ou faux croup.

A la période d'état, on décrit classiquement la laryngite érythémateuse grave, la laryngite ulcéreuse, la laryngite à fausses membranes. Toutes ces complications seraient considérées par certains auteurs (Netter) comme des laryngites diphtériques, et ce dernier auteur conseille de pratiquer des injections de sérum dans tous ces cas.

a. *La laryngite érythémateuse grave de Rillet et Barthez.* — Avec spasme de la glotte, tirage, menace d'asphyxie, toux rauque et aboyante, voix éteinte.

b. La *laryngite ulcéreuse* s'accompagne d'érosions dans la région des aryténoïdes. Les symptômes laryngés (toux rauque et voix eteinte) rappellent le croup. Ces lésions peuvent laisser pendant des mois des séquelles, telles que la raucité de la toux et de l'aphonie persistante.

c. *Laryngite à fausses membranes.* — Elle est exceptionnellement non diphtérique et relevant alors du streptocoque, avec phénomènes toxi-infectieux graves. Presque toujours elle relève de diphtérie, qui se traduit par des phénomènes locaux de croup léger (respiration ralentie, voix éteinte, toux rauque) et par des phénomènes généraux d'ordre toxique dus à la diphtérie maligne.

Le diagnostic peut être difficile avec la laryngite ulcéreuse simple (pas d'adénopathie, pas de fausses membranes, pas d'albuminurie), et avec la broncho-pneumonie (pas de dyspnée laryngée).

C. Infections broncho-pulmonaires. — Elles réalisent les complications de beaucoup les plus fréquentes et c'est surtout à propos d'elles que l'hospitalisation devient pour les enfants un facteur de gravité. Elles surviennent de préférence chez les enfants présentant dès le début des symptômes d'infection vaso-bucco-pharyngée.

On peut surtout craindre deux sortes de complications : la bronchite capillaire et la broncho-pneumonie :

1. La bronchite capillaire ou catarrhe suffocant suraigu. L'enfant présente pendant quelques jours des signes de bronchite banale des grosses bronches, peu intense d'ailleurs. Puis la complication apparaît brutalement, bien souvent contemporaine de l'éruption. Elle se révèle par la persistance d'une fièvre élevée 40-41 degrés, alors qu'elle devrait s'abaisser à ce moment. Le pouls est de 140-160.

Mais le symptôme prédominant est la dyspnée et la tachypnée. Cette dernière peut s'élever à 60, 80 respirations à la minute. On note en même temps de la cyanose, du tirage, une hypersécrétion bronchique notable. L'*éruption sort mal*. A l'examen de l'enfant, on trouve une sonorité thoracique normale. Mais l'auscultation permet de constater des râles sonores et sous-crépitants fins irrégulièrement répartis et donnant le *bruit* de tempête de Récamier. Quelquefois à la racine des bronches on entend un léger souffle.

Après une phase de réaction assez courte, apparaît la phase d'*asphyxie*, à laquelle succombe rapidement l'enfant, avec embryocardie, pouls très fréquent, érythème infectieux ou purpura toxique, la faciès est pâle. L'enfant meurt bien plus encore par des phénomènes d'ordre toxique que par asphyxie.

L'étude *anatomo-pathologique* montre à la coupe du poumon un écoulement abondant de muco-pus. Le foie est en dégénérescence graisseuse, le sang est épais, poisseux. C'est surtout au niveau des bronchioles que l'on trouve histologiquement une desquammation épithéliale.

Cette affection brutale relève surtout d'une infection diffuse à streptocoques (Hutinel) et plus rarement du pneumocoque.

(A suivre.)

La Réaction du benjoin colloïdal et les réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien, par Georges Guillain, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine ; Guy-Laroche, médecin des hôpitaux de Paris, et P. Léchelle, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8 de 146 pages avec figures et 3 planches hors texte. — Prix : 12 francs net. — Paris, Masson et Cie.

Syndrome pleuro-pleurétique de la base dans les pleurésies interlobaires, par le docteur Louis Epagneul. Thèse de 40 pages. — Paris, Le François.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hopitaux de Paris. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Chauffard, Halbron, Labey, Souques, Bezançon et P.-E. Weil qui acceptent; Legry, Lereboullet, Garnier, Méry et Widal qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours de l'internat. — *Epreuve de sélection.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Darré, Abrami, Ameuille, Deniker, Ockinczyc, Le Mée.

Faculté de médecine de Paris. — Concours de l'adjuvat. — *Epreuve écrite.* — Séance du 22 mai. — MM. Chevallier, 21; Brouet, 27; Huet, 28; Bertrand, 21.

— Concours du prosectorat. — Liste des candidats : MM. Richard, Moulonguet, Michon, Gaudart d'Allaines, Fey, Huc, Ducastaing, Braine, Tourneix, Sénèque, Hertz, Oberlin.

École d'application du service de santé des troupes coloniales. — Le concours annuel prévu par l'instruction du 15 juin 1909 (*Bulletin officiel*, partie réglementaire, p. 1077) pour la nomination aux emplois de professeurs adjoints à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales aura lieu, à cette Ecole, le 16 octobre 1922, dans les conditions prévues par ladite instruction.

En exécution de l'article 11 du décret du 7 mai 1908, les médecins et pharmaciens-majors de 2e classe sont seuls admis à concourir.

Les demandes formulées par les candidats en vue d'obtenir l'autorisation de prendre part à ce concours seront revêtues de l'avis motivé de leurs chefs hiérarchiques et adressées au ministre de la Guerre et des Pensions (direction des troupes coloniales, 3e bureau). Elles devront indiquer le ou les emplois pour lesquels ils désirent concourir et parvenir avant le 1er octobre 1922.

Les candidats devront être présents en France et n'avoir pas reçu de destination coloniale au 10 octobre 1922. Il ne sera accordé aucun sursis de départ pour les colonies, aucune dispense de service colonial, ni aucune autorisation de rentrer en France en vue de subir les épreuves de ce concours.

En raison de la vacance existante, il sera procédé, à la suite du concours dont il s'agit, à la nomination d'un professeur adjoint pour la chaire de « chimie et toxicologie ».

Ministère de l'instruction publique. — Le laboratoire central d'étude et d'analyse des produits médicamenteux et hygiéniques de la Faculté de pharmacie de Paris est chargé des études et recherches jugées nécessaires par la Commission du Codex pour la rédaction des suppléments du Codex, en ce qui concerne les essais d'identité et de pureté des produits et la recherche des falsifications dont ils peuvent être l'objet.

Le directeur du laboratoire central d'étude et d'analyse des produits médicamenteux et hygiéniques est, de droit, membre de la Commission du Codex. (*J. O.*, 21 mai 1922.)

Comité départemental d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du Finistère. — Un concours en vue du recrutement de trois médecins spécialistes pour les dispensaires du Finistère aura lieu le 7 juillet prochain, à l'hôpital Laënnec, rue Vaneau, à Paris.

Les candidats doivent être français, âgés d'au moins vingt-huit ans et pourvus du diplôme de docteur en médecine français et devront s'engager à ne pas faire de clientèle.

Le traitement de début est fixé à 20.000 francs, susceptible d'augmentation de 1.000 francs tous les huit ans.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire-adjoint du Comité départemental. Préfecture Quimper.

Union fédérative des médecins de la réserve et de l'armée territoriale. — La prochaine réunion de la Société qui sera une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 19 juin 1922, au Cercle militaire, à 21 heures.

La Conférence sera faite sur le sujet suivant : « Les dysenteries aux armées », par M. Marcel Labbé, professeur à la Faculté, médecin des hôpitaux de Paris.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL COCHIN (professeur M. F. WIDAL). — Sous la direction de M. le prof. Widal et de MM. Lemierre et Abrami, agrégés, commenceront, à la clinique médicale de l'hôpital Cochin, à partir du mercrdi 7 juin 1922, des leçons avec exercices pratiques. Ces leçons auront lieu tous les jours à 14 heures.

Deux cours, de dix leçons chacun, seront faits successivement. — Les cours seront terminés le 29 juin.

Le nombre des assistants est limité à 25.

Objet du cours. — Procédés d'exploration clinique appliqués au diagnostic des maladies.

PREMIER COURS. — 1° *Maladies du rein* (6 leçons), — *a.* Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin. *b.* Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonaphtaléine. Azote résiduel. *c.* Hypertension artérielle et oscillométrie. Procédés de mesure et interprétation.

2° *Procédés d'examen d'un diabétique* (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et ses dérivés. Leur importance dans l'établissement du régime.

3° *Examen du liquide céphalo-rachidien* (2 leçons). — Examen chimique : albumine, sucre, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — 1° *Maladies du foie* (4 leçons). — a. *Etude des ictères.* — I. Recherche de la *bilirubine*, de l'*urobiline* et de la *stercobiline*. Valeur de ces recherches. II. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. Ictères dissociés. III. Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'autoagglutination des hématies. b. *Etude de l'insuffisance hépatique.* Rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire.

Insuffisance protéopexique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

2° *L'hémoclasie et sa valeur clinique* (1 leçon).

3° *Diagnostic des maladies typhoïdes* (1 leçon). — Hémocultures et séro-diagnostic.

4° *Réactions de fixation* (2 leçons). — Généralités. Sérodiagnostic de la syphilis. Maladie hydatique. Lèpre. Peste. Mycoses.

5° *Cytodiagnostic des épanchements pleuraux* (1 leçon). — Pleurotuberculose. Pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

6° *Examen du chimisme gastrique* (1 leçon).

Le droit d'inscription est fixé à 100 fr. pour chacun des deux cours.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 3) les jeudis et samedis de midi à 3 heures.

LA SECTION DE MÉDECINE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS, 13 et 15, rue de la Bûcherie, Paris (Ve) informe MM. les médecins et les étudiants en médecine pourvus des inscriptions réglementaires (16 A. R., 20 N. R.) désirant faire des remplacements qu'ils trouveront toute satisfaction parmi les nombreuses demandes qui lui parviennent chaque jour.

S'adresser à la permanence de la Section de médecine, bureau ouvert tous les jours, de quatorze heures à dix-huit heures. Service régulier grâce à deux lignes téléphoniques : Gobelins, 07-19; Gobelins, 59-19.

A fourni en 1921 plus de 1.000 journées de remplacements qui constituent la meilleure des références.

RENSEIGNEMENTS

584. — **EXTERNE**, scolarité terminée, cherche situation médicale ou paramédicale clinique ou laboratoire.

S'adresser au Journal.

CHRONIQUE

L'ITALIE ET LA CONVENTION SUR L'ACCOUCHEMENT

Le Bureau international du travail veut bien nous communiquer le memorandum soumis par le Gouvernement italien au Sénat, indiquant les raisons exposées par lui pour recommander la ratification des quatre projets de convention suivants, adoptés à la première Conférence internationale du travail, réunie à Washington en 1919 :

A. Chômage;
B. Accouchement;
C. Travail de nuit des femmes;
D. Travail de nuit des enfants.

Ce document nous apporte d'intéressants renseignements sur la législation du travail en Italie.

Le mémoire procède à l'examen de chacune des conventions dont il propose la ratification.

Le projet de convention concernant le chômage, est déjà réalisé par la législation actuelle et son application ne rencontrera aucune difficulté.

Il n'en est pas de même du *projet de convention concernant l'emploi des femmes avant et après l'accouchement :* la législation actuelle ne soumet l'emploi des femmes avant l'accouchement à aucune restriction, exception faite de celles qui sont employées au sarclage des rizières; dans ce cas, la période d'absence est d'un mois seulement. Quant à la défense d'employer les femmes après l'accouchement, elle ne porte que sur un délai d'un mois, qui peut être réduit à vingt et un jours. La seule indemnité prévue est l'allocation d'une somme de 100 lires aux femmes salariées qui bénéficient de la loi relative à l'emploi des femmes et des enfants.

Le mémoire déclare ensuite :

« Ainsi donc, nous sommes encore bien en retard sur les dispositions de la convention en question : mais si l'on prend en considération le fait que les amendements à notre législation qui seraient nécessaires pour réaliser ces dispositions sont réclamés par des vœux formulés par des experts en matière d'hygiène industrielle, et le fait que des mesures législatives dans le sens du projet de convention ont été déjà projetées (par exemple, l'article 91 du projet de loi rédigé par la Commission de l'assurance obligatoire contre la maladie) : « Les femmes assurées doivent s'abstenir du travail pendant les six semaines précédant l'accouchement et les six semaines qui le suivent, avec droit à des indemnités égales à celles qui sont accordées au cas de maladie. Ces indemnités seront payables pendant la durée maxima de la cessation de travail prescrite. Il faut considérer que la convention peut être approuvée avec la conviction qu'elle répond à un besoin sur lequel l'attention du pays a été attirée par des experts compétents et par l'opinion publique. »

Le projet de convention sur le travail de nuit des femmes, peut être appliqué en Italie en élargissant la loi relative à l'emploi des femmes et des enfants, de manière à l'étendre à de petites entreprises n'employant pas de machines et n'occupant pas plus de cinq ouvriers et qui restent encore en dehors du domaine de la loi.

Enfin, le mémoire exprime la conviction du Gouvernement que le Sénat consentira à la ratification du *projet de convention concernant le travail de nuit des jeunes gens employés dans l'industrie.* Dans ce but, il sera nécessaire d'amender la législation actuelle de façon à élever de quinze à dix-huit ans la limite d'âge. Grâce à cette mesure, il sera possible, ajoute le Gouvernement, « de protéger le développement physique des travailleurs, pour le grand avantage du développement des industries du pays, développement qui devrait être fondé non sur l'épuisement de trop jeunes et trop faibles activités, mais sur la coopération féconde des travailleurs aptes et intelligents. »

La loi décidant la ratification de ces projets de convention qui fut adoptée par la Chambre des députés le 6 août 1921, fut votée à son tour par le Sénat, au cours de sa séance du 31 mars 1922.

REVUE GÉNÉRALE

SYMPTOMES & DIAGNOSTIC DE LA LITHIASE RÉNALE

Par le Dr H. ELIOT,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Ancien assistant du service Civiale à Lariboisière.

La lithiase rénale est, au point de vue clinique, une affection essentiellement protéiforme.

La formation de concrétions minérales au niveau du rein peut, pendant toute la vie du malade ou du moins pendant un temps très long, ne se manifester par aucun symptôme. Il existe dans la littérature médicale de nombreuses observations de calculs rénaux latents, parfois volumineux, qui n'ont été que des trouvailles d'autopsie. De même, la radiographie, de nos jours, décèle parfois au niveau du rein, des calculs inattendus chez des sujets soumis à ce mode d'examen pour une raison étrangère à la lithiase.

S'il *n'est point infecté* (fait sur lequel Guyon a, jadis, déjà insisté dans ses Cliniques), le rein est à même de supporter, en effet, longtemps avec indifférence la présence de calculs, surtout si ces derniers, en se développant et en se ramifiant, arrivent à devenir relativement bien immobilisés dans le bassinet et les calices.

A vrai dire, ces cas de latence absolue sont cependant plus rares que les *formes frustes* dans lesquelles les accidents déterminés par la lithiase ont été si légers ou si peu caractéristiques qu'ils n'ont pas forcé l'attention du malade, ou du moins qu'ils ont été attribués par lui à une cause étrangère à la calculose.

A côté de ces formes latentes ou frustes, il en est d'autres dans lesquelles se déroule un ensemble de phénomènes suffisamment expressifs pour éveiller l'attention du malade ou du médecin. Les symptômes par lesquels la lithiase peut ainsi manifester sa présence, mais symptômes qui sont bien loin d'être toujours réunis au complet, sont de deux ordres :

A. Ce sont, d'une part, des phénomènes douloureux ;

B. Ce sont, d'autre part, des modifications du côté des urines.

A. **Les phénomènes douloureux dans la lithiase rénale.** — La douleur peut, chez les calculeux rénaux, revêtir plusieurs modalités :

a. Ce peuvent être, tout d'abord, *dans la région lombaire, du côté malade, des sensations douloureuses présentant comme principal caractère d'être provoquées ou aggravées par le mouvement, d'être au contraire calmées par le repos.*

C'est ainsi que la marche, la course, l'équitation, l'usage des divers véhicules, surtout de ceux qui sont mal suspendus, les actes nécessitant des mouvements successifs et répétés de flexion et d'extension du tronc (action de bêcher la terre, d'arracher de l'herbe, de ramer, par exemple) sont susceptibles de provoquer ou d'aggraver cet état douloureux.

Il existe parfois, pour le malade, un mode de mouvement ayant, de préférence aux autres, le privilège de déclancher, chez lui, la douleur : tel malade souffrira seulement lorsqu'il se fera cahoter en voiture ; tel autre, seulement à l'occasion de la marche ; un autre, uniquement quand il s'adonnera à l'équitation.

Les crises sont quelquefois plus capricieuses encore dans leur apparition, tourmentant le patient pendant un temps plus ou moins long, puis disparaissant, pour reparaître ensuite, bien que les causes provocatrices de la douleur n'en continuent pas moins à subsister.

L'intensité de ces douleurs est variable. Réduites dans certains cas à un simple endolorissement de la région lombaire et semblant parfois pour le malade siéger seulement dans les masses musculaires, elles se présentent d'autres fois sous forme d'élancements, de déchirements, de tenaillements, parfois de véritables morsures arrachant alors des cris au patient par leur acuité. Certains sujets en arrivent quelquefois à ne plus oser tenter le moindre mouvement. Ils s'immobilisent jusqu'à rester parfois alors confinés dans leur lit, pliés en deux ou encore le tronc incliné du côté malade. Cette dernière attitude vicieuse a pu, très exceptionnellement, chez de jeunes sujets, aboutir à une déformation définitive. Fietti a rapporté des cas de *scoliose* d'origine lithiasique.

La *pathogénie* de ces douleurs, nettement influencées par le mouvement, paraît être la suivante : un calcul *mobile* dans le bassinet ou les calices irrite, en se déplaçant à l'occasion du mouvement, la paroi pyélitique plus ou moins enflammée, laquelle réagit en traduisant ses souffrances par des algies plus ou moins vives.

b. A côté de ces accès douloureux se produisant à l'occasion du mouvement, il existe parfois, chez les lithiasiques rénaux, soit associées à eux, soit à l'état isolé, des *douleurs apparaissant, elles, sans motif, et sur lesquelles le repos, même absolu et prolongé, n'exerce aucune heureuse influence.* Ces douleurs à caractère spontané, d'intensité variable suivant les cas, et qu'entrecoupent parfois des crises paroxystiques plus pénibles encore, quelquefois à caractère nocturne (Jacobson) peuvent, une fois installées, persister un temps plus ou moins long. Dieulafoy cite dans son Traité l'exemple d'un calculeux chez lequel la douleur existait ainsi depuis près de onze ans à l'état pour ainsi dire continuel.

La présence d'un énorme calcul solidement enclavé dans les calices et le bassinet peut expliquer parfois, par son propre poids, l'existence de ces douleurs spontanées, généralement sourdes, alors, consistant seulement en une sorte d'endolorissement, de pesanteur dans la région lombaire.

Mais, le plus souvent, pour en comprendre la cause, il faut invoquer :

Soit une légère mise en tension passagère du bassinet par un calcul, venant temporairement oblitérer plus ou moins le collet de l'uretère et gênant alors le cours de l'urine (nous reviendrons plus loin sur ce point, à propos de la pathogénie de la colique néphrétique).

Soit et surtout les *poussées de congestion survenant au cours de la néphrite « diathésique »* et la tension intrarénale qui en résulte, *tension souvent aggravée encore du fait des lésions périnéphrétiques si fréquentes au cours de la lithiase* (lésions périnéphrétiques qui gênent l'expansion du rein).

c. Provoquées par le mouvement ou survenant sans cause, les douleurs restent rarement exclusivement localisées à la région lombaire. Il y a presque toujours des *douleurs irradiées.*

Les irradiations les plus fréquentes et les plus caractéristiques se font vers l'uretère (réflexe réno-uretéral), la vessie (réflexe réno-rénal), le rectum, et aussi vers les testicules chez l'homme et les

grandes lèvres chez la femme ; d'autres fois encore, elles se propagent vers la cuisse en suivant le trajet du sciatique, parfois jusqu'au talon ; plus rarement, elles se font vers l'épigastre et l'épaule. En dehors des cas de lithiase bilatérale, des irradiations peuvent encore se produire du côté du rein adelphe (*réflexe réno-rénal*). Le Professeur Guyon a, depuis bien longtemps, insisté sur ces différents réflexes.

Et comme ces douleurs irradiées peuvent se *manifester parfois en l'absence de toute douleur du côté du rein malade*, ou du moins, comme elles peuvent exister d'une *façon prépondérante*, on voit quelles erreurs le diagnostic de la lithiase, réduit aux seules ressources de la clinique, pourrait et a, jadis surtout, parfois entraîné un effet. Il y a longtemps que Morgagni a observé un malade « qui se plaignait d'une douleur très légère dans la région rénale, cependant qu'il éprouvait dans la vessie une douleur si déchirante que cinq ou six médecins qui le soignaient n'eurent pas le moindre doute que la maladie ne siégeait dans cet organe. A l'autopsie, cependant, on n'y trouva pas la moindre altération, mais il y avait dans les reins des calculs volumineux et ramifiés ». Bien d'autres erreurs semblables ont été rapportées. Il importe toutefois de remarquer que ces douleurs vésicales, jointes à la fréquence des mictions et à la dysurie, s'observent plus communément dans le cas de calcul de la partie terminale de l'uretère. De même, le réflexe réno-rénal (que l'on peut retrouver d'ailleurs à propos de toutes les affections du rein) a pu faire intervenir à tort sur le rein adelphe indemne de toute concrétion (cas de Godlee par exemple), soit que le malade n'accusât que des douleurs de ce côté, soit qu'en interrogeant le rein calculeux par la percussion ou le ballottement, comme nous le verrons plus loin, ce fût celui du côté opposé, bien que ne contenant pas de calcul, qui manifestât seul alors une douleur plus ou moins vive.

d. Enfin, la douleur peut, au cours de la calculose rénale, se présenter sous forme de crises paroxystiques, de *coliques néphrétiques*.

Si son début est annoncé parfois par des prodromes variés : douleurs vagues dans la région rénale ou suivant le trajet des nerfs abdomino-génitaux, petite hématurie légère « avertissante » suivant l'expression de Guyon, épreintes du côté du rectum signalées par Le Dentu, la crise de colique néphrétique débute le plus souvent, cependant, d'une manière brusque et inattendue.

On la voit se déclancher généralement à la suite d'une course à pied, à cheval ou en voiture, d'une chute, d'un choc sur la région lombaire, ou encore d'une cure d'eau diurétique. Parfois, cependant, elle éclate sans cause connue, pendant le repos au lit ou même en plein sommeil.

La douleur acquiert rapidement une acuité extrême arrachant des gémissements et des cris au patient, qui prend des positions les plus variées dans l'espoir d'atténuer ses souffrances.

C'est une douleur lancinante, térébrante, continue, entrecoupée d'accès paroxystiques plus ou moins rapprochés, plus pénibles encore pour le patient. Sa violence est parfois telle que les malades pâles, angoissés, couverts de sueur, en arrivent à un état subsyncopal.

Le maximum de la douleur siège tantôt entre les côtes et la crête iliaque, sur la paroi latérale du ventre, tantôt plus en arrière dans la région lombaire. De là, la douleur s'irradie et ses irradiations sont en général caractéristiques.

Suivant le trajet de l'uretère, elle se propage chez l'homme vers le cordon et le testicule qui se rétracte vers l'anneau inguinal par contracture du crémaster ; chez la femme, elle s'irradie vers les grandes lèvres ; chez elle, pendant la crise, on a encore observé parfois de la douleur à la pression de l'ovaire. Dans les deux sexes, on a pu voir des douleurs irradiées vers la cuisse suivant le trajet du crural, du fémoro-cutané, du sciatique ; les irradiations ascendantes, vers l'épaule et la région thoracique, sont beaucoup moins fréquentes.

L'intensité de ces phénomènes douloureux est parfois telle qu'ils peuvent être alors la cause d'un certain nombre d'accidents réflexes, tant du côté de l'appareil urinaire que du reste de l'organisme.

Les premiers consistent en une *oligurie* plus ou moins marquée accompagnée de *dysurie*. Les urines sont en même temps parfois un peu *sanguinolentes*.

Comme autres accidents réflexes, on peut observer des *nausées* ou des *vomissements* alimentaires ou bilieux. Guyon a signalé la possibilité du *météorisme abdominal* avec arrêt complet dans l'émission des matières et des gaz pouvant simuler l'*obstruction intestinale*.

Il faut aussi noter la possibilité d'apparition d'*accidents cardiaques asystoliques*, qui reconnaissent ici le même mécanisme pathogénique que dans les autres violentes crises douloureuses abdominales. On sait, depuis les travaux de Potain et de François Franck, que, dans ces circonstances, l'ébranlement nerveux parti de l'abdomen peut déterminer une vaso-constriction réflexe dans le réseau pulmonaire ; la pression s'élève alors dans le cœur droit, et si le myocarde est affaibli par les lésions antérieures, le syndrome de l'asystolie peut alors se manifester.

Les *phénomènes nerveux* (*convulsions, état délirant transitoire*) se rencontrent surtout chez les prédisposés.

La température reste ordinairement normale, du moins lors des premières crises. Plus tard si l'infection vient compliquer la lithiase, chaque crise de colique peut s'accompagner d'une violente poussée fébrile.

L'exploration physique du rein et de l'uretère est souvent très pénible pendant la crise à cause de la douleur.

Après la crise, l'uretère reste souvent encore sensible pendant quelques jours. Le fait se constate facilement par la palpation des différents points urétéraux (point para-ombilical de Bazy ; point iliaque de Henle ; point « inférieur », accessible par le toucher vaginal ou rectal).

La durée de la crise de colique néphrétique est très variable. En général, sa durée est de deux, trois heures jusqu'à cinq ou six heures. Plus rarement, elle persiste vingt-quatre, quarante-huit heures ou même davantage.

Plusieurs accès peuvent ainsi se succéder de façon plus ou moins rapprochée, et cela pendant un temps plus ou moins long (vingt et un jours chez un malade de Dieulafoy).

La terminaison brusque est la règle habituelle, procurant au malade une agréable sensation de soulagement et de grand bien-être qui conduit à un sommeil réparateur.

Les urines reparaissent claires, abondantes, tout

en restant parfois encore pendant quelques mictions un peu sanguinolentes.

La douleur lombaire va en s'atténuant; il persiste parfois seulement, pendant quelques jours comme nous l'avons vu, une légère sensibilité sur le trajet de l'uretère, à moins que le calcul ne s'étant arrêté en un point quelconque de ce conduit, il ne subsiste en ce point une douleur plus ou moins vive.

L'expulsion du calcul après la crise de colique est loin d'être la règle absolue. Les « coliques néphrétiques sans résultat », comme on les appelle, ne sont point une rareté, du moins chez les malades qui arrivent à devoir subir un jour l'ablation chirurgicale de leur calcul. Rafin, en étudiant les antécédents de ses opérés, a fait, en effet, cette constatation que la colique néphrétique « complète » s'observe relativement peu souvent (12 fois seulement sur 48 cas opérés par lui). En dehors des cas où le calcul s'arrête en un point quelconque de l'uretère au cours de sa migration, un calcul, trop volumineux pour s'engager dans ce conduit mais venant temporairement bloquer le collet de l'uretère, est susceptible de réaliser, en effet, le syndrome douloureux de la colique néphrétique.

PATHOGÉNIE DU SYNDROME « COLIQUE NÉPHRÉTIQUE ». — Le syndrome colique néphrétique ne reconnaît donc *pas pour cause unique*, comme l'indiquent les classiques, le *seul traumatisme exercé par la migration de la pierre sur les parois urétérales dans sa descente vers la vessie.*

Sans doute, le traumatisme infligé à l'uretère intervient dans certains cas, pour une certaine part, dans la pathogénie des douleurs alors observées. Le fait de pouvoir retrouver, souvent même plusieurs jours après la crise, par le palper abdominal, par le toucher inguinal ou rectal l'uretère encore sensible le prouve.

Toutefois c'est la brusque mise en tension des parois du bassinet par l'urine gênée dans son écoulement vers la vessie en raison de la présence du calcul (que celui-ci soit réellement engagé dans le conduit urétéral et qu'un spasme des parois de l'uretère à son niveau vienne, temporairement, compléter le blocage de ce conduit, ou que trop volumineux et prisonnier dans le bassinet, ce soit seulement l'un des prolongements du calcul qui momentanément oblitère le collet de l'uretère) qui est la cause principale de la réalisation du syndrome douloureux constituant la colique néphrétique.

Le bassinet est en effet très sensible à la distension. La pratique des lavages de la cavité pyélitique montre journellement ce fait avec la plus grande évidence. D'ailleurs un cathétérisme urétéral pratiqué en pleine crise de colique néphrétique est susceptible de la faire céder instantanément en déplaçant le calcul engagé ou non dans l'uretère et en supprimant la rétention dont le bassinet est le siège en amont.

Dans certains cas anormaux de colique néphrétique, soit par leur intensité, soit surtout par leur prolongation ou leur caractère récidivant et ne cédant au traitement habituel par la piqûre de morphine, le cathétérisme urétéral (*à condition d'être accomplie avec les plus minutieuses conditions d'asepsie*) est susceptible d'être employé en effet avec le plus grand avantage. Albarran en 1899 dans la première édition du *Traité* de Le Dentu, Delbet rapportait déjà avoir réussi à calmer *instantanément* par ce moyen une crise de colique néphrétique. Desnos, au Congrès français d'urologie de 1910, dans une communication « sur les indications techniques et les accidents du cathétérisme des uretères calculeux » faisait allusion à trois observations de ce genre. Au Congrès d'urologie de 1911, Heitz-Boyer est revenu sur l'opportunité en certain cas de sa mise en pratique, en apportant quatre nouvelles observations de semblable intervention exécutée en pleine crise néphrétique où il vit, après avoir évacué, par la sonde urétérale introduite dans l'uretère jusque dans le bassinet, une rétention qui oscilla suivant les cas entre 22, 26, 29, 30 centimètres cubes, la douleur cesser aussitôt « comme par enchantement. »

Le syndrome colique néphrétique est donc bien sous la dépendance, avant tout, de la mise en tension brusque et momentanée du réservoir pyélitique.

Dans un cas exceptionnel rapporté par Hartmann chez un lithiasique infecté, la mise en tension du bassinet enflammé, au cours d'une poussée de coliques néphrétiques intenses et répétées a même pu provoquer la *rupture* de cette organe, et la production par suite d'une collection purulente lombo-iliaque.

B. **Modifications du côté des urines dans la lithiase.** — *a.* ÉMISSION DE GRAVIERS PAR L'URÈTRE. — La lithiase s'affirme très souvent par la présence dans l'urine d'une poussière sablonneuse, de couleur variable suivant sa constitution chimique, se déposant le long des parois du vase et y adhérant plus ou moins.

Mais chez certains lithiasiques, ce sont de véritables graviers pouvant atteindre la grosseur d'un pois et même plus, qui sont émis par l'urètre. C'est là, lorsqu'il existe, le symptôme le plus évident de lithiase.

Le plus souvent, ces graviers sont expulsés à la suite de coliques néphrétiques. Mais il n'en est pas toujours ainsi : certains malades ont la faculté d'émettre de petits calculs par l'urètre sans en être nullement incommodés. Guyon appelle ces sujets *des pondeurs de calculs*. Ces concrétions « dont le déménagement s'opère ainsi clandestinement » du bassinet jusqu'à l'extérieur sont le plus souvent de petits calculs uriques. La forme régulière, le poli de la surface des concrétions uriques expliquent la possibilité d'un tel cheminement, s'effectuant sans douleur pour le patient.

b. HÉMATURIE. — En dehors de l'hématurie qui précède, accompagne ou suit les crises de coliques néphrétiques, déjà mentionnée, le pissement de sang, *si du moins l'on fait état des hématuries dites « microscopiques »* est un symptôme fréquent des calculs rénaux.

La colique néphrétique donc mise à part, l'hématurie au cours de la lithiase peut se produire dans deux conditions :

1. *Le plus souvent à l'occasion du mouvement.*
2. *Parfois aussi, mais plus rarement, sans cause provocatrice apparente.*

1. *Hématuries survenant à l'occasion du mouvement.* — L'hématurie des calculeux est avant tout une hématurie provoquée. Le mouvement la détermine; le repos, par contre, exerce sur elle une influence heureuse et « prochaine ».

Sydenham, dès 1676, en rapportant son auto-observation, insistait déjà sur la fréquence de ce caractère de l'hématurie chez les lithiasiques; d'où le nom d' « hématurie de Sydenham » donné par Dieu-

lafoy, dans ses cours de la Faculté, à cette forme d'hématurie calculeuse.

Comme toutes les hématuries rénales, c'est une hématurie *totale*; le sang est expulsé intimement mélangé à l'urine; lorsqu'on pratique l'expérience des trois verres, on peut se rendre compte que le premier jet est aussi fortement teinté que les dernières gouttes émises.

L'importance du saignement observé est variable; cependant cette forme d'hématurie est, en général, légère et peu durable; ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle est abondante et tenace.

A côté de cette hématurie manifeste qui force l'attention du malade, il faut faire place à l'*hématurie microscopique* qui demande, elle, à être recherchée, mais dont l'importance au point de vue du diagnostic de la lithiase est plus importante à cause de sa *plus fréquente existence.*

L'*épreuve de la marche* est très souvent utile pour la mettre en évidence, et partant, pour le diagnostic de la lithiase. En centrifugeant l'urine des malades que l'on soupçonne atteints de lithiase, après leur avoir imposé une marche de quelques heures, en terrain accidenté de préférence, on trouve presque toujours en effet, dans le culot de centrifugation des globules rouges en abondance plus ou moins grande. L'on peut aussi parfois reconnaître la véritable origine de certaines albuminuries légères, observées chez des malades dont l'examen microscopique de l'urine a été jusque-là négligé.

A défaut de microscope, la recherche du sang dans l'urine par le réactif de Weber, procédé très sensible qui permet d'y déceler des traces infinitésimales, peut rendre d'estimables services.

La cause de ces hématuries provoquées réside dans le traumatisme exercé sur les parois du bassinet et des calices par le calcul se déplaçant à l'occasion du mouvement.

2° *Hématuries spontanées.* — Cette variété d'hématurie diffère totalement par ses caractères de la précédente.

Fantaisiste dans son apparition, *elle se produit sans cause,* souvent pendant le repos, parfois la nuit, au milieu du sommeil.

Une fois apparue, elle persiste quelquefois pendant plusieurs jours avec une *opiniâtreté remarquable* (deux mois sans interruption aucune, malgré le séjour absolu au lit, dans un cas d'Albarran).

Le type de cette hématurie se trouve dans l'observation partout rapportée d'Hartmann. Un enfant immobilisé dans une gouttière de Bonnet est pris subitement, à deux reprises, d'hématurie qui la seconde fois persiste pendant huit jours; puis tout rentre dans l'ordre. L'enfant meurt quelques temps après et l'on trouve un calcul dans son rein droit.

Dans une observation de Abbe, la lithiase étant caractérisée uniquement par l'incrustation calcaire d'une papille, le malade présentait cependant depuis cinq ans des hématuries abondantes, depuis deux ans continuelles. Une néphrotomie suivie du grattage du revêtement sablonneux de la papille mit fin à tous les accidents.

Ce type d'hématuries doit être rapporté aux poussées de congestion survenant au cours de la néphrite (*néphrite « diathésique »* bien étudiée par Albarran) qui existe dans tout rein atteint de lithiase.

c. PYURIE. — *C'est un symptôme qui bien entendu n'existe que sous la lithiase infectée.*

On la trouve généralement associée alors à la *polyurie* (*polyurie trouble de Guyon*, et à la *pollakiurie à caractère surtout nocturne*).

L'urine est louche, opalescente, laiteuse et elle reste louche même après vingt-quatre heures de séjour dans un vase, bien qu'au fond du bocal on constate une épaisseur variable de dépôt purulent.

Cette polyurie trouble peut être le seul symptôme qui, par sa tenacité, attire l'attention du malade. D'autre fois, c'est interrogé par le malade au sujet de sa pollakiurie nocturne que le médecin la découvre. Mais souvent (Rafin a insisté sur ce point, 13 fois sur 36 lithiasiques infectés opérés par lui), *ce sont les phénomènes généraux* venant au bout d'un temps variable accompagner l'infection rénale (*accès fébriles, troubles digestifs, perte de l'appétit en particulier, affaiblissement plus ou moins prononcé de l'organisme*) qui incitent le malade à venir consulter et c'est alors qu'on décèle la purulence des urines. La recherche minutieuse d'antécédents lithiasiques, même lointains, chez ces malades et surtout la radiographie systématiquement appliquée, comme l'ont, les premiers réclamé Nicolisch et Jeanbrau, chez tous les pyuriques, à propos desquels la preuve de la tuberculose rénale ne peut être établie avec une complète évidence, permettront alors de rapporter le trouble des urines à sa véritable origine.

Dans la forme pyonéphrotique l'urine présente parfois des alternances marquées d'éclaircissement et de purulence, coexistant avec des accès d'hyperthémie et de température moins élevée. Les élévations de température et l'éclaircissement simultané des urines correspondent à des crises de rétention du côté du rein malade que l'on trouve parfois, à ce moment, à la palpation, plus sensible et plus gros.

Tels sont les symptômes qui peuvent au cours de l'évolution de la calculose rénale, éveiller l'attention.

L'examen physique du malade, alors pratiqué, pourra donner les renseignements suivants :

A. RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LA PALPATION DU REIN. — 1. Ce n'est qu'à titre de curiosité pathologique que l'on peut citer le cas de Lichstein qui, chez un malade put, par le palper abdominal, percevoir directement un calcul du rein. Israël, Pillet ont observé chacun, un cas analogue.

2. Ce n'est que très exceptionnellement encore, en cas de volumineuse pyonéphrose contenant plusieurs calculs, que l'on a pu, par la palpation bimanuelle du rein, obtenir une crépitation sourde, particulière due au frottement réciproque des concrétions (*collision crépitante* de Tuffier). Guyon, Tuffier, Routier, Cathelin en ont rapporté des exemples.

3. Plus souvent, *mais non toujours*, loin s'en faut, le rein calculeux se montrera plus ou moins douloureux à l'exploration directe.

Il n'existe, en tout cas, aucun rapport entre la douleur, se produisant à la faveur de la palpation de l'organe, et les douleurs survenant soit d'une façon spontanée, soit à l'occasion du mouvement. Rafin a noté nettement ce défaut de parallélisme chez plusieurs de ses malades. Peut-être cette absence de douleurs à la pression, résulte-t-elle du long développement, chez certains sujets, de la douzième côte qui protège alors le calcul, lors de la palpation du rein. C'est là une hypothèse émise par

Arcelin, d'après certaines radiographies obtenues par lui, en pareille occurrence.

La douleur peut être réveillée à la pression :

a. Soit en arrière, dans l'angle costo-lombaire, en plaçant la pointe des doigts au-dessous de la dernière côte, sur le bord externe de la masse sacro-lombaire, et en les enfonçant alors en haut, en avant, en dedans.

b. Soit en avant, en déterminant une pression profonde au-dessous du rebord costal, au niveau du bord externe du muscle droit. Cette dernière manœuvre recommandée par Albarran, conduit à presser sur la région du bassinet.

La douleur peut encore être provoquée par la palpation bi-manuelle du rein, ou les secousses imprimées à l'organe, lors de la recherche du ballottement. Lyod et, après lui, Le Dentu et Jacobson ont insisté sur l'utilité de la percussion brusque de la région lombaire pour réveiller la sensibilité de la glande rénale dans la lithiase.

La douleur ainsi provoquée revêt une intensité variable. Elle s'irradie, parfois, suivant le trajet de l'uretère et les nerfs du plexus lombaire. La recherche des différents points urétéraux, et des points douloureux accessoires, décrits par Pasteau, demande aussi à être pratiquée.

Elle s'irradie parfois encore du côté du rein adelphe. Elle peut même, exceptionnellement, se montrer plus intense ou même encore ne se manifester que du côté opposé, au siège des concrétions. *La bilatéralité de la lithiase est loin, d'ailleurs, d'être une rareté.*

4. La palpation peut encore permettre, dans certains cas, d'apprécier le *volume du rein.* Très souvent, cependant le rein calculeux ne peut être senti. Il en est ainsi lorsqu'il s'agit de calculs aseptiques, sans dilatation de l'organe. Les calculeux sont de plus, volontiers, des obèses à paroi abdominale, épaisse, éventualité fâcheuse pour apprécier le volume d'un organe aussi profond. On n'arrive guère à percevoir le rein calculeux qu'au cas où il se complique d'hydronéphrose ou de pyonéphrose. *La périnéphrite sclérolipomateuse si fréquente* au cours de la lithiase, a pu faire croire, à tort du reste, dans quelques cas, à une augmentation de volume du rein. Cette périnéphrite a pour effet, souvent encore, de limiter la mobilité de l'organe qu'elle entoure (Albarran).

B. Renseignements fournis par la cystoscopie et le cathétérisme urétéral pour le diagnostic de l'existence de la lithiase rénale. — L'examen cystoscopique des méats urétéraux et le cathétérisme des uretères peuvent, dans quelques cas exceptionnels seulement, aider au diagnostic de la réalité de la lithiase rénale.

S'il s'agit d'un malade ayant déjà expulsé, avec ou sans coliques, un certain nombre de calculs, le méat urétéral pourra, de ce côté, se montrer irrégulier, déchiqueté, par suite d'éraillures produites, lors du passage successif des concrétions. En cas de rétention rénale (le fait existe d'ailleurs, quelle que soit la nature de la rétention), les éjaculations urétérales peuvent se montrer moins nombreuses et plus faibles du côté lésé.

La nature de l'éjaculation urétérale en cas de pyurie ou lors d'une crise hématurique, aide utilement, d'autre part, à la localisation du côté atteint.

Le cathétérisme des uretères, pour le diagnostic de la réalité d'un calcul situé dans le bassinet, est pratiquement d'un bien moins grand intérêt. Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on pourra, avec le bout de la sonde, percevoir le contact d'un calcul aussi loin situé. Albarran a pu faire, cependant, une fois cette constatation. Howard Kelly, dans deux cas confirmés par l'intervention, a pu, lui, en aspirant avec une seringue adaptée au pavillon de la sonde urétérale, le contenu du bassinet, retirer de tout petits fragments de calcul et porter ainsi le diagnostic de lithiase. *(A suivre.)*

ACTUALITÉS

QUELQUES NOTIONS RÉCENTES SUR L'ÉRYTHÈME NOUEUX

L'érythème noueux, dermatite contusiforme, urticaire tubéreuse, est une affection à *symptômes généraux de début*, d'ordinaire légers, et *suivis* de symptômes *locaux* sous la forme d'une éruption de nodosités à la face dorsale des pieds, aux jambes, plus rarement aux cuisses, aux fesses ou aux avant-bras. Ces nodosités, arrondies ou elliptiques, du volume moyen d'une noisette, bien qu'atteignant, parfois celui d'un petit œuf, sont d'une rougeur variable, et plus ou moins violacées à leur centre, comme la trace d'un coup. Saillantes, dures, bien qu'un peu dépressibles, entourées d'une légère zone d'œdème diffus, douloureuses parfois spontanément mais toujours à la pression, elles durent dix à quinze jours au cours desquels elles s'affaissent, se ramollissent, passant par toutes les teintes d'une ecchymose, et disparaissent tandis que l'épiderme sus-jacent desquame un peu.

Plusieurs *poussées* se succèdent, portant la durée moyenne de l'affection à trois à six semaines.

Atteinte des séreuses articulaires, tendineuses, pleurales ou autres, troubles cardiaques ou viscéraux divers, montrant qu'il s'agit d'une maladie générale, sont les *complications* possibles, bien que rares.

L'histologie montre des lésions de dermite inflammatoire aiguë et banale, à vaisseaux dilatés, manchons périvasculaires de cellules rondes, extravasation d'hématies, et qui, d'après Darier, doivent faire penser qu'elles résultent d'*embolies microbiennes.* De fait, et c'est ici que la question prend tout son intérêt moderne, de récents travaux ont montré la présence, dans l'érythème noueux, de microbes divers. La découverte en est ardue et rare. Mais la biopsie a déjà révélé d'eux d'entre eux, le bacille de Koch et le tréponème, alors que d'autres n'ont été décelés que par l'hémoculture.

Le bacille tuberculeux a été trouvé histologiquement par Landouzy et Læderich, puis par Gutmann. L'inoculation du sang au cobaye a donné également quelques résultats positifs. Il y a donc un érythème noueux tuberculeux, comme le faisaient pressentir la clinique et surtout le laboratoire (cuti, ophtalmo, intradermo-réaction — production expérimentale de nodules d'érythème noueux avec des injections de tuberculine : Chauffard, 1909; réactivation de l'érythème noueux par le même procédé : Gougerot, 1908; Chauffard et Girard, 1919 ; Caussade et Doumer, 1920). Toutefois l'érythème noueux peut reconnaître d'autres causes. Comme le dit Brocq, il tend à s'établir cette opinion simpliste que l'érythème noueux est toujours fonction de tuberculose (Pesta-

lozza). Or, « il y a des faits cliniques qui ne semblent pas cadrer avec cette conception ». Mais surtout, il y a déjà plus de quinze ans, le laboratoire montrait, non pas, il est vrai, dans les nouures, mais dans le sang des malades l'entérocoque, le tétragène (Chauffard et Ramond, Roger et Trémolières) et le streptocoque (Sacquépée et Loiseleur). Et récemment, Sacquépée a mis en évidence, de la même façon, un *pneumocoque* typique pathogène pour la souris.

Les auteurs étrangers ont fait aussi d'importantes constatations. En 1915, Rosenow a montré le rôle joué dans certains cas particulièrement aigus par un *bacille diphtéroïde*, polymorphe, ne prenant pas le Gram, et qui ferait des poussées septicémiques trouvant leur point de départ dans les cryptes amygdaliennes et les culs-de-sac gingivaux.

En 1920, Fischl (de Vienne) a rencontré le *tréponème* dans une biopsie d'érythème noueux prélevée sur un sujet en pleine syphilis floride, confirmant ainsi l'exactitude des faits cliniques avancés par Mauriac, dès 1880.

Enfin, en 1921, Massini, dans un cas d'érythème noueux, a trouvé dans le sang, à l'ultramicroscope, un *spirochète* différent du tréponème. Long d'environ 4 μ, pourvu d'extrémités arrondies et mousses, privé de cils et de membrane ondulante, mais doué d'une grande mobilité, cet organisme nouveau, rencontré seulement au premier stade de l'infection, a été dénommé *spirochæta agilis*.

Depuis longtemps, d'autre part, on connaît l'érythème noueux dans la lèpre (Brocq), dans la blennorragie (Perrin). Cliniquement encore, on a vu l'érythème noueux se comporter comme une maladie épidémique et contagieuse (Herxheimer-Savill-Brönnum-Brocq), sans qu'on ait pu, dans ces cas, mettre en évidence l'agent pathogène, qui pourrait d'ailleurs être un de ceux énumérés plus haut. A. Gendron, qui a observé deux épidémies familiales conclut qu'il existe un érythème noueux assimilable à une fièvre éruptive, et dont la durée d'incubation est de quatre jours.

Brocq, dans un article du *Bulletin médical* de 1918, a émis l'opinion, reprise dans son récent *Précis-Atlas*, qu'il doit exister :

1° Une entité morbide bien définie au point de vue objectif, évolutif, épidémique, qui serait l'érythème noueux *essentiel*, pouvant se développer parfois sur des terrains déjà entachés d'une autre infection, syphilis, tuberculose, etc., et qui serait justiciable de l'emploi des iodures.

2° Un syndrome *objectif* répondant au type morbide précédent et pouvant être causé par diverses infections, en particulier par la lèpre, la syphilis, la tuberculose.

3° Ce même syndrome objectif pourrait être également causé par certaines intoxications ou auto-intoxications.

Il semble qu'on puisse aujourd'hui, à la lueur des faits déjà rapportés, affirmer qu'il y a bien un érythème noueux « syndromique » et pouvant être causé au moins par deux infections différentes, la tuberculose et la syphilis, puisque l'agent pathogène de ces infections a été trouvé *dans* les nodules.

Dès maintenant donc, l'hypothèse de l'érythème noueux, maladie univoque et constamment monomicrobienne doit être écartée.

Mais de plus, il est infiniment probable que nombre d'infections sont à la base de l'érythème noueux, puisque l'hémoculture a été si souvent positive pour des agents pathogènes divers et entre les mains d'auteurs expérimentés et différents.

On arrive ainsi au démembrement pathogénique de l'érythème noueux (qui n'est d'ailleurs qu'un des éléments de l'érythème polymorphe, si fréquent au cours des infections et intoxications les plus diverses). Ce n'est pas la première fois que pareille chose se voit en dermatologie.

Doit-on arriver au démembrement clinique ? Il ne le semble pas, l'analyse symptomatique étant moins subtile que le laboratoire. Toutefois des indications ont pu être données d'abord par Sacquépée et Loiseleur, qui insistaient sur l'arthralgie dans l'érythème noueux entérococcique, sur les troubles digestifs dans l'érythème noueux streptococcique.

Dans ce dernier, Stokes, en 1919, a relevé les caractères suivants : nodules volumineux, fortement hémorragiques, tendus, œdémateux avec des limites diffuses; siège prédominant au voisinage des grandes articulations et à la face *antérieure* des membres inférieurs; changements de teinte bien marqués, vraiment contusiformes; acuité des symptômes, etc. Mais ces caractères n'ont guère de valeur que par contraste avec l'érythème noueux tuberculeux, à signes plus discrets et plus chroniques. Et d'ailleurs, Stokes lui-même conclut que les phénomènes cliniques ne donnent guère les moyens de distinguer les formes tuberculeuses de celles qui ne le sont pas.

L'entité clinique érythème noueux paraît donc devoir être conservée, en raison de l'impossibilité actuelle de poser un diagnostic étiologique par les seuls symptômes. Une réserve pourrait être faite en ce qui concerne l'étonnante curabilité de certains cas par les iodures (Brocq).

On a pu voir par ce qui précède, quel pas en avant a été fait, au cours des dernières années, dans la connaissance des causes premières de l'érythème noueux, qui méritera de moins en moins l'épithète d'essentiel.

Ce que nous savons de l'érythème noueux, nous le fait personnellement considérer comme un mode de réaction *très général* des téguments à des toxines *très diverses*, non microbiennes ou microbiennes, et qui, dans ce dernier cas, ne serait pas forcément lié à la présence de corps microbiens dans les lésions. Toutes proportions gardées, il nous paraît que la comparaison avec *les* roséoles est de nature à donner une bonne idée *des* érythèmes noueux.

R. BARTHÉLEMY,
Ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.

BIBLIOGRAPHIE

BROCQ. Quelques réflexions à propos de l'érythème noueux, *Bull. méd.*, 25 mai 1918, p. 227. — *Précis-Atlas de dermatologie*, 1921, p. 824.

CAUSSADE et DOUMER. Typhobacillose avec érythème polymorphe, etc. *Soc. méd. des hôpit.*, séance du 9 juillet 1920.

FISCHL. Présence du spirochète dans l'érythème noueux syphilitique, *Wien. med. Woch.*, 14 fév. 1920, n° 8.

GENDRON. Epidémie d'érythème noueux dans une famille de tuberculeux, *Soc. méd. des hôpit.*, séance du 26 mars 1920.

GOUGEROT et LAROCHE. Etiologie et pathogénie des tuberculides cutanées, *Gaz. des hôpit.*, 27 janv. 1912, n° 11, p. 141.

GUTMANN. Un cas d'érythème noueux avec présence du bacille de Koch dans le sang circulant, *Paris méd.*, 19 mai 1917.

JAQUEROD. Relations cliniques entre l'érythème noueux et la tuberculose, *Revue méd. Suisse romande*, 1916, n° 36, p. 345.

LŒDERICH et Ch. RICHET fils. L'érythème noueux tuberculeux, *Revue de la tuberculose*, août 1920, n° 4.

Massini. Ueber die Bef. von Spirochæten bei E. n. (sp. agilis), *Schweiz. med. Woch.*, 1921, n° 32, 739-40.
Nicola. Contributo clin. sull. natura e signif. dell' e. polimorfo, *Gazz. d. osped. Milano*, 1915, n° 36, p. 1478-80.
Rosenow. The etiology and exp. production of e. n. *J. of inf. dis.*, 1915, n° 17, p. 367-84.
Sacquépée. Erythème noueux au cours d'une septicémie à pneumocoques, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1er déc. 1921, n° 34, p. 1539.
Sacquépée et Loiseleur. *Soc. méd. des hôpit.*, séance du 9 mars 1906.
Stokes. Clin. studies in cutaneous asp. of tub., *Am. Journ. of méd. Sc.*, fév. 1919, n° 2, 157.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 15 mai 1922)

L'activation du spermatozoïde dans les fécondations hétérogènes. — M. Alphonse Labbé.

Variétés de bacilles pyocyanoïdes. — M. C. Gessard.

Sur la présence de microbes acétonogènes dans la flore intestinale des diabétiques. — M. Albert Berthelot et Mme St. Danysz-Michel ont découvert, dans l'intestin des diabétiques, exclusivement des bacilles acétonogènes, d'ailleurs différents de celui de Renshaw et Fairbrother. Les cultures de ces bacilles, administrées à doses massives et quotidiennes à des lapins nourris d'aliments hydrocarbonés, ont donné lieu, parfois, à de la glycosurie avec acétonurie et diacéturie. Mais les conditions nécessaires à la production de ces accidents s'éloignent trop de la réalité pour qu'on puisse conclure à l'origine microbienne du diabète humain.

Réactions de défense et d'immunité provoquées par injection intradermique de microbes vivants ou tués par la chaleur. — MM. M. Breton et V. Grysez.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 23 mai 1922)

M. Brumpt prononce l'éloge de Laveran.
La séance est levée en signe de deuil.

— Contre l'usage admis jusqu'alors, qui voulait qu'après la mort d'un ancien président la séance fut définitivement levée, après dix minutes d'interruption l'Académie, sur l'invitation de M. le Président, a repris le cours de ses travaux.

Un cas de toxi-infection alimentaire à forme de cholécystite aiguë et causée par le paratyphique A. — M. Ménétrier, en son nom et au nom de MM. Isch-Wahl et Surmont présentent un cas observé récemment de toxi-infection alimentaire dû au paratyphique A. La preuve en fut fournie par l'hémoculture et la séro-agglutination. La cause en fut une langue de veau de conserve dont l'ingestion provoqua la mort d'une autre personne. Chez le malade en question, l'infection fut moins sévère; elle débuta dix heures après le repas par des phénomènes de cholécystite. Cette localisation initiale s'explique par une moindre résistance des voies biliaires due peut-être à une lithiase qui se serait traduite auparavant par une crise de colique hépatique. Le malade guérit en une quinzaine de jours. M. Ménétrier avait observé en juillet 1917 une épidémie de toxi-infection alimentaire qui sévit sur les enfants d'une école nourris à une cantine. Sur les vingt cas soignés à Tenon, il y eut une mort à la suite d'un syndrome cholériforme. La cause de cette épidémie fut une viande avariée qui, examinée par M. Martel, mit en évidence le paratyphique B retrouvé d'autre part chez les petits infectés.

Historique d'une des grandes lois de la pathologie nerveuse. — M. Klippel lit un travail sur ce sujet.

Eaux minérales. — M. Meillère lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées.

Recherches sur le faisceau auriculo-ventriculaire. — M. Josué, dans ses recherches sur ce sujet, a fait quelques constatations anatomiques nouvelles. L'étude de cette partie primordiale du cœur a été, selon lui, un peu négligée.

Après avoir bien défini la topographie du faisceau auriculo-ventriculaire, les coupes qu'il faut pratiquer pour l'isoler, il en décrit le trajet. Il a fait de nouvelles constatations sur le mode de pénétration de ce faisceau dans la cloison fibrineuse, sur sa structure histologique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 19 mai 1922)

Deux cas de syphilis nerveuse de l'Européen dus au virus africain indigène. — MM. Sézary et Alibert ont vu survenir le tabes chez deux syphilitiques contaminés en Algérie par des femmes indigènes. Ces faits viennent à l'encontre de la théorie dualiste des virus syphilitiques. Ils montrent qu'un virus essentiellement dermotrope, comme celui de la syphilis des peuplades de l'Afrique du Nord, peut déterminer chez l'Européen des lésions nerveuses, tout comme le virus prétendu neurotrope.

M. Sicard est lui aussi partisan de la doctrine uniciste du virus syphilitique.

M. Babonneix signale certaines observations de syphilis nerveuse chez les Arabes.

Paralysie douloureuse des jeunes enfants (pronation douloureuse). — M. Comby rapporte un cas de pronation douloureuse chez un enfant, et à ce propos rappelle la fréquence de cette affection due à une légère subluxation de la tête du radius.

Signe d'Argyll-Robertson unilatéral consécutif à un traumatisme cranien. — MM. Georges Guillain et L. Laederich rapportent l'observation d'un homme de quarante-sept ans qui, à la suite d'un accident (plaie contuse du crâne et phénomènes commotionnels), conserve six mois après ce traumatisme, de la céphalée, quelques troubles de la mémoire et un signe d'Argyll-Robertson unilatéral. Tous les réflexes tendineux et cutanés sont normaux. La pupille droite plus grande que la gauche est déformée, elle ne réagit pas à la lumière, mais se contracte à l'accommodation et à la convergence; la pupille gauche a toutes ses réactions normales. Ce signe d'Argyll unilatéral, constaté également par M. Rochon-Duvigneaud, ne s'accompagne d'aucune diplopie, d'aucune modification du champ visuel, d'aucun trouble du fond de l'œil. L'examen du liquide céphalo-rachidien a montré l'absence de lymphocytose, d'albuminose, les réactions de Paudy et de Weichbredt sont négatives ainsi que la réaction de Wassermann et la réaction du benjoin colloïdal.

Ce signe d'Argyll unilatéral est consécutif au traumatisme cranien, et l'origine syphilitique ne peut nullement être invoquée. Ce cas s'ajoute à quelques rares observations relatées antérieurement où le signe d'Argyll a été observé dans des lésions non syphilitiques du pédoncule cérébral, et dans les lésions commotionnelles.

La séro-vaccinothérapie des broncho-pneumonies. Etude des réactions leucocytaires observées au cours du traitement. — MM. d'Œlsnitz et Colle, ayant utilisé l'action simultanée des sérums et vaccins plurivalents dans les broncho-pneumonies, ont obtenu sur 30 cas 25 guérisons rapides. Etudiant dans chacun des cas les réactions leucocytaires précoces et tardives, ils ont observé que, dans une certaine mesure, le sens, le degré de ces réactions et leur répercussion sur l'évolution de la courbe leucocytaire étaient susceptibles de fournir quelques éléments d'appréciation concernant le mode d'action, les effets probables et la direction du traitement.

Ostéite à forme névralgique. — M. Hallé rapporte un cas d'ostéite de l'extrémité inférieure du radius avec crises

douloureuses intenses. Il insiste sur le caractère névralgique des douleurs, coïncidant avec une très légère infection de l'os.

Enrichissement apparent des crachats tuberculeux par séjour à l'étuve. — MM. S. I. de Jong et P. Hillemand ont employé la méthode d'enrichissement apparent des crachats tuberculeux proposée par MM. Bezançon, Mathieu et Philibert et confirment leurs résultats. Dans presque tous les cas où l'examen direct des crachats décelait la présence de bacilles il y a eu enrichissement apparent. Dans 20 cas où l'examen direct était négatif, les résultats fournis par l'homogénéisation et l'enrichissement apparent ont été parallèles. Dans 4 cas où le résultat de l'homogénéisation était négatif, l'enrichissement apparent leur a donné des résultats positifs. Dans 2 cas enfin, où toutes les recherches avaient été négatives l'homogénéisation après enrichissement leur a permis de constater la présence de bacilles. Ils croient donc que souvent la technique si simple de l'enrichissement viendra remplacer la technique un peu compliquée de l'homogénéisation. Cette dernière enfin, faite après l'enrichissement donnera des résultats plus sensibles que ceux qu'elle fournissait antérieurement.

Deux cas de morve humaine. — M. Saïd Djémil rapporte deux observations de morve humaine. La première observation concerne une forme broncho-pulmonaire, puis phlycténulaire. La deuxième observation a trait à une forme arthronodulaire et présente comme particularité l'amélioration trompeuse des arthropathies sous l'influence de la médication salicylée, ainsi que l'échec des ponctions successivement tentées au niveau des nodules sous-cutanées.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 MAI 1922)

Etude anatomo-pathologique des lésions expérimentales provoquant le syndrome polyurique et le syndrome adiposo-génital chez le chien. — MM. J. Camus, G. Roussy et A. le Grand apportent les documents anatomiques relatifs à l'étude expérimentale des syndromes hypophysaires poursuivie par deux d'entre eux depuis plusieurs années. Cette étude faite sur coupes microscopiques sériées vient tout d'abord confirmer les premières conclusions de ces auteurs, à savoir : que le syndrome polyurique relève non pas d'une lésion hypophysaire, mais bien d'une lésion superficielle de la région du tuber cinereum.

De plus, elle permet aujourd'hui de préciser davantage la localisation des lésions qui déterminent la polyurie. Elle montre en effet que ce syndrome relève d'une lésion intéressant les noyaux propres du tuber, principalement dans leur partie moyenne et antérieure. Il ne semble pas que l'étendue en profondeur du foyer de destruction ait un rapport quelconque avec la plus ou moins grande durée de la polyurie, et que notamment le noyau paraventriculaire joue un rôle dans le déterminisme de ce symptôme. En effet, des lésions extrêmement superficielles peuvent s'accompagner de polyurie permanente. Celle-ci semble plutôt réalisée lorsque les lésions sont médianes et intéressent symétriquement la partie la plus interne des deux noyaux du tuber.

Si l'on peut donc, à l'appui de faits expérimentaux, vérifiés sur coupes microscopiques, affirmer qu'il existe au niveau du tuber cinereum un centre végétatif, régulateur de la teneur en eau de l'organisme, et localiser ce centre dans les noyaux propres du tuber chez le chien, les constatations anatomiques des auteurs sont moins précises en ce qui concerne la glycosurie et les troubles adiposo-génitaux.

Jusqu'ici en effet leurs recherches anatomiques ne permettent pas de dire pourquoi une lésion de la base, détermine dans certains cas de la glycosurie et non dans d'autres. Ils n'ont pu davantage préciser histologiquement le siège des lésions qui provoquent le syndrome adiposo-génital, que toutes leurs expériences montrent cependant relever d'une lésion cérébrale et non pas d'une lésion hypophysaire.

Absorption de l'adrénaline par voie digestive. — MM. H. Dorlencourt, A. Trias et A. Paychère. Aucune preuve de l'absorption digestive de l'adrénaline n'a pu encore être fournie. Certains auteurs nient cette absorption parce que l'adrénaline en ingestion à quelque dose qu'elle soit employée, ne détermine aucune modification de la tension artérielle. Certains cliniciens admettent l'absorption en raison de certains résultats thérapeutiques observés. Les auteurs démontrent l'absorption de cette substance par ce fait que, introduite dans l'organisme par voie digestive, elle détermine tout comme par injection, de l'hyperglycémie. L'augmentation du sucre sanguin survient cinq minutes après l'ingestion atteint son maximum en quarante minutes environ, et est en moyenne de 3 à 5 grammes. La dose nécessaire pour déterminer la glycémie est comme pour tous les médicaments plus élevée par voie digestive que par voie d'injection. La dose liminaire active est d'environ 2/10 de milligramme par kilogramme d'animal.

M. Carnot. Il faut, dans ces faits, tenir compte non seulement de la vitesse d'absorption, mais encore de la constitution chimique du produit expérimenté, l'adrénalone étant beaucoup plus actif que l'adrénaline (Carnot et Tiffeneau).

M. Lapicque. L'adrénaline n'agit pas seulement sur les fibres lisses, mais sur toutes les cellules de l'organisme.

M. Netter. Je donne l'adrénaline *per os*, très concentrée. Elle est sans doute résorbée par la muqueuse buccale.

Stabilisation du taux de la glycémie chez le chien durant le sommeil provoqué par le chloralosique. — MM. H. Dorlencourt, A. Trias et A. Paychère confirment ce fait, déjà signalé, que les réactions émotives provoquent chez le chien des variations du taux de la glycémie. Ces variations se succèdent sans ordre déterminé, en plus ou en moins, dans des temps relativement courts. Quelques précautions qu'on prenne pour éliminer les facteurs extérieurs susceptibles d'influer sur la glycémie, on observe toujours des différences dans les quantités de sucre dosées qui oscillent le plus souvent entre 0g200 et 0g300 par litre de sang. Elles peuvent quelquefois être plus accusées. Ces quantités de sucre, prises en elles-mêmes, ne paraissent point considérables; il est cependant certaines expérimentations qui ne peuvent être effectuées du fait de ces variations spontanées. Les auteurs ont eu recours, pour supprimer les influences émotives, à l'anesthésie générale. L'éther et le chloroforme ne peuvent être utilisés parce que déterminant par eux-mêmes des modifications importantes de la glycémie. Les auteurs ont utilisé le chloralose.

Durant le sommeil chloralosique, il s'établit un état d'équilibre relativement très stable du taux du sucre sanguin. Cette stabilité n'est obtenue que pour des doses d'anesthésique déterminant un sommeil assez profond; elle ne s'établit que dès que ce sommeil est réalisé; elle cesse dès que surviennent les plus faibles manifestations du réveil.

Distribution chronologique rationnelle d'un traitement de cancer épithélial par les radiations. — M. Cl. Regaud. En radiothérapie curative du cancer, la distribution chronologique de l'irradiation ne doit pas être laissée au hasard. La radiophysiologie et l'observation des malades traités indiquent certaines limites supérieure et inférieure.

Limite inférieure : La réduction au temps le plus bref de la durée de traitement, telle qu'elle est préconisée actuellement, n'est justifiée ni par les expériences relatives à la radiostérilisation du testicule, ni par les résultats thérapeutiques obtenus à l'Institut du radium de Paris. Il paraît préférable de ne pas descendre au-dessous d'une durée de six jours.

Limite supérieure : Elle est bornée à environ quinze-vingt jours : par la fin de la période de régression tumorale, par l'apparition des phénomènes réactionnels, par la règle de ne pas faire empiéter l'irradiation sur la période de réparation.

L'auteur rappelle que : 1° la décomposition de la dose en fractions très faibles, dont la distribution est étendue sur un temps très long, est incapable d'amener la guérison de la plupart des cas de néoplasie maligne; 2° la répétition espacée de traitements intenses, mais chacun insuffisant pour stériliser le néoplasme, s'accompagne de la décroissance graduelle de l'efficacité du rayonnement et de la sensibilisation graduelle des tissus normaux.

Le tonus cardiaque. — M. Starling, prié par M. Ch. Richet d'improviser une conférence, observe que le mot

tonus du cœur prête à la critique. Lorsque nous disons qu'il y a hypertonie dans l'état de shock, c'est simplement parce que le cœur contient peu de sang, que ses cavités se sont rapetissées. Quand nous parlons d'hypotonie aboutissant à la dilatation, nous devrions nous rappeler qu'il s'agit surtout d'une diminution de la force contractile du myocarde.

Anaphylaxie. Colloïdoclasie. Corps thyroïde. — M. Léopold Lévi. I. Dès 1912, l'auteur a groupé les arguments pour attribuer un rôle au corps thyroïde dans l'anaphylaxie.

II. L'hyperthyroïdie continue de l'instabilité thyroïdienne fournit la substance préparante; la pénétration paroxystique d hormones thyroïdiennes réalise la substance déchaînante du choc anaphylactique.

III. L'anaphylaxie thyroïdienne peut être localisée (au cœur, à l'intestin, etc.).

IV. Les données sont applicables à la maladie de Basedow.

V. L'auteur a rapporté, en 1912, les accidents du neuro-arthritisme thyroïdien à une anaphylaxie endogène qui correspond à la diathèse colloïdoclasique de M. Widal.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 10 MAI 1922)

Au sujet de l'iodéol. — M. G. Pouchet présente des radiographies faites à la suite d'injections intramusculaires d'iodéol pour montrer le mode de diffusion de cet iode colloïdal.

L'iode et le bacille de Koch. — M. Laumonier réclame la priorité pour ses recherches relatives à l'action de l'iode sur le bacille de Koch.

L'heure et le mode d'administration des médicaments. — M. G. Leven montre que l'étude pharmacologique de tout médicament est incomplète, si elle ne comporte pas des recherches relatives à l'action variable selon l'heure et le mode d'administration.

Exploration radiologique des cavités et espaces de l'organisme par l'huile iodée. — MM. Jacques Forestier et L. Lafay montrent que le lipiodol par sa haute teneur en iode, substance opaque aux rayons X et sa tolérance parfaite par l'organisme, est susceptible de rendre les plus grands services dans l'exploration de certains tissus, espaces, cavités ou organes. Leurs expériences mettent en lumière la valeur thérapeutique de deux voies jusqu'ici peu employées pour cette substance : la voie épidurale pour les lumbagos, et les névralgies d'origine vertébrale, funiculaire selon l'expression de M. Sicard, et la voie intratrachéale pour un certain nombre d'affections pulmonaires.

L'aspirine, antiseptique urinaire. — M. Paul Gallois étudie les qualités antiseptiques et désinfectantes des voies urinaires de ce corps qu'il emploie à la dose de 1g50 à 2 grammes par jour, en cachets ou en comprimés.

Existe-t-il des vomissements incoercibles de la grossesse? — M. G. Leven démontre que ces vomissements sont si exceptionnels qu'il croit peu à leur existence. Les lésions viscérales constatées à l'autopsie seraient pour lui un effet et non une cause.

Après avoir rappelé les vomissements liés à des insuffisances glandulaires, il établit que, dans l'immense majorité des cas, leur origine se trouve dans une dyspepsie insuffisamment traitée, dans une ptose avec dilatation gastrique ou dans l'aérophagie; il rattache la deuxième variété au groupe des syndromes orthostatiques liés à la dilatation gastrique dont il a signalé, depuis 1912, plusieurs formes. Il cite des observations cliniques à l'appui de ces notions et conclut que ces vomissements devraient disparaître de la nosologie.

A propos des médicaments nouveaux et des modifications qui doivent être introduites dans le Codex. — M. Desesquelle indique les nouvelles décisions ministérielles, signale les médicaments étudiés par la Commission du Codex et apporte les propositions qu'il soumettra à la Commission au nom de la Société.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 7 AVRIL 1922)

Enucléation prostatique sous anesthésie épidurale. — M. Cathelin.

Diverticules du côlon. — M. Victor Pauchet. Les diverticules sont des hernies de la muqueuse qui font saillie du côté du péritoine ilio-pelvien et colo-descendant.

Ces diverticules sont fréquents; ils sont la conséquence de la constipation; on les diagnostique aux rayons X, après lavement bismuthé, sous forme de taches qui restent visibles après l'évacuation du lavement.

Ils se remplissent souvent de matières; celles-ci peuvent irriter les culs-de-sac et provoquer de l'inflammation. Il en résulte des suppurations pelviennes, de la péritonite et le plus souvent des rétrécissements ou des tumeurs inflammatoires du gros intestin.

Tant que les diverticules ne donnent pas d'accidents véritables, il faut se contenter de combattre la constipation (paraffine, bile, etc.). S'ils donnent des suppurations, il faut les inciser. Si une fistule se produit, il faut réséquer le segment intestinal malade. En cas de fausse tumeur inflammatoire, il faut réséquer l'intestin comme s'il s'agissait d'un cancer, avec cette différence toutefois qu'il ne faut pas faire d'anus contre nature définitif puisque ce n'est pas une tumeur maligne et que le sujet doit vivre longtemps.

Lithiase urinaire par sédentarité thérapeutique. — M. Dartigues appelle de ce nom les pierres urinaires développées au milieu de l'arbre urinaire, principalement du réservoir pyélique et du réservoir vésical, à la faveur de l'immobilisation thérapeutique forcée, immobilisation aggravée de deux autres facteurs : la suralimentation et la médication en particulier phosphatée. Il préconise donc l'immobilisation dans la position verticale quand elle sera possible, la myogénie des groupes musculaires non emprisonnés; « l'immobilisé ne doit pas être comme dans un sarcophage », dit-il, la spiroscopie suivant les principes de Pescher ou de Ruffier, la cure de désintoxication de Guelpa. « Tout immobilisé, ajoute-t-il, devient un amusculaire et un végétatif, et l'immobilisation égale lithiase générale, urinaire en particulier, surtout quand s'y ajoute la suralimentation et la médication phosphatée. »

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 5 MAI 1922)

Fracture ouverte du poignet. Suture. — MM. Roux et Milhaud.

Syndrome pallidal d'origine vasculaire. — MM. Vedel, G. Giraud et Siméon. Syndrome pallidal caractérisé essentiellement par une raideur musculaire hypertonique diffuse, quoique nettement prédominante à gauche, avec facies figé, attitude soudée parkinsonnienne, troubles légers de la mastication et de la parole, par la perte des mouvements automatiques, par quelques phénomènes vaso-moteurs, bouffées de chaleur, sialorrhée, sueurs. Tous les réflexes tendineux sont exagérés. Ce syndrome évolue insidieusement depuis quatre mois, chez une femme. Jamais d'ictus, pas de troubles intellectuels, pas de rire ni de pleurer spasmodique. Aucun antécédent encéphalitique. Cinq fausses couches à sept mois.

Cette femme est une artérielle et une brightique (petits signes cliniques, artères dures, tension élevée, petite azotémie, hyperréflectivité tendineuse et périostée. C'est sans doute une spécifique. Il s'agit d'un syndrome pallidal vraisemblablement par artérite syphilitique.

Le traitement de la pédiculose par le savon-pyrèthre. — MM. Juillet, Galavielle et Margarot ont employé dans le traitement de la pédiculose le savon-pyrèthre obtenu en extrayant le principe actif oléo-résineux des fleurs du pyrèthre de Dalmatie (pyrethrum cinérariaefolium). Les résultats sont les suivants : après une seule application, les poux sont

tués immédiatement. Les lentes deviennent ternes et opaques et ne se développent pas.

Hypertension et voies respiratoires supérieures. — M. CORONE.

NOTES DE PRATIQUE

ANÉMIE DE LA CROISSANCE

Associer les deux médications ferrugineuse et arsenicale.

1° A chacun des deux principaux repas, prendre deux pilules de :

Tartrate ferrico-potassique	10 gr.
Extrait de gentiane	8 gr.
Extrait thébaïque / Extrait de noix vomique	aa 0g25

F. s. a. 100 pilules.

2° Avant chaque repas, prendre, dans un peu d'eau, v à x gouttes de Vanadarsine qui stimule à la fois les fonctions digestives et les combustions organiques.

LIVRES NOUVEAUX

Psychiatrie du médecin praticien (1), par M. DIDE et P. GUIRAUD, médecins de l'asile d'aliénés de Bracqueville.

Ce volume est fait surtout pour le praticien ; sa grande qualité est la clarté, ce qui est un avantage sérieux pour un livre qui traite un pareil sujet. Il faut savoir gré aux auteurs d'avoir montré que, dans la pathologie mentale, on ne saurait séparer de la neurologie l'étude des troubles essentiellement intellectuels, ces deux sciences devant être associés pour bien s'expliquer les différents problèmes qu'elles doivent résoudre.

Leur classification s'appuie sur la pathogénie et l'anatomie pathologique et permet de découvrir un lien logique entre toutes les modalités cliniques appartenant à un même groupe.

Après un chapitre consacré à la séméiologie psychiatrique, ils ont étudié les déficits mentaux survenant au cours du développement, les constitutions pathologiques et psychoses constitutionnelles, dans d'autres chapitres se trouve l'étude des syndromes acquis sans atteinte du fonds mental, des syndromes de cause acquise avec atteinte transitoire du fonds mental, des syndromes acquis avec atteinte définitive du fonds mental. La dernière partie de ce volume, ou pratique psychiatrique, envisage l'examen d'un malade mental, le placement à l'asile, l'alimentation artificielle, l'analyse du liquide céphalo-rachidien, l'expertise psychiatrique.

L. BABONNEIX.

Colloïdes, micelles et diastases, leurs relations avec la vie (2), par M. A. SOULIER, pharmacien de 1re classe.

Décidément, l'étude des colloïdes devient de plus en plus à la mode, peut-être parce que la question est obscure et difficile et que chacun pense y trouver l'explication, ou une explication, des phénomènes de la vie dont le mystère reste impénétrable. C'est l'objet que poursuit, à son tour, M. Soulier dans son intéressant petit volume; il s'efforce surtout de combler l'abîme qui paraît séparer la matière vivante de la matière brute, en montrant comment l'on passe des solutions aux colloïdes, des colloïdes aux diastases, et comment, par celles-ci, on peut tenter d'interpréter les modifications humorales dans les maladies, les réactions sérologiques, l'anaphylaxie, l'hérédité. Le champ, comme on le voit, est d'une belle ampleur. A côté, de vieilles conceptions empruntées à Darwin, à Nägeli, à Altmann (accroissement et reproduction des micelles, etc.), on trouve quelques expériences intéressantes. Il est seulement fâcheux que les déductions qui en sont tirées ne soient pas toujours en parfait accord avec les lois de la chimie physique.

J. L.

(1) In-8, 415 pages, 8 planches hors texte. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8. — Prix : broché, 8 francs. — Paris 1922, Vigot.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 30 mai. — Jury : MM. J.-L. Faure, président; Lejars, Marfan et Lecène. — M. CHEVALLEY (Henri). Etudes sur la diphtérie du nouveau-né. — Mlle MILLON (Laurence). Nécrose du maxillaire inférieur d'origine syphilitique. — M. PESCHAUD. Un cas d'ostéosarcome du membre supérieur. — M. PLET (Paul). Etude anatomo-clinique du sarcome en grappe du col de l'utérus.

Mercredi 31 mai. — Jury : MM. Sebileau, président; Teissier, Balthazard et Mathieu. — Mlle MERLE. Modalités anatomo-cliniques et bactériologiques des déterminations articulaires aiguës. — M. MEYNIARD (Jean). Contribution à l'étude des accidents causés par les arsenobenzols. — M. CHATELLIER (Henri). Contribution à l'étude des complications veineuses des oto-mastoïdites.

Samedi 3 juin. — Jury : MM. Achard, président; Jeanselme, Carnot et Claude. — M. HÉZARD (Amédée). Réflexions sur quelques sources sulfatées des Pyrénées. — M. NASSOUPHIS (A.). Hydarthrose syphilitique double des genoux. — M. BONNAFOUS (Pierre). Contribution à l'étude des états hallucinatoires avec délire. — M. DUBOIS (Edmond). Contribution à l'étude des réactions au cours des affections hépatiques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Technique chirurgicale oto-rhino-laryngologique, par E.-J. MOURE, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de médecine de Bordeaux, correspondant de l'Académie de médecine; G. LIÉBAULT, ancien interne des hôpitaux de Paris; G. CANUYT, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8 raisin de 360 pages avec 228 figures dans le texte et une planche en couleurs hors texte. — Prix : 35 francs. — Paris, G. Doin.

Précis de parasitologie (Bibliothèque du doctorat en médecine Gilbert et Fournier), par le professeur GUIART, professeur à la Faculté de médecine de Lyon et à la Faculté de médecine de Cluj, 2e édition 1922. In-8 de 575 pages avec 462 figures. — Prix : 25 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Cou. Anatomie topographique. Les aponévroses. Les loges, par M. TRUFFERT. Préface de M. le professeur SEBILEAU. In-8 jésus avec 70 figures et planches originales. — Prix : 18 francs. — Paris, Louis Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne.

Chirurgie de la vessie basse, par le professeur V. ROCHET. Brochure de 90 pages. — Prix : 7 fr. 50. — *Lyon chirurgical*, 1, rue de la Martinière.

Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques, par L. VIDAL et DAREAU. Format : 145 mm × 80 mm, 400 pages, relié toile souple. — Paris, A. Maloine et fils.

Main sans bagues, par Georges PÉRIN. In-16 de 224 pages. Roman paramédical. — Prix : 6 fr. 75. — Paris, F. Rieder.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 42. — MARDI 30 MAI 1922. 95e ANNÉE. MARDI 30 MAI 1922. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES



On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* **19-52**

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Chauffard, Halbron, Labey, Souques, Bezançon, P.-E. Weil, Legry, Lereboullet, Garnier, Méry et Widal.

— Concours de l'internat. — *Epreuve de sélection.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Darré, Ameuille, Deniker, Ockinczyc qui acceptent; Abrami et Le Mée qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

HOPITAL SAINT-MICHEL. — Le lundi 29 mai a eu lieu, 33, rue Olivier-de-Serres, Paris, la séance d'inauguration des nouveaux bâtiments de l'hôpital. Ces bâtiments sont dus au don généreux du baron et de la baronne Pierre de Gunzbourg. Son Altesse Royale, Mme la duchesse de Vendôme, présidait la cérémonie.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Strasbourg. — Le concours de l'internat des hôpitaux de Strasbourg aura lieu en octobre 1922. Dix places seront mises au concours. Sont admis à ce concours les étudiants alsaciens et lorrains, les étudiants ayant passé à Strasbourg les épreuves du cinquième de doctorat et les étudiants pourvus de douze inscriptions au moins ayant fait leur dernière année à Strasbourg.

Le premier concours de l'externat aura lieu en octobre 1922. Le nombre des places est de 30. Sont admis à concourir les étudiants pourvus de 8 inscriptions au moins.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours de l'adjuvat. — *Epreuve orale.* — MM. Ecot, 15; Peltier et Aurousseau, 18; Gaume, 16; Huet, 20.

— Concours du prosectorat. — Composition du jury : M. Quénu, président; MM. Legueu, Gosset, Duval, Langlois, Cunéo, Rouvière.

Epreuve écrite. — Questions données : « Ligaments larges. Tissu élastique. Physiologie de l'asphyxie. Diagnostic et traitement des calculs du cholédoque. »

MM. Richard, 20; Moulonguet, 22; Michon, 23; de Gaudart d'Allaines, 24; Fey, 26; Ducastaing, 24.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — La chaire d'hygiène de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger est transformée en chaire d'hygiène, d'hydrologie et de climatologie.

M. Chassevant, professeur d'hygiène à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, est nommé professeur d'hygiène, d'hydrologie et de climatologie à ladite Faculté. (*J. O.*, 28 mai 1922.)

FACULTÉ DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — M. Tarbouriech, professeur de pharmacie à la Faculté de pharmacie de l'Université de Montpellier, est nommé, sur sa demande, à partir du 1er novembre 1922, professeur de chimie organique à ladite Faculté, en remplacement de M. Astre, admis à la retraite.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le ministre vient d'adresser aux préfets une circulaire les invitant à faire une enquête sur les besoins hospitaliers. (*J. O.*, 21 mai 1922.)

XXIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (Montpellier, 24-29 juillet 1922). — La section d'hygiène et de médecine publique, présidée par M. le Dr Granjux, étudiera particulièrement cette année les travaux concernant la puériculture et la protection de l'enfance contre les fléaux, notamment la tuberculose.

Elle met également à l'ordre du jour la séniculture. Tous les confrères ayant des communications à faire sur ces sujets sont priés d'adresser avant le 20 juin, dernier délai, le titre de leurs communications au secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente, Paris (VIe).

CITATION A L'ORDRE DE L'ARMÉE DE L'ÉCOLE DU VAL-DE-GRACE. — Le ministre de la Guerre cite à l'ordre de l'armée : « L'Ecole du Service de santé militaire du Val-de-Grâce : fidèle à ses nobles traditions, a su inspirer le culte de la science et l'esprit de sacrifice aux officiers du Corps de santé militaire qui, par l'admirable dévouement et l'abnégation dont ils ont fait preuve au cours de la grande guerre, se sont acquis des titres impérissables à la reconnaissance du pays.

Paris, le 27 mai 1922. Maginot. »

MÉDAILLE MILITAIRE. — (A titre posthume) :

M. Lépine (André), médecin auxiliaire : médecin auxiliaire d'un dévouement sublime et d'un courage audacieux. Toujours volontaire pour accompagner les éléments de première ligne. Tué, le 1er novembre 1914, dans les Vosges, au moment où il donnait des soins à un officier grièvement blessé et qu'il n'avait pas voulu abandonner à l'ennemi qui menaçait la position. Croix de guerre avec palme. (*J. O.*, 3 mai 1922.)

M. Trémolières (Léon), médecin auxiliaire : médecin auxiliaire courageux, d'un dévouement admirable. Tombé glorieusement pour la France, le 14 octobre 1916, au bois des Sartelles. Croix de guerre avec étoile de bronze. (*J. O.*, 6 mai 1922.)

M. Vignon (Jean), médecin auxiliaire : médecin auxiliaire qui a pris une part active à tous les combats auxquels a participé le régiment depuis le début de la campagne. Bien connu et particulièrement aimé des indigènes à cause de son courage personnel et son complet dévouement. Est glorieusement tombé, le 16 avril 1917, en pansant ses blessés, sans souci du danger. A été cité. (*J. O.*, 7 mai 1922.)

M. Wallon (Albert), médecin auxiliaire d'une belle bravoure et d'un dévouement absolu. Mort glorieusement pour la France, le 14 mars 1916, à Mesnil-les-Hurlus. Croix de guerre avec étoile de bronze. (*J. O.*, 7 mai 1922.)

M. Loustau (Fernand), médecin auxiliaire : médecin auxiliaire d'un dévouement absolu, qui a toujours fait vaillamment son devoir. Mort pour la France dans l'accomplissement de son devoir, le 1er juin 1916. Croix de guerre avec étoile d'argent. (*J. O.*, 7 mai 1922.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Eyquem (de Saint-Médard-en-Jalles), Fortineau, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes; Krolunitsky (de Kazan); Albert Renaud-Badet (de Paris) et Alfred Tallichet (de Lausanne).

JURISPRUDENCE ET LEGISLATION

BAUX A LOYER.

AUGMENTATION PAR PÉRIODES. EXONÉRATIONS OU RÉDUCTIONS.

L'article 33 de la loi du 9 mars 1918 dispose que « pour la détermination du chiffre du loyer, dans tous les cas prévus à la présente loi, il ne sera tenu compte que des prix de loyer en vigueur au 1er août 1914 ». L'emploi des mots *dans tous les cas* aurait pu faire croire que, pour l'application de la loi, les augmentations par périodes, postérieures au 1er août 1914, ne devaient pas être prises en considération et que le seul loyer dont les commissions arbitrales devaient tenir compte était le loyer existant à cette date.

La Cour de cassation ne l'a pas entendu de cette façon; et elle a décidé à maintes reprises que l'article 33 n'avait eu d'autre objet que de fixer la base unique devant servir à déterminer la catégorie dans laquelle il y avait lieu de classer les locataires suivant les distinctions faites par la loi. Dès lors, si une augmentation de loyer est stipulée par période, il doit en être tenu compte.

Application de ce principe a été faite dans un arrêt du 15 février 1922, où la Cour suprême s'exprime de la manière suivante :

« Vu l'article 33 de la loi du 9 mars 1918 et l'article 1134 C. civ.;

Attendu que si, d'après la première de ces dispositions, le prix des loyers en vigueur au 1er août 1914 doit servir de base unique pour fixer la catégorie dans laquelle il y a lieu de classer le locataire suivant les distinctions établies par la loi du 9 mars 1918, la règle édictée par l'article 33 de cette loi ne peut, sous cette réserve, exercer aucune influence sur les stipulations des parties relatives aux différentes périodes du bail en cours ou d'un nouveau bail, qui déterminent des prix autres que celui en vigueur à cette date; que ces conventions, quand elles ont été librement formées entre le bailleur et le preneur, leur tiennent lieu de loi, conformément à l'article 1134 C. civ.; qu'il en est ainsi dans le cas d'application de l'article 14, lequel autorise les commissions arbitrales à accorder des réductions de prix, mais sans préjudice des règles de droit commun et des clauses des conventions;

Attendu que, d'après un acte sous seing privé du 15 juillet 1914, dûment enregistré, K..., déjà locataire de la veuve B..., au prix annuel de 7.500 francs, en vertu d'un précédent bail expirant le 1er janvier 1915, a loué les mêmes locaux pour une durée de dix-huit ans, commençant à courir du 1er janvier 1915, moyennant un loyer annuel de 8.500 francs pour la première période triennale et de 9.500 francs pour les périodes suivantes; que K... étant débiteur d'un solde de loyers arriérés au 1er janvier 1920, la Commission arbitrale l'a fait bénéficier, en vertu de l'article 14 précité, d'une exonération jusqu'à concurrence de 50 p. 100 du prix du loyer; mais qu'au lieu de faire porter cette réduction sur le taux des augmentations successives stipulées au bail, elle a décidé que le montant du loyer serait exclusivement calculé sur le prix en vigueur au 1er août 1914;

Attendu qu'en statuant ainsi la sentence attaquée a violé les articles ci-dessus visés;

Par ces motifs,

Casse... »

Donc, dans l'espèce envisagée, les 50 p. 100 de réduction accordés par la Commission arbitrale portaient sur le montant du loyer tel qu'il était fixé par le bail, en tenant compte des augmentations par périodes; ce qui, évidemment, est un avantage pour le propriétaire.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE CLASSEMENT DES MÉDECINS DE LA MARINE

M. l'amiral Guépratte, député, demande à M. le ministre de la Marine que le rang d'ancienneté des médecins et pharmaciens de 2e classe à leur titularisation soit réglé par un classement dans lequel le classement de sortie de l'Ecole de Bordeaux entrera pour une large part. Il ajoute que cette mesure paraît d'autant plus justifiée : 1° que certains de ces officiers ajournés ou à l'arrière au cours de la guerre en ont profité pour prendre des inscriptions et ont terminé leur médecine bien avant leurs camarades n'ayant servi qu'au front; 2° qu'ils arrivent à l'Ecole d'application avec une pratique acquise par un séjour plus ou moins long dans les hôpitaux maritimes depuis leur doctorat et se trouvent ainsi très favorisés par rapport à ceux de leurs camarades ayant fait la guerre dans les tranchées. (*Question du 23 mai 1922.*)

Réponse. — Antérieurement à 1910, le classement des médecins et pharmaciens stagiaires était établi, comme le demande M. l'amiral Guépratte, en tenant compte des notes obtenues par eux pendant leur séjour à l'Ecole de Bordeaux, auxquelles s'ajoutaient celles de l'examen de sortie de l'Ecole d'application de Toulon. Mais, à la date du 14 avril 1910, est intervenue une instruction aux termes de laquelle les épreuves de cet examen doivent être surtout pratiques. Son but essentiel a été de n'adopter, pour le classement des officiers sortant de l'Ecole d'application, que des éléments de notation d'ordre purement professionnel. Il n'y a pas lieu, dès lors, de revenir aux errements anciens dont l'expérience de vingt années a montré les inconvénients. (*J. O.*, 24 mai 1922.)

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

PÉDIATRIE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

I. AFFECTIONS CIRCULATOIRES

L'insuffisance aortique d'origine rhumatismale chez les enfants. (Prof. NOBÉCOURT. *Arch. de méd. des Enfants*, n° 7, juil. 1921.) — Chez l'enfant, comme l'a fait remarquer Cadet de Gassicourt, le souffle de l'insuffisance aortique siège derrière le sternum et même un peu à gauche, à hauteur du deuxième espace intercostal. (C'est à ce point, en effet, que correspond exactement, d'après lui, l'orifice aortique).

Il faut signaler dans le jeune âge l'absence ou le peu d'importance des *troubles subjectifs*. Souvent l'enfant n'éprouve aucune gêne, ne ressent ni dyspnée, ni palpitations, n'accuse pas les céphalées, les vertiges, les étourdissements, les bourdonnements d'oreille, les douleurs rétro-sternales. Les crises dyspnéiques, que l'on peut observer chez les adultes, symptômes qui accompagnent surtout l'insuffisance d'origine artérielle, sont exceptionnelles chez les enfants. Quant à la *pâleur*, cette apparence anémique, commune chez les adultes, elle manque souvent chez les enfants « par suite de l'absence du spasme périphérique auquel on l'attribue ».

G. BLECHMANN.

II. AFFECTIONS NERVEUSES

Sur deux cas mortels de chorée. (Luiz MORQUIO. *Archivos españolas de Pediatria*, fév. 1921.) — L'auteur rappelle, tout d'abord, l'observation d'un garçon de onze ans, qui tomba brusquement malade, et présenta tous les signes d'une chorée rapidement intense. Quelque temps auparavant, il avait eu une diplopie légère passagère et des secousses myocloniques presque généralisées. Au bout de quatre à cinq jours, abattement, somnolence, ptosis, exaltation des réflexes, disparition progressive des mouvements choréiques, fièvre, tous phénomènes durant environ un mois; guérison sous l'influence de l'administration de la tiodine, de l'urotropine et à la suite de deux abcès de fixation. Donc, les phénomènes pathologiques ont, ici évolué en deux phases, une première, de chorée, une seconde d'encéphalite léthargique, et, entre les deux, il n'y a eu aucun intervalle.

M. Morquio rapporte ensuite deux observations de chorée mortelle, dont voici le résumé. *Premier cas.* Chorée extrêmement intense, d'apparition brusque, sans aucun antécédent, sans rhumatisme ni manifestations cardiaques, mais avec fièvre, insomnie; mort en deux mois; à l'autopsie, congestion cérébrale intense, encéphalite superficielle et diffuse, avec présence d'une légère cape de pus, limitée à la partie antérieure, bien que le liquide céphalo-rachidien ait toujours paru normal. *Deuxième cas.* Une fillette de six ans est prise, au déclin d'un rhumatisme articulaire bénin, de chorée avec insuffisance mitrale; bientôt la chorée acquiert une grande intensité, il s'y joint divers phénomènes toxi-infectieux, de la fièvre, de l'exagération des réflexes, puis impotence, signes de chorée molle, et, finalement mort. A l'autopsie, encéphalite superficielle et diffuse. A l'occasion de ces cas, nous voudrions rappeler qu'en 1909, nous avons, avec le professeur Hutinel, supposé que la chorée était due à des lésions légères, facilement réparables, de l'écorce cérébrale.

L. BABONNEIX.

Hydrocéphalies acquises du nourrisson. (A propos d'un cas d'hydrocéphalie bloquée à évolution subaiguë). (F. DARMAILLACQ. *Th. Bordeaux*, 1921.) — Toute méningite aiguë, toute choroïdo-épendymite, affections à grand fracas, peuvent, chez le nourrisson, se compliquer d'hydrocéphalie. Cette complication marquée à son début par les symptômes bruyants de l'affection causale est le plus souvent méconnue, ou n'est constatée qu'à son stade chronique. Il en est de même pour les formes frustes d'encéphalite ou de méningite, l'hydrocéphalie a terminé son évolution lorsqu'elle se manifeste avec tous les symptômes habituels.

Les hydrocéphalies aiguës, au point de vue examen du liquide céphalo-rachidien, se confondent le plus souvent avec les pyocéphalies et les méningites séreuses au sens de Quincke. On y retrouve, en effet, une polynucléose intense, parfois une légère lymphocytose (abondante au contraire si l'infection est de nature tuberculeuse). L'hyperalbuminose varie entre 0gr50 à 3 grammes. Il existe parfois un syndrome de Froin très net.

Dans l'hydrocéphalie chronique, au contraire, tout processus infectieux ayant disparu, le liquide céphalo-rachidien se rapproche sensiblement du liquide normal.

Pour ce qui est de l'hydrocéphalie subaiguë, les relations faites jusqu'à l'heure à son sujet, sont peu précises, on n'a guère pu que les signaler.

A l'examen histologique des cavités ventriculaires, on y retrouve les altérations de la période aiguë, mais ces altérations subissent un processus d'organisation et l'on observe une assez grande abondance d'éléments migrateurs. Les symptômes sont identiques à ceux de la période aiguë, mais évoluant sans fièvre. Quant au liquide ventriculaire, il peut être purulent, mais à ce stade il s'éclaircit rapidement. On y constate une polynucléose assez abondante, de l'hyperalbuminose, des hémohistioblastes en karyokinèse. Enfin dans le cas observé par l'auteur, on a trouvé un élément jamais rencontré jusqu'à l'heure dans le liquide céphalo-rachidien du nourrisson : la cellule plasmatique que l'on peut considérer comme un signe de l'évolution subaiguë de l'affection.

Le traitement des hydrocéphalies est jusqu'à l'heure purement chirurgical, et si l'on excepte les ponctions qui ne sont guère que palliatives, quoique quelques cas de guérison aient pu être enregistrés, toutes les diverses méthodes préconisées ne sont pas sans danger telles le drainage ventriculaire, la ponction du corps calleux, etc.

Il serait donc intéressant de découvrir une thérapeutique médicale. Les constatations de Weed et Kibben sur l'influence des solutions salines sur le volume de l'encéphale, mettront peut-être sur une bonne voie. Ces auteurs ont montré que l'injection intraveineuse d'une solution hypotonique provoquait l'apparition d'une augmentation de volume du cerveau. Au contraire, les injections salines hypertoniques déterminent un affaissement de l'encéphale.

Cette dernière constatation nous paraît des plus intéressantes, et M. Dupérié et son élève M. Darmaillacq se réservent, par des recherches expérimentales ultérieures, de voir si ces faits ne pourraient conduire vers le traitement médical de l'hydrocéphalie.

G. BLECHMANN.

L'hydrocéphalie syphilitique. (L. BABONNEIX. *Le Monde médical*, n° 594, 1er janv. 1922.) — En principe, l'hydrocéphalie peut reconnaître les causes les plus diverses : méningites, et, en particulier, méningite cérébro-spinale; poliomyélite aiguë; réactions encéphalo-méningées consécutives aux gastro-entérites et aux autres infections du jeune âge, pourvu que ces divers états morbides arrivent, au cours de leur évolution, à léser l'épendyme et les plexus choroïdes. En pratique, une seule cause, à laquelle il faudra toujours penser en présence de toute hydrocéphalie dont l'origine n'apparaît pas nettement : c'est l'hérédosyphilis, fait dont nous devons la démonstration au professeur A. Fournier.

En faveur de cette conception, dont il est inutile de souligner l'intérêt pratique, divers ordres d'arguments : étiologiques, anatomiques, biologiques, cliniques, thérapeutiques.

Arguments d'ordre *étiologique* : On sait qu'il existe deux

grandes variétés d'hydrocéphalie interne, l'une congénitale, l'autre acquise.

En ce qui concerne l'hydrocéphalie congénitale, elle relève presque toujours de l'hérédosyphilis (A. Fournier). Cette hydrocéphalie peut, d'ailleurs, être d'*origine* ou de *nature* spécifique; dans le premier cas, elle est due aux troubles apportés par la syphilis au développement du cerveau, c'est une hydrocéphalie tératologique; dans le second, elle est le fait de lésions spécifiques localisées à l'épendyme; c'est une hydrocéphalie inflammatoire. Quant à l'hydrocéphalie acquise, elle est produite, elle aussi, par une réaction méningée, localisée à l'épendyme et aux plexus choroïdes et qui, bien souvent, est déterminée par l'hérédosyphilis.

Arguments d'ordre *anatomique :* Les lésions de l'hydrocéphalie chronique commune sont essentiellement vasculaires et paravasculaires; elles sont parfois identiques à celles de l'artérite syphilitique, elles peuvent même aboutir à la production de véritables gommes.

Arguments d'ordre *biologique :* Ils ont été très étudiés dans le cours de ces dernières années.

I. Le sang est assez fréquemment le siège d'une réaction de Bordet-Wassermann positive. Est-elle négative, il faut la recommencer, mais en prenant soin de la faire précéder d'une réactivation sérieuse et ne pas oublier, de la rechercher chez les parents, et, particulièrement, chez la mère. Que si, malgré toutes ces précautions, la réaction de Bordet-Wassermann reste négative, il faudra, non pas en conclure que l'hydrocéphalie est indépendante de l'hérédosyphilis, mais bien plutôt qu'il existe une cause qui vient perturber les examens sérologiques : cachexie du nourrisson; présence dans son sérum, de trop faibles quantités de sensibilisatrice pour dévier le complément; existence d'une hydrocéphalie tératologique, par malformation congénitale.

II. En ce qui concerne le liquide céphalo-rachidien, il est incontestable que la réaction de Bordet-Wassermann y est habituellement négative (Cannata). Cette particularité ne serait-elle pas due à ce que l'on se trouve en présence d'une forme oblitérante (Dandy et Blackfan) et que, l'aqueduc de Sylvius étant obstrué, les propriétés physico-chimiques du liquide céphalo-rachidien spinal ne sont pas celles du liquide ventriculaire?

Arguments d'ordre *clinique :* La plupart des hydrocéphales sont porteurs d'indéniables stigmates. D'autres ont présenté, à leur naissance, des éruptions cutanéo-muqueuses ou du coryza, et gardent encore, au moment de l'examen, des manifestations cliniques qui « sentent » l'hérédosyphilis : splénomégalie, nécroses osseuses, pseudo-paralysies.

Remarquons ensuite que la plupart des hydrocéphales sont chétifs, mal venus, en état d'athrepsie, d'atrophie infantile, peu résistants, ainsi que le sont habituellement les hérédosyphilitiques. Notons, chez eux, la fréquence des convulsions et des poussées méningitiques d'origine congestive, tous accidents particulièrement fréquents, comme on sait, chez les hérédospécifiques.

N'oublions pas enfin qu'à l'hydrocéphalie congénitale s'associent habituellement diverses malformations, et, surtout, un spina-bifida. Or, l'hérédosyphilis n'est-elle pas, pour les malformations, la cause par excellence?

Arguments d'ordre *thérapeutique* : Ce sont les plus intéressants.

Ils peuvent se résumer ainsi : Si la mère est soumise assez tôt au traitement spécifique, elle a bien des chances d'accoucher d'un enfant non hydrocéphale; si ce traitement n'a pu être institué, et que l'on se trouve en présence d'une hydrocéphalie constituée, on peut encore espérer et arrêter le développement à condition d'instituer, d'emblée, une thérapeutique énergique et prolongée.

Le traitement curatif doit être mis en œuvre alors même qu'il n'existe aucun stigmate (A. Fournier) et que les réactions de laboratoire sont restées négatives.

Pour donner les meilleurs résultats, il doit (Hutinel et Babonneix) : 1° Etre institué aussi tôt que possible; 2° Etre d'emblée, et longtemps très énergique, les doses dites « d'entretien » ne faisant qu'entretenir la maladie; 3° Etre poursuivi tout le temps nécessaire; 4° Utiliser trois médicaments : mercure, iode, arsenic organique.

Il dépend des médecins que cesse d'être aussi vraie que jadis la formule émise par M. d'Astros, à savoir que « l'hydrocéphalie est une affection essentiellement rebelle à tout traitement ». G. BLECHMANN.

Les troubles moteurs dans les encéphalopathies infantiles. (L. BABONNEIX. *Journ. de méd. de Paris*, n° 16, 22 avril 1922, p. 307.) — Tout récemment encore, la question des troubles moteurs caractéristiques des encéphalopathies infantiles paraissait des plus simples à exposer. Pour la majorité des classiques, ils réaliseraient toujours le type de la paralysie spasmodique, attribuable elle-même à une lésion destructive de l'écorce rolandique, d'où :

1° Formes unilatérales : Hémiplégie spasmodique infantile;
2° Formes bilatérales : Maladie de Little, hémiplégie double, paralysie pseudo-bulbaire.

A cette paralysie spasmodique pouvaient, d'ailleurs, s'adjoindre des mouvements involontaires : athétose, chorée, convulsions, épilepsie.

Cette conception n'est pas en accord avec les faits : Toutes les contractures des encéphalopathies infantiles ne présentent pas la même allure clinique. D'autre part, elles peuvent faire défaut. Il convient dorénavant (comme l'ont fait Lhermitte et Cornil pour l'adulte), de dissocier les symptômes moteurs des encéphalopathies infantiles, de déterminer s'ils sont d'origine striée, pyramidale, mixte, décérébrée ou de toute autre origine.

M. Babonneix décrit :

A. LES MODIFICATIONS DU TONUS. — Il existe de nombreuses variétés d'*hypertonie :*

a. La *contracture* ou spasticité, d'origine pyramidale (exagération des réflexes tendineux);

b. La *rigidité musculaire d'origine striée*, globale, frappant tous les muscles de la vie de relation plus accusée à la racine des membres qu'aux extrémités, très apparente au cou et au tronc;

c. La *rigidité décérébrée* (fragmentaire dans les encéphalopathies infantiles), qui apparaît comme l'un des éléments de la maladie de Little et n'est pas sans offrir de grandes analogies, de par ses attitudes forcées, avec la chorée et l'athétose.

Jadis considérée comme exceptionnelle, l'*hypotonie* s'observe en réalité dans un certain nombre de cas; elle peut même aller jusqu'à l'atonie.

B. LES TROUBLES DES MOUVEMENTS VOLONTAIRES. — Le plus important est, par définition, la paralysie. Elle prédomine aux membres supérieurs et, si elle a débuté de bonne heure, ne trouble pas le jeu des grosses articulations.

Association fréquente de convulsions, mouvements involontaires, troubles intellectuels, et augmentation constante du tonus des muscles atteints, d'où production de phénomènes spasmo-paralytiques.

Ces derniers phénomènes sont extrêmement fréquents : tantôt comme dans la maladie de Little, le spasme l'emporte sur la paralysie; tantôt, comme dans l'hémiplégie double, la paralysie est plus marquée que le spasme.

S'associent à la paralysie, la paratonie (maladresse) et les troubles d'origine cérébelleuse (ataxie, adiadococinésie).

C. LES MOUVEMENTS INVOLONTAIRES. — Ce sont : les convulsions et l'épilepsie, l'athétose et la chorée, les syncinésies, les tremblements spasmodiques (tics, myoclonies ou pseudo-myoclonies).

En résumé, il existe des cas purs (lésions localisées à un seul système anatomo-physiologique) et des cas complexes relevant de lésions intéressant divers systèmes et qui sont de beaucoup les plus fréquents. G. BLECHMANN.

Mongolisme et syphilis héréditaire. (L. BABONNEIX. *Pédiatrie*, n° 4, avril 1922.) — Le mongolisme est-il en relation avec la syphilis héréditaire? Peu de questions ont été aussi débattues. Pour la majorité des classiques, elle doit être résolue par la négative. Mais M. Babonneix est revenu sur cette question à la *Société de Pédiatrie* (séance du 21 mars 1922). Il estime, avec M. J. Lhermitte que, dans un certain nombre de cas, l'hérédité syphilitique intervient comme cause, soit déterminante, soit prédisposante, et il invoque à l'appui de cette théorie, des raisons de divers ordres :

Raisons d'ordre statistique : Sutherland retrouve la syphilis dans 12 de ses 25 cas.

Raisons d'ordre biologique : Di Gorgio trouve dans 16 cas,

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Etude clinique et anatomo-pathologique de deux splénomégalies primitives opérées avec succès, par le docteur Robert CLEUET. Thèse de 68 pages, 8 figures hors texte. — Lille, Robbe.

six fois une réaction positive chez les parents. De nombreux auteurs, d'ailleurs, sont arrivés à des conclusions opposées. Cependant, en se fondant sur les résultats que donne la réaction de Lange, dans le mongolisme, H. C. Stevens en est arrivé à considérer la syphilis comme seule cause de cette affection. Les résultats ont été positifs dans 100 p. 100 des cas. Conclusion controuvée par Goddard, Findlay, etc.

Raisons d'ordre étiologique : Dans un certain nombre de cas, les parents seraient notoirement syphilitiques (perforation congénitale du voile, aortite chronique, polyléthalité infantile, sérodiagnostic positif, etc.).

Raisons d'ordre anatomique : En examinant des coupes de cerveau mongolien, Babonneix a trouvé souvent d'importantes lésions de méningite ou de méningo-encéphalite chronique l'une et l'autre, relevant, dans la majorité des cas, d'une syphilis héréditaire (faits semblables signalés par Lhermitte, Sloboziano et Radiovici).

Arguments d'ordre clinique : On constate fréquemment chez les mongoliens des signes manifestes d'hérédo-spécificité, des malformations, des dystrophies.

Il faut donc reconnaître, avec Babonneix, que la coïncidence si fréquente de l'idiotie mongolienne avec la syphilis héréditaire indique que le rôle de celle-ci dans l'étiologie du mongolisme n'est pas aussi négligeable, que le soutenaient les classiques.

Pour notre part, chez presque tous les mongoliens que nous avons suivis à la consultation du professeur Marfan et en ville, nous avons trouvé des stigmates qui « sentent » la syphilis héréditaire. D'autre part, si l'on considère le mongolisme comme une véritable *dystrophie* d'origine syphilitique, il n'est pas surprenant que le traitement spécifique soit inefficace.

G. BLECHMANN.

Les encéphalopathies infantiles. (L. BABONNEIX. *Conférences professées à la Faculté de médecine de Paris*, Masson et Cie, éditeurs.) — Il s'agit d'une mise au point très heureuse de la question si complexe des encéphalopathies infantiles dont l'étude jusqu'à ces dernières années était systématiquement dissociée. Jadis on mettait toutes leurs causes sur le même plan (toxi-infections chroniques, traumatismes, avortements, émotions vives, incidents du travail, affections aiguës, etc.).

En réalité, les trois causes fondamentales sont :

Surtout la syphilis héréditaire et loin derrière elle, les traumatismes obstétricaux, et l'alcoolisme.

Au point de vue clinique, il faut supprimer les cloisons étanches que l'on a voulu établir entre les symptômes, et l'on ne peut distinguer entre les scléroses cérébrales, affection « organique », l'épilepsie « essentielle », l'idiotie et l'imbécilité, phénomènes « psychopathiques ».

En effet, toute lésion troublant gravement le cerveau se traduira par : 1° des symptômes communs : 2° des symptômes particuliers.

Les premiers comprennent : *a.* Des *troubles moteurs* : paralysies (le plus souvent du type spasmodique), mouvements involontaires, convulsions, épilepsie, troubles intellectuels (associés à des troubles du langage et à des troubles sphinctériens) ; *b.* Des *troubles multiples des sensibilités générale et spéciale* ; *c.* Des *anomalies morphologiques du crâne* : hydrocéphalie, microcéphalie, etc. ; *d.* Des *troubles de l'état général* : vices de développement, défauts de croissance, insuffisances endocriniennes.

Les seconds comprennent : des troubles moteurs et intellectuels :

Troubles moteurs. — Parmi les troubles moteurs, il faut distinguer les phénomènes spasmoparalytiques, uni ou bilatéraux.

Aux premiers ressortit l'hémiplégie cérébrale ; aux seconds appartiennent les diplégies cérébrales : maladie de Little correspondant aux formes légères, diplégie, correspondant aux formes graves.

A ces troubles moteurs spasmo-paralytiques s'associent des mouvements involontaires, surtout athétose et chorée qui peuvent être unilatéraux ou frapper des deux côtés du corps.

Jusqu'à ces dernières années, les troubles moteurs étaient communément rattachés à une lésion de l'écorce motrice ou du faisceau pyramidal. Comment comprendre alors qu'à l'hypertonie se substitue bien souvent une atonie, que la trépidation spinale et le signe de Babinski fassent souvent défaut dans la maladie de Little, et qu'inversement, dans cette affection, puissent paraître quelques symptômes rappelant ceux de la maladie de Parkinson ?

En réalité, nombre de troubles moteurs observés dans les encéphalopathies infantiles relèvent d'une lésion du corps strié. D'où difficultés de mouvements volontaires, crises de rire et de pleurer, etc.

Syndromes intellectuels. — On distingue à la suite des travaux de MM. Binet et Simon : l'*idiot* (celui qui ne répond pas aux tests de deux à trois ans ; l'*imbécile* (celui qui est incapable de communiquer avec ses semblables par le langage écrit) ; le *débile mental* (celui dont le niveau est de huit ans)

On conçoit l'intérêt d'un diagnostic précoce qui doit se proposer de résoudre diverses questions : 1° Y a-t-il encéphalopathie infantile ; 2° Quelle en est la cause ; 3° A quelles lésions l'attribuer ; 4° Quel est le siège de la lésion principale ?

Trois traitements : *préventif* (dépister l'hérédosyphilis et réduire au minimum les traumatismes obstétricaux) ; *curatif* (médications chimiques, opothérapie, psychothérapie) ; *symptomatique* (sans se faire trop d'illusion sur la valeur de ce dernier).

G. BLECHMANN.

III. AFFECTIONS RESPIRATOIRES

L'évolution de la phtisie pulmonaire. (Prof. NOBÉCOURT. *Progrès méd.*, 11 fév. 1922.) — Cette période de consomption qui survient à un moment donné de l'évolution des lésions caséeuses et ulcéreuses des poumons, la phtisie pulmonaire, s'observe chez les enfants et même les nourrissons. Plus ils sont jeunes, plus l'évolution est rapide ; on voit surtout chez les enfants déjà grands, se réaliser en quelques mois le tableau de la phtisie.

C'est, en effet, surtout chez les grands enfants, à partir de sept ou huit ans, que l'on observe le plus généralement le tableau clinique de tuberculose ulcéreuse, de phtisie de l'enfance. Il semble plus fréquent chez les filles que chez les garçons. Souvent les enfants appartiennent à des familles tuberculeuses, mais les faits ne sont pas rares où l'enfant paraît être le premier frappé par la tuberculose.

Dans les cas les plus typiques, les lésions caséo-ulcéreuses ont une évolution rapide, elles brûlent les étapes ; elles se creusent rapidement en même temps qu'elles s'étendent et que des foyers nouveaux apparaissent en d'autres points du poumon. En quelques semaines, quelques mois au plus, l'enfant est devenu un phtisique. C'est une véritable phtisie galopante, suivant l'expression consacrée.

Il faut se rappeler enfin que ces malades ont, d'une façon très précoce, une expectoration bacillifère. Alors qu'ils paraissent encore peu malades, qu'ils mènent leur existence habituelle et peuvent encore fréquenter l'école, ils émettent des bacilles et sont contagieux. Il importe de les dépister le plus tôt possible pour assurer la prophylaxie familiale et scolaire. Ce sont les examens répétés et attentifs des médecins scolaires qui peuvent en assurer le dépistage.

G. BLECHMANN.

Kyste hydatique du poumon chez l'enfant. (LUIZ MORQUIO. *Anales de la Facultad de medicina*, Montevideo, avril 1921.) — Leçon clinique faite à l'Académie royale de médecine de Montevideo, sur une affection particulièrement fréquente en Uruguay, et à laquelle l'auteur a déjà consacré un mémoire, dans les *Archives de médecine des enfants*, de 1898. Aux 12 cas d'alors, l'auteur en ajoute 60 nouveaux. Le kyste hydatique du poumon est remarquablement fréquent, surtout à la campagne, et ne se voit, chez les citadins, que lorsqu'ils viennent de passer quelques mois aux champs ; il se voit aussi souvent peut-être chez l'enfant que chez l'adulte, et est généralement unique. Des signes physiques, le plus important est la déformation qui, malheureusement, est loin d'être constante. Les signes fonctionnels n'ont rien de caractéristique. Plus intéressantes sont les complications respiratoires, faisant penser à un catarrhe, à un accès d'asthme, à une congestion pulmonaire, à des broncho-pneumonies à répétition, à de la tuberculose, à une pleurésie. Plusieurs types cliniques : 1° forme latente ; 2° forme hémoptoïque ; 3° forme à signes physiques évidents ; 4° forme commune

à base de signes physiques et fonctionnels; 5° forme fébrile ou compliquée; 6° kyste hydatique ouvert. Pour le diagnostic, il faut attacher de l'importance à l'hémoptysie, de faible abondance, parmi les réactions de laboratoire, à la radioscopie, en se rappelant toutefois que celle-ci expose à une double erreur : il y a des ombres qui simulent le kyste, et, inversement, des kystes hydatiques du poumon qui sont masqués par des lésions pulmonaires ou pleurales et passent inaperçus, et, surtout, à la ponction exploratrice, quand elle est indispensable, avec une aiguille très fine. Sur ces 60 cas, M. Morquio, en a eu 17 guéris spontanément par vomique, 7 ouverts spontanément ou non, 30 opérés directement avec une mortalité de 10 p. 100, 6 traités par l'expectation.

L. BABONNEIX.

IV. HÉRÉDOSYPHILIS

Méningite tuberculeuse et syphilis héréditaire. (V. HUTINEL et P. MERKLEN. *Arch. de méd. des enfants*, n° 9, sept. 1921.) — Il semble avéré que l'hérédosyphilis est une cause importante de méiopragie méningée : l'infection syphilitique est capable de préparer et de favoriser la localisation d'une tuberculose sur les méninges. Le traitement spécifique doit donc intervenir dans tous les cas de méningite tuberculeuse.

Même dans les cas où les symptômes initiaux sont si nets que tout incite à affirmer la méningite tuberculeuse, où la lymphocytose rachidienne est si manifeste que le doute ne semble pas permis, il faut encore hésiter. « En dehors des faits où des réactions vraiment syphilitiques pouvaient être incriminées, nous avons observé dans l'infection poliomyélitique, dans la spirochétose et dans d'autres cas dont nous n'avons pu déterminer la nature, des manifestations qui ressemblaient singulièrement à la méningite tuberculeuse et qui guérissaient. C'est pour cela, sans doute, que des médecins habiles ou naïfs ont pu se vanter d'avoir guéri des méningites tuberculeuses. » Il est encore, à l'heure actuelle, des malades chez qui il est impossible de conclure avec certitude, si l'on ne trouve pas de bacilles tuberculeux dans le liquide céphalo-rechidien.

C'est à cause de l'analogie qui existe entre ces réactions méningées et les méningites tuberculeuses que s'est introduit l'usage des frictions mercurielles et de l'iodure; ce traitement a peut-être sauvé un certain nombre d'enfants.

G. BLECHMANN.

Etude sur la fréquence de la syphilis héréditaire. (P. C. JEANS et J. V. COOKE. *Amer. Journ. of Diseases of Children*, vol. 22, n° 4, oct. 1921.) — Une étude du placenta et de la réaction de Wassermann pratiquée avec le sang du cordon a été faite sur une série de 2.030 nourrissons pris au hasard à Saint-Louis.

En examinant de nouveau le sang de 389 de ces nourrissons, quand ils eurent dépassé l'âge de deux mois, il fut reconnu que la proportion des cas de syphilis héréditaire qui pouvait certainement être diagnostiquée par l'examen placentaire seul était de 27 p. 100, tandis que d'après la réaction de Wassermann faite avec le sang du cordon, 63,6 p. 100 des cas pouvaient être reconnus. On détermina le nombre de cas de syphilis héréditaire dans le groupe entier en appliquant ces deux méthodes à toute la série.

La fréquence de la syphilis héréditaire établie par cette méthode est de 15 p. 100 pour la race de couleur, 1,8 p. 100 chez les pauvres de race blanche, et moins de 1 p. 100 dans les classes plus aisées de la société. En appliquant ces chiffres à la population entière de Saint-Louis, on estime que la fréquence de la syphilis héréditaire dans cette ville est, à la naissance, de 3 p. 100 dont la population de couleur, bien que ne représentant que 9 p. 100 de la totalité, produit approximativement la moitié des cas.

(Ce chiffre de 1 p. 100 obtenu dans la population aisée de Saint-Louis montre à quel point le sérodiagnostic peut entraîner à sous-estimer la fréquence de la syphilis héréditaire.)

G. BLECHMANN.

Le cyanure de mercure intraveineux chez le nourrisson. (G. BLECHMANN. *Paris méd.*, nov. 1921.) — L'auteur a présenté à la *Société de pédiatrie* (séance du 21 juin 1921), un nourrisson, alors âgé de cinq mois, qu'il traitait par des injections intraveineuses de cyanure de mercure. Cet enfant avait été dirigé, deux mois auparavant, sur le service de M. Marfan par le professeur de Lapersonne avec le diagnostic d'« irido-cyclite congénitale par syphilis héréditaire ».

Après 34 injections faites en deux séries, l'examen ophtalmologique montra que ces lésions, exceptionnellement graves, avaient cessé d'évoluer, tandis que les affirmations maternelles paraissaient établir que l'enfant commençait à percevoir la lumière.

C'est M. Abadie, en 1890, qui eut, le premier, l'idée de traiter les lésions graves du fond de l'œil par des injections intraveineuses de HgCy. Avec la syphilis nerveuse, la syphilis des milieux de l'œil est la plus résistante à tous les traitements. Or, la plupart des ophtalmologistes recourent au cyanure intraveineux dans les accidents graves et rebelles. On conviendra, avec Abadie, que les ophtalmologistes sont placés dans les meilleures conditions possibles pour observer les effets d'une médication antisyphilitique. Grâce à l'ophtalmoscope, ils voient ces lésions elles-mêmes et assistent à leur évolution et à leurs modifications sous l'influence du traitement, « ce qu'on ne peut faire pour la moelle, l'aorte et autres organes soustraits à toute observation directe ».

Chez l'enfant de cette observation, un grand nombre d'injections intraveineuses ont pu être pratiquées. D'abord 34 injections en deux séries, séparées par trois semaines de repos, puis une troisième série de 10 injections, par la technique que Blechmann a fait connaître en 1914, des injections par les veines jugulaires et épicraniennes chez les nourrissons.

Un dixième de centimètre cube de la solution de cyanure de mercure au centième a été dilué dans environ dix fois son volume de solution de NaCl à 7 p. 1000 et Blechmann a injecté en moyenne chaque fois 1 milligramme de sel. Cette dose paraît empiriquement suffisante pour les nourrissons dont le poids n'atteint pas 5 kilogrammes. Ce point mérite d'ailleurs d'être étudié.

On peut donc, dans des cas favorables, pratiquer des injections quotidiennes de cyanure de mercure chez le nourrisson, comme chez le grand enfant ou chez l'adulte.

Les injections de HgCy n'ont pas déterminé de troubles digestifs marqués, et l'action du traitement sur la nutrition générale a été des plus remarquables.

L. BABONNEIX.

V. INFECTIONS

Sur le traitement de la diphtérie. (LUIZ MORQUIO. *Revista medica del Uruguay*, t. XXIV, n° 7, juillet 1921.) — En Uruguay, la diphtérie est essentiellement « localiste », son action toxique est atténuée, et le seul danger, c'est la possibilité du croup, qui est, presque toujours, cause de la mort.

Ceci étant, comment traiter la diphtérie? En injectant, sous la peau du malade de 20 à 30 — ou de 10 à 20 — centimètres cubes de sérum, selon qu'il s'agit d'un grand ou d'un petit enfant. Lorsqu'on veut obtenir une action plus rapide, et, surtout en cas de croup, on recourra aux injections intramusculaires. Il est rare que l'on soit obligé de renouveler la dose, mais il ne faut pas oublier que la gorge ne se nettoie qu'au bout de quatre à cinq jours, et qu'il n'est pas mauvais, durant toute cette période, de prescrire des gargarismes ou des lavages boriqués. En cas de croup, les doses précédentes seront doublées et répétées tous les deux ou trois jours. La crainte d'anaphylaxie ou d'accidents sériques ne doit jamais empêcher le médecin de pratiquer l'injection.

Longtemps, en Uruguay, on a utilisé le sérum de l'Institut Pasteur, dosé à 250 unités par centimètre cube, et, malgré la faible teneur dudit sérum en unités antitoxiques, les résultats étaient splendides. Aujourd'hui, il est remplacé par un sérum fabriqué par l'Institut d'hygiène, dosé à 300 unités par centimètre cube et qui ne donne pas de meilleurs résultats. Que conclure de ce fait, si ce n'est que deux sérums, doués d'un pouvoir antitoxique différent, possèdent, à peu de choses près, les mêmes propriétés curatrices, autrement dit, qu'il n'existe aucune relation obligatoire entre pouvoir antitoxique et action curatrice d'un sérum donné (Kraus et Schwenner)? Murrillo a d'ailleurs soutenu l'opinion que souvent, avec les sérums peu antitoxiques, les fausses membranes s'éliminent plus tôt et mieux, le pouvoir éliminatoire étant le fait, non de l'antitoxine, qui agit seulement sur la toxine, mais d'anti-

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

AMÉLIORATIONS DU SERVICE DES TRAINS POUR LA SAVOIE, LE DAUPHINÉ ET L'ITALIE. — *A partir du 31 mai.* — Rapide de nuit : lits-salon, couchettes, 1re, 2e, 3e. Paris (20 h. 35), Grenoble.

A partir du 1er juin. — Rapide de jour : 1re et 2e. Paris (8 h. 10), Aix-les-Bains, Grenoble, Evian, Turin; express, 1re, 2e, 3e. Paris (12 h.), Turin, Rome.

A partir du 15 juin. — Rapide de nuit : places de luxe, 1re, 2e. Paris (20 h. 10). Thonon, Evian; rapide de nuit : places de luxe, 1re, 2e. Paris (20 h. 10), Annecy, Chamonix.

A partir du 7 juillet. — Rapide de nuit, places de luxe, 1re, 2e. Paris (21 h. 10): Aix-les-Bains, Moutiers-Salins, Bourg-Saint-Maurice; rapide de nuit (jusqu'au 19 septembre), places de luxe, 1re. Paris (19 h. 25), Annecy, Chamonix.

corps spéciaux. L'action antitoxique est donc, non la seule, mais la principale des actions exercées par le sérum.

Persuadés que les grosses doses de sérum exposaient aux accidents connus sous le nom de maladie du sérum (Schick, v. Pirquet), les Allemands ont eu l'idée, d'autre part, de fabriquer un sérum doué de très puissantes propriétés antitoxiques, sous un petit volume, de manière à réduire au minimum les accidents sériques. Résultats? Autant d'accidents, sinon plus, et pour ce qui est de la mortalité, 22 à 25 p. 1000, en Allemagne, contre 8 à 9 p. 1000, en France, où, cependant, la maladie est si fréquemment hypertoxique.

En 1918, Biggel publia, dans la *deutsche medizinische Wochenschrift*, un article qui eut un énorme retentissement. Il y affirmait, en effet, que le sérum de chevaux *non immunisés* donnait, dans le traitement de la diphtérie, des résultats sensiblement analogues à ceux du sérum provenant de chevaux *immunisés* (6 p. 100 de mortalité dans le premier cas, 4,5 p. 100 dans le second). Il ajoutait que les membranes se résorbent plus vite, que les bacilles disparaissent plus rapidement avec le sérum neuf qu'avec le sérum d'animaux immunisés. Ce travail fondamental, appuyé sur de nombreuses statistiques, a été l'origine d'importantes recherches. Expérimentales, elles ont établi l'action préventive et l'action curative du sérum neuf, celle-ci variable et, somme toute, médiocre, celle-là, constante et considérable. Cliniques, elles se résument à cette donnée, à savoir que le sérum normal possède une action curatrice indubitable, variable selon les cas et selon les statistiques, mais que le sérum antitoxique lui est incomparablement supérieur par son efficacité et par la sûreté de ses résultats. Le principe de la sérothérapie est donc sauf, mais à quoi attribuer les propriétés curatrices du sérum normal? Probablement « à ses propriétés intrinsèques naturelles, en relation avec ses albumines hétérogènes, qui réveillent, dans l'organisme inoculé, des réactions, lesquelles favorisent le processus de défense. Le sérum hétérogène intervient comme antigène, en provoquant ou en favorisant la crise hémoclasique ou colloïdoclasique, mise en évidence par les travaux de Widal et de ses collaborateurs ». Si cette opinion est vraie, la théorie des injections peu abondantes est condamnée; elles apportent bien à l'organisme infecté l'antitoxine, mais elles ne sont pas assez riches en albumines hétérogènes. Aussi voit-on un auteur comme Czerny, déclarer que, dans la diphtérie, il convient d'injecter, non seulement une quantité suffisante, non seulement d'antitoxine, mais aussi de sérum. Avec lui, et avec d'autres autorités, M. Morquio estime que le sérum antidiphtérique est utile, non seulement par son antitoxine, mais par l'action appropriée et nécessaire du sérum hétérogène.

L. BABONNEIX.

A propos des rechutes et des récidives de la scarlatine (étude étiologique). (V. HUTINEL et M. L. NADAL. *Arch. de méd. des enfants*, n° 8, août 1921.) — Si la scarlatine confère, en général, une immunité définitive, il arrive rarement qu'une nouvelle éruption se montre plus ou moins tardivement, soit dans la convalescence (*rechute*), soit même après la guérison (*récidive*).

Il faut éliminer naturellement les *rashs scarlatiniformes* (prévaricelleux, prédiphtérique), l'*érythème scarlatiniforme* (toxique ou médicamenteux), la *rubéole*, l'*érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant* (Brocq et Besnier), tous bien moins fréquents que les *érythèmes infectieux* secondaires (scarlatine, fièvre typhoïde, diphtérie, rougeole, angines, etc.) morbilliformes ou polymorphes et n'intéressant pas les muqueuses. La rechute ou la récidive doit donc reproduire le tableau symptomatique (parfois atténué) de la première atteinte.

Les auteurs résument des observations de sept malades qui ont présenté, après un laps de temps qui a varié de treize à trente-neuf jours, des rechutes ou des récidives de scarlatine. Une seule a entraîné la mort; les autres ont été plus bénignes ou pas plus sévères que la scarlatine primitive. Toutes se sont produites dans les salles communes où la contagion pouvait s'exercer.

Un point commun se retrouve dans toutes ces observations : L'*existence d'une autre infection* au moment de l'invasion ou à la période initiale de la scarlatine. Six fois, il s'agissait d'une suppuration d'ordre chirurgical ; une fois, d'un rhumatisme articulaire aigu avec complications cardiaques très graves. Dans trois autres cas, observés antérieurement par le professeur Hutinel, une pneumonie est en pleine évolution quand survient une scarlatine : celle-ci récidive entre le quarantième et le soixante-treizième jour (dans deux cas la pneumonie a été suivie de suppuration pleurale). Dans un cas de Jeanselme, la première atteinte avait été accompagnée d'oreillons.

Or, les rechutes sont exceptionnelles dans certaines épidémies : Marfan et Apert, sur 256 cas : 0 récidive ; Gouget, sur 858 cas : 0 récidive. En fait, pour qu'une rechute ou une récidive apparaissent, il faut, de toute nécessité, qu'un trouble se soit produit dans le processus d'immunisation, qu'il y ait eu fléchissement d'une immunité normale, disposition d'une immunité préalablement acquise, ou surtout absence d'immunité. « Tous nos enfants, au moment de l'apparition de la scarlatine, étaient sous le coup d'une autre infection », et alors l'immunisation se fait mal ou ne se fait pas : la réinfection (rechute ou récidive) devient possible.

Mais l'association d'une autre infection à la scarlatine, pour manifester son influence, doit être contemporaine du début de la maladie. D'ailleurs, certaines infections surajoutées, telles que la tuberculose ou la syphilis ne prédisposent pas aux rechutes. D'autre part, lors de la réapparition de la scarlatine, l'affection en cours présente généralement une recrudescence; les plaies changent d'aspect et suppurent, les épanchements pleurétiques augmentent, etc.

G. BLECHMANN.

Diphtérie grave, orchi-épididymite bilatérale au cours des accidents sériques. (G. BLECHMANN et J. STIASSNIE. *Arch. de méd. des enfants*, n° 12, déc. 1921.)

Un nouveau cas d'orchite, accident sérothérapique. (M. F. CARRIEU [de Montpellier]. *Arch. de méd. des enfants*, n° 4, avril 1922.)

Chez un enfant de six ans et demi, atteint d'une angine diphtérique grave (bacille long et streptocoque) que Blechmann et Stiassnie traitent énergiquement par le sérum, survient, au début d'accidents sériques, une orchi-épididymite bilatérale s'accompagnant de douleurs insupportables.

Avec la chute de la température et avec l'atténuation des manifestations habituelles de la maladie sérique, les bourses diminuent de volume et les douleurs s'apaisent. Aucune séquelle.

Comment interpréter la simultanéité de ces accidents? S'agit-il d'une infection de la glande génitale à point de départ pharyngé? Mais cette sédation rapide de l'inflammation épididymo-testiculaire n'est point dans l'ordre des infections streptococciques de la glande génitale, plus résistantes et à tendance suppurative. Il convient de noter que par la suite deux cuti-réactions à la tuberculine se montrèrent négatives.

D'ailleurs, quand apparut cette complication contemporaine de l'urticaire, l'enfant avait passé par une période apyrétique, la gorge étant alors parfaitement détergée.

Il semble bien qu'il s'est agi, dans ce cas, d'une localisation, non signalée jusqu'à ce jour, des accidents causés par le sérum, localisation survenant avec eux, disparaissant avec eux.

Une orchite de même nature vient d'être signalée par Carrieu. Il s'agit d'un enfant de treize ans qui présentait une angine diphtérique : Injection de 90 centimètres cubes de sérum. Guérison. Brusquement, onze jours après l'entrée, la fièvre s'élève à 39°8. L'enfant se plaint de démangeaisons généralisées (éruption sérique) et de douleurs vives au niveau du genou et des poignets.

Le lendemain, l'état est sensiblement le même, mais le malade accuse, en outre, une douleur violente au niveau de ses testicules considérablement augmentés de volume et très douloureux à la pression.

On note que, seule, la glande est atteinte, l'épididyme étant tout à fait normal dans sa forme et sa sensibilité.

Les douleurs articulaires cessent bientôt. L'éruption disparaît, mais l'état du testicule dure six jours, puis l'orchite diminue avec la chute de la température en lysis.

Carrieu montre que cette orchite ne peut être rattachée ni à la tuberculose (guérison rapide, pas de lésions pulmonaires), ni à la blennorragie (âge du malade, examen négatif

de l'urètre); mais, « apparaissant au milieu de tous les accidents sériques signalés, nous sommes en droit, avec Blechmann et Stiassnie, de la considérer comme relevant de la même pathogénie ». L. BABONNEIX.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS DE LA ROUGEOLE [1]

2. LA BRONCHO-PNEUMONIE. — *a*. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les lésions varient suivant l'évolution aiguë ou subaiguë.

a. Dans le type à *marche aiguë*, on trouve des noyaux disséminés dans les régions postérieure et inférieure des poumons. Plus rarement il peut s'agir d'un bloc d'hépatisation pseudo-lobaire, souvent unique d'ailleurs.

b. Dans le *type subaigu* ou chronique, on trouve des lésions variées qui réalisent le type de la broncho-pneumonie pseudo-tuberculeuse (Hutinel). On trouve ici un amas de pus concret, d'aspect caséeux, qui pourrait en imposer pour une lésion tuberculeuse. C'est surtout dans ces formes traînantes qu'on peut découvrir à l'autopsie les premiers stades de la bronchectasie.

Histologiquement, on peut observer deux aspects suivant que l'infection broncho-pulmonaire s'est faite par voie aérienne ou sanguine.

Dans les cas d'*infection aérienne*, par voie bronchique descendante, on trouve une exsudation intraalvéolaire avec desquamation épithéliale. Les lobules pulmonaires présentent une infiltration embryonnaire des parois bronchiques et des alvéoles pulmonaires (Charcot et Balzer, nodules péribronchiques). Les alvéoles de la périphérie du lobule sont moins touchées que celles du centre péribronchique. Ces lésions peuvent, d'ailleurs, aboutir à la suppuration et à la gangrène.

Dans les cas d'*infection hématogène*, par voie circulatoire, les lésions constatées siègent au maximum dans les espaces lymphatiques du lobule, à la périphérie du lobule même, réalisant la péripneumonie de Grancher.

Bactériologiquement, on trouve presque toujours du streptocoque; mais, à côté de lui, il n'est pas rare de constater la présence du pneumocoque, du pneumobacille de Friedlander, du bacille de Pfeiffer ou du bacille de Koch.

b. ETUDE CLINIQUE. — Le *début* de la broncho-pneumonie apparaît pendant ou après l'éruption : il y a persistance anormale de la fièvre ou élévation brusque de la température à 39-40 degrés, alors que quelques jours d'apyrexie pouvaient faire croire que la maladie allait guérir.

La dyspnée est d'abord peu marquée, puis elle progresse rapidement. L'exanthème régresse et disparaît rapidement.

A la *période d'état*, la température présente des oscillations suivant le type rémittent, 40 degrés le soir et 38°5 le matin. Le pouls est rapide, 130-140.

Les signes fonctionnels sont toujours très marqués : la dyspnée est intense et la tachypnée est progressive; elle atteint 40 à 60 à la minute et peut s'accompagner de signes de cyanose.

On peut noter constamment le battement des ailes du nez. La toux est courte et souvent quinteuse, il n'y a pas d'expectoration chez l'enfant.

Les signes physiques sont très variables et souvent peu marqués. A la percussion, on trouve des zones de submatité, et à ce niveau, au milieu des signes de bronchite généralisée et de congestion pulmonaire, on trouve, soit des râles sous-crépitants fins, soit un souffle aigre ou effacé entouré d'une couronne de râles. On peut noter le retentissement de la voix et de la toux à ce niveau, et, chez le nourrisson, le retentissement du cri. Ces foyers soufflants avec bouffées de râles uniques ou multiples s'entendent, tantôt à droite, tantôt à gauche, souvent bilatéraux, souvent aussi très variables et mobiles d'un jour à l'autre.

Hutinel a pu individualiser un certain nombre d'aspects cliniques suivant les cas :

1. *Type de broncho-pneumonie pseudo-lobaire*. — A la base d'un poumon on trouve un bloc de submatité nette. A ce niveau on entend un souffle et, autour, des râles abondants et fins. Les signes généraux sont violents, la température monte à 40 degrés, se maintient en plateau plusieurs jours et tombe brusquement ou en lysis. Cette affection, souvent liée au pneumocoque, est en général d'un pronostic moins grave que la suivante.

2. *Type de broncho-pneumonie à foyers disséminés*. — Ici on trouve des lésions variables, mobiles, irrégulières. Des foyers multiples sont disséminés dans l'un ou les deux poumons, caractérisés par de la submatité légère et des foyers de râles sous-crépitants, fins et éclatants, surtout au cours du cri ou de la toux. Il n'y a pas de localisation nette, précise. Un jour on entend un foyer à la base droite; le lendemain il prédomine dans l'aisselle gauche ou à la base gauche.

Ces formes relèvent d'une infection par le streptocoque. Les signes fonctionnels sont moins bruyants que dans la forme précédente. La température monte à 40 degrés, mais subit des oscillations quotidiennes et irrégulières.

Le pronostic est en général très grave, surtout en milieu hospitalier.

L'*évolution* est plus ou moins rapide, suivant les cas : dans les cas ordinaires, la broncho-pneumonie peut survenir après quelques jours d'apyrexie. L'évolution peut être *suraiguë* et la mort survenir en quelques jours.

Dans d'autres cas, la marche *est aiguë*; la température se maintient à 39 degrés pendant quelques jours, puis descend irrégulièrement.

Tantôt, enfin, la broncho-pneumonie peut revêtir une allure *subaiguë* et *traînante* ou même *à rechutes* (streptocoques).

La température oscille entre 38 et 39 degrés. Les râles deviennent humides et caverneux. L'enfant se cachectise, le foie augmente de volume; des adénopathies multiples apparaissent. On peut noter parfois des éruptions purpuriques. L'enfant revêt l'aspect d'un tuberculeux; et cependant, bien souvent, ces malades peuvent guérir au bout de plusieurs mois.

c. COMPLICATIONS. — La *pleurésie purulente* est une complication fréquente; elle peut se voir en dehors de la broncho-pneumonie, et souvent aussi lui faire suite. La température se maintient élevée, la courbe décrivant de grandes oscillations. On songe à une pleurésie purulente, mais sa recherche et sa découverte sont souvent des plus difficiles. Il peut s'agir de pleurésies enkystées ou interlobaires, que seules les ponctions multiples ou profondes ou l'examen radioscopique pourront déceler et préciser. Malgré tout, bien souvent encore, c'est une trouvaille d'autopsie.

La *péricardite purulente* est beaucoup plus rare et de diagnostic encore plus difficile.

Les *abcès et gangrène du poumon* se traduisent surtout par une prolongation des mauvais signes généraux; un état général qui s'affaiblit progressivement et se cachectise. La mort apparaît, sans qu'une expectoration spécifique ait révélé l'affection.

La *dilatation des bronches* est assez fréquente. L'enfant finit par guérir d'une broncho-pneumonie rebelle, mais il demeure un tousseux soumis à des poussées de bronchites répétées qui aboutissent à la dilatation bronchique et à l'emphysème.

Enfin, l'*adénopathie trachéo-bronchique* est une des séquelles extrêmement fréquentes des broncho-pneumonies. Tantôt elle est simple, banale, inflammatoire et alors curable. Tantôt elle traduit une infection tuberculeuse surajoutée.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 40, p. 654.

Les Mutilés de la guerre, par Douglas C. Mc. MURTRIE, ancien directeur de l'Institut de la Croix-Rouge de New-York pour les soldats estropiés et infirmes. In-8 de 187 pages. — Prix : 12 francs net. — Paris, Masson et Cie.

La Tuberculinothérapie et le traitement intradermique, par le professeur docteur H. SAHLI. Traduction de MM. Piotrowski et Bickel. Brochure de 32 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Epreuve de sélection.* — Le jury est définitivement composé de MM. Darré, Ameuille, Deniker, Ockinczyc, Abrami et Le-Mée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours de l'adjuvat. — *Epreuve orale.* — MM. Soupault, 19; Thalheimer, Gueulette et Brouet, 17.

Epreuve de dissection. — MM. Ecot, 27; Peltier, 26; Soupault, 27; Thalheimer, 26; Aurousseau, 27; Gueulette, 25; Gaume et Brouet, 28; Huet, 30.

Total des points : MM. Huet, 78/1; Soupault, Aurousseau et Brouet, 72/2; Peltier, 71/3; Gaume, 69; Ecot, 67; Thalheimer, 66; Gueulette, 65.

— Concours du prosectorat. — *Epreuve orale d'anatomie.* — MM. Moulonguet, 18; de Gaudart d'Allaines, 17; Fey, 16; Hertz, 17.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts en date du 30 mai 1922, le Conseil supérieur de l'Instruction publique est convoqué en session ordinaire pour le 22 juin 1922.

La durée de cette session sera de deux jours.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Il est créé, dans chacune des Facultés de médecine des Universités de Bordeaux et de Toulouse une chaire magistrale d'hydrologie thérapeutique et de climatologie. (*J. O.*, 31 mai 1922.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — Un concours s'ouvrira le 4 décembre, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

— Un concours s'ouvrira, le 11 décembre 1922, devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture desdits concours. (*J. O*, 30 mai 1922.)

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* — M. Fabre, externe de l'hôpital Trousseau, à Paris, décédé victime de son dévouement. (*J. O.*, 30 mai 1922.)

Médailles de vermeil. — MM. le médecin principal de 1re classe Cadiot; le médecin principal de 2e classe Foley; les médecins-majors de 1re classe Guyard, Barailhé, Faure (à titre posthume); le médecin-major de 2e classe Luc.

Médailles d'argent. — MM. les Drs Desbouis (de Caen), Pambrun (de Bayonne); les médecins-majors de 1re classe Clarion, Debauge, Martin, Pinchon, Ridart; les médecins-majors de 2e classe Bergeret, Bonnet, Delacroix, Dhoste, Dreyfus, Jarry, Jobelin, Rouzoul, Tardy; le médecin aide-major de 1re classe Galliot; le médecin auxiliaire Beck; les Drs Dart, Gill, Michie, Munly, Reasoner, Weatherby, de l'armée américaine; Caperonis, Contargiris, Marmoras, Papageorgiou, Papastratigakis, Syrichas, de l'armée hellénique; Mlle le Dr Mateesco, de l'armée roumaine.

UN HOPITAL FRANÇAIS EN SYRIE. — Il y a quelques jours, en présence du délégué apostolique, le général Gouraud a posé la première pierre de l'Hôtel-Dieu de France.

Le corps professoral des Facultés de médecine et de droit a exprimé ses sentiments de reconnaissance envers la France, dont la ferme politique assure d'année en année la vitalité de l'œuvre française au Levant.

L'ALIMENTATION EN EAU POTABLE DES COMMUNES RURALES. — Le ministre de l'Agriculture vient d'instituer une section permanente de la Commission spéciale du pari mutuel pour les adductions d'eau potable, en vue d'étudier la question des eaux d'alimentation dans les communes rurales, à l'effet de déterminer, d'après un programme d'ensemble, l'ordre d'urgence des travaux à subventionner.

Sont nommés membres de cette commission permanente :

M. Bonjean, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

M. Hudelo, directeur de la santé publique et de l'hygiène

sociale au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance, et de la Prévoyance sociales.

M. le Dr Roux, président du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

M. le Dr Roux est nommé président.

La section permanente pourra s'adjoindre, pour participer à ses travaux, des hygiénistes et toutes autres personnes dont la collaboration lui paraîtra nécessaire.

CHRONIQUE

LA CÉRÉMONIE COMMÉMORATIVE DU VAL-DE-GRACE

C'était un devoir pour la *Gazette des hôpitaux civils et militaires* d'assister à la cérémonie émouvante qui vient d'avoir lieu dans ce vieux beau cadre du Val-de-Grâce, sous la présidence de M. le Président de la République. Dans l'assistance on remarquait Mme Millerand, Mme Poincaré, les maréchaux Joffre et Pétain, M. le ministre de la Guerre, le président du Conseil municipal, plusieurs membres de la Faculté et des hôpitaux, peut-être pas autant que nous l'aurions désiré; tous les maîtres et tous les élèves de l'Ecole et un grand nombre d'inspecteurs et de médecins militaires.

Il s'agissait d'inaugurer un beau monument qui est l'œuvre d'un ancien brancardier, blessé sur le champ de bataille, M. Broquet, monument offert au Val-de-Grâce par la Ville de Paris. Il représente deux brancardiers portant un blessé dans les terres retournées de la Somme.

Quatre discours : celui de M. Caire au nom de la Ville de Paris remettant le monument au Val-de-Grâce, celui de M. le médecin inspecteur Viry au nom de la Société amicale des élèves et anciens élèves du Val-de-Grâce, celui de M. le médecin inspecteur Jacob, comme directeur actuel du Val-de-Grâce, et celui de M. Maginot, ministre de la Guerre, au nom du gouvernement.

Du discours de M. Jacob, nous tenons à citer les paroles suivantes qui reproduisent si justement la pensée qui se dégage du monument des brancardiers :

« C'est bien eux : les épaules meurtries par la perche, à peine équarrie, qui supporte une toile de tente — pauvre brancard improvisé sur lequel gît un blessé — les muscles raidis par l'effort qu'ils font pour s'arracher de la boue gluante dans laquelle ils enfoncent et qui s'agrippe à eux comme si elle voulait retenir la proie qu'ils lui enlèvent, les brancardiers cheminent péniblement vers le poste de secours, uniquement préoccupés d'éviter au blessé qu'ils transportent un heurt brutal ou une chute.

Ils se hâtent, parce qu'ils savent que de la rapidité de la relève et du transport dépend en grande partie la vie de leur blessé. Ils se hâtent, parce qu'ils savent que ce même blessé, emporté par eux tout sanglant du champ de bataille, aura les plus grandes chances de guérir complètement, intégralement, s'il peut être opéré très tôt dans l'ambulance chirurgicale. Ils savent tout cela, les brancardiers du front, et c'est pourquoi, malgré les projectiles qui tombent autour d'eux, parmi eux, ils vont, aussi vite que leurs forces le leur permettent, vers l'abri où les blessés trouveront le calme et la guérison. Ah! les braves gens! »

M. Jacob ajoute que 9.000 d'entre eux sont morts sur le champ de bataille, mais que grâce à eux 60 p. 100 des blessés ont pu être guéris, grâce à leur rapide évacuation.

Du discours de M. Maginot nous tenons aussi à citer un passage; comme l'avaient fait les orateurs qui l'avaient précédé, le ministre de la Guerre a uni dans ce pieux hommage aux médecins du cadre actif du corps de santé les médecins du cadre de complément, dont 1.100 sur un effectif de 18.000 officiers, sont tombés au champ d'honneur.

« Notre reconnaissance, a-t-il dit, ne distingue pas entre les médecins de l'active et les médecins de complément. Frères dans le sacrifice, égaux dans le dévouement, nous les associons dans un même hommage. Qu'ils aient servi dans des unités combattantes, exposés à tous les dangers de la bataille, ou dans des formations hospitalières, penchés sur les lits de souffrance et les tables d'opération d'où montaient vers eux les supplications et les espoirs des blessés, nous les avons vus, les uns comme les autres, calmes et stoïques sous les bombardements, indifférents à la mort qui les menaçait, préoccupés seulement de soulager les douleurs et de sauver les existences des pauvres êtres confiés à leurs soins. Ceux qui leur doivent la vie, et dont le témoignage seul importe, ne se rappellent pas s'il y a eu des médecins de l'active et des médecins de réserve, ils ne se souviennent que d'une chose, qu'ils n'oublieront jamais : c'est qu'il s'est trouvé dans les ambulances et les hôpitaux militaires, pour les secourir aux heures de souffrance et de désespoir, des hommes bienfaisants et d'une grande science, ayant le sens de la fraternité humaine et sachant la pratiquer.

Honorons donc indistinctement et au même titre tous ces médecins, qui, pendant la guerre, ont oublié qu'ils étaient civils ou militaires, pour se consacrer d'un même cœur au noble devoir qui leur incombait. »

M. le Président de la République s'est levé à son tour et, après avoir en quelques mots bien frappés et sonores, associé son hommage à ceux des précédents orateurs, il a donné lecture de l'ordre du jour à l'armée par lequel il est déclaré que le Val-de-Grâce a bien mérité de la Patrie.

Après les discours, tous empreints d'un beau caractère patriotique, on nous a lu la liste funèbre des membres du Service de santé, officiers, soldats et infirmières morts au champ d'honneur.

Cette lecture a été faite, d'une voix émue, par un stagiaire du Val-de-Grâce, grand blessé de guerre, la troupe présentant les armes, tous les officiers faisant le salut militaire, toute l'assemblée profondément recueillie. Ce fut un moment solennel qui eut sa grandeur.

Puis la cérémonie se termina par le défilé recueilli de l'assistance devant les plaques de marbre noir où sont gravés les noms de tous les élèves de l'Ecole morts pour la France.

A. BROCHIN.

LIVRES NOUVEAUX

Les Bases actuelles du problème de la tuberculose (1), par F. BEZANÇON.

Le nouvel ouvrage de M. le professeur F. Bezançon est une mise au point parfaite de la question de la tuberculose. Les grandes lignes du problème : la nature si spéciale de l'infection tuberculeuse, les modalités de sa transmission, ses principaux aspects, les méthodes, enfin, qui servent à la diagnostiquer, à l'éviter, à la combattre, sont exposées en un saisissant raccourci avec une précision, une clarté, un agrément même qui en rendent la compréhension facilement accessible à tout esprit cultivé.

C'est là, d'ailleurs, le but que s'est proposé M. F. Bezançon, car les problèmes soulevés aujourd'hui par la tuberculose ne sont pas seulement d'ordre médical, mais avant tout d'ordre social; ils intéressent non plus seulement quelques initiés, mais tous les esprits cultivés qui, mieux informés, pourront apporter une aide plus efficace à la lutte antituberculeuse et devenir, ainsi que le souhaitait Landouzy, soit dans leur foyer, soit dans leur entourage, des « empêcheurs de tuberculose ».

L. LE SOURD.

(1) Un volume de *Science et civilisation*, collection d'exposés synthétiques du savoir humain. — Prix : 7 francs. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

SYMPTOMES & DIAGNOSTIC DE LA LITHIASE RÉNALE

[FIN (1)]

Par le Dr H. ELIOT,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Ancien assistant du service Civiale à Lariboisière.

C. RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LA RADIOGRAPHIE. — La radiographie présente un intérêt tout autre. *C'est elle qui, de nos jours, constitue sans conteste, la base d'un tel diagnostic. Dans tous les cas où un calcul peut être soupçonné, ce puissant moyen d'investigation demande impérieusement à être mis en pratique.*

Une règle, à peu près universellement admise aujourd'hui, veut, en effet, que soient soumis à l'épreuve des rayons X :

1. *Tous les pyuriques chez lesquels la purulence des urines ne peut, d'une façon évidente, par le microscope ou l'inoculation, être mise sous la dépendance du bacille de Koch.*

2. *Tous les hématuriques chez lesquels l'origine vésicale du saignement ne peut être démontrée par la cystoscopie.*

3. *Tous les malades, enfin, à douleurs lombo-iliaques, persistantes et tenaces.*

Mais, pour obtenir de la radiographie, tous les précieux renseignements que cette méthode est susceptible de fournir dans la calculose urinaire, certaines règles demandent à être suivies :

a. Un axiome bien établi aujourd'hui, c'est qu'*en cas de lithiase soupçonnée, la radiographie doit embrasser l'appareil urinaire dans son entier.*

Les phénomènes douloureux dans la lithiase sont, en effet, nous l'avons vu, parfois trompeurs en ce qui concerne la localisation des concrétions.

La lithiase bilatérale, ou à signes multiples, qui a fait éprouver jadis aux chirurgiens tant de déboires, est d'un autre côté assez fréquente, pour qu'il soit bon de profiter aujourd'hui de tous les avantages d'une méthode, qui permet de déceler la présence ou non de calculs dans les divers segments de l'appareil urinaire.

b. L'examen doit, d'autre part, être fait sous un certain nombre de conditions déterminées et qui sont :

1. Le malade aura préalablement été purgé et sera à jeun.

2. Il sera radiographié dans le décubitus dorsal, les jambes relevées à angle droit sur le bassin, de manière à réduire l'ensellure lombaire.

3. Si la radiographie de l'appareil urinaire doit être totale, elle ne demande point pour cela à être exécutée sur une grande plaque unique. La *radiographie segmentaire* faite en trois (Arcelin) ou cinq (Maingot) clichés, donne une netteté d'image beaucoup plus grande.

4. Sous peine de voir leurs ombres devenir méconnaissables sur la plaque sensible, les calculs, et par là même le rein, doivent garder, pendant leur temps de pose, une immobilité aussi absolue que possible, d'où l'utilité des *compresseurs* de la radiographie réduite comme temps de pose à une ou quelques secondes ou même à une fraction de seconde, grâce à l'emploi des *écrans intensificateurs*. La brièveté du temps de pose permettra, de plus, l'examen du rein en période d'apnée, ce qui est d'une très grande importance pour l'immobilisation du rein.

5. Enfin, l'épreuve radiographique ainsi obtenue sera examinée sous un certain nombre de conditions voulues. C'est sur le cliché même qu'il faut, dans les cas difficiles, examiner les ombres douteuses. Cet examen doit être pratiqué, non directement à la lumière du jour, mais soit en interposant derrière la plaque un simple verre dépoli, soit encore en se servant d'appareils spéciaux (négatoscope).

Quelles conclusions peut-on tirer d'un examen radiographique?

Deux éventualités sont à envisager :

I. LA RADIOGRAPHIE N'A MONTRÉ AUCUNE OMBRE POUVANT SE RAPPORTER A UN CALCUL RÉNAL. — Le radiographe, comme le recommande Arcelin, se contentera alors de dire au malade et au chirurgien : « La radiographie ne montre pas la présence d'un calcul urinaire. » Mais, il se gardera bien de dire au patient : « Vous n'avez pas de calculs dans les voies urinaires. »

Certains calculs ne laissent point, en effet, d'ombres visibles sur la plaque radiographique.

a. Soit en raison de leur composition chimique. Tous les calculs ne sont point égaux devant les rayons X. Les calculs oxaliques sont les plus visibles. Puis viennent des calculs phosphatiques et ceux composés de carbonates alcalins. Ceux composés d'urates sont moins apparents ; ceux formés d'acide urique pur (le fait est d'ailleurs exceptionnel) sont invisibles.

La pyéloradiographie, lorsqu'en vertu de leur composition, les calculs sont plus ou moins transparents aux rayons X peut rendre des services. En remplissant, dans ces cas, le bassinet de collargol ou de bromure de sodium, opaques aux rayons de Röntgen, l'on pourra voir dans certains cas, sur le négatif obtenu, tranchant sur la silhouette transparente et nettement visible du moule du bassinet, une ombre correspondant, elle, à la présence du calcul.

b. Soit en raison de leur petitesse ou de leur minceur. Arcelin estime, cependant que les calculs opaques aux rayons X sur une épreuve faite avec une bonne technique, chez un sujet de corpulence moyenne, bien immobilisé, sont visibles à partir d'un poids de 2 à 3 centigrammes. Si, au contraire, ces petites concrétions se rencontrent chez un sujet épais, musclé surtout ; si le rein est de plus infiltré, épaissi ; si le calcul nage dans une poche purulente ou séropurulente, la radiographie ne montrera rien ou une image tellement vague, qu'il ne sera pas possible d'affirmer la lithiase.

II. LA RADIOGRAPHIE MONTRE UNE OMBRE SUR LE TRAJET DES VOIES URINAIRES. — Plusieurs cas sont à envisager :

1. L'ombre portée a une forme bien définie ; elle rappelle pour son aspect le moulage du bassinet et des calices (calcul plus ou moins corolliforme), elle occupe de plus l'emplacement habituel des calculs du rein : l'angle costo-vertébral ; elle est située en regard, généralement du moins, des 2e et 3e vertèbres lombaires (vertèbres rénales de Holzknecht et Kienboch), bien qu'elle puisse aussi être située plus haut au niveau de la 1re lombaire (calcul du

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 41, p. 661.

calice supérieur) et souvent plus bas (en cas d'abaissement ou de dilatation de l'organe). La présence d'un calcul peut être alors affirmée.

2. Mais il arrive souvent que l'ombre portée n'a aucune forme caractéristique : elle est allongée, ovoïde.

C'est alors que la visibilité des contours du rein (visibilité que l'on pourrait actuellement, avec une bonne technique, d'après Arcelin, obtenir dans 80 p. 100 des cas environ) vient apporter un élément important au diagnostic. Si l'ombre du calcul se dessine sur celle du rein, en un point fixe d'une radiographie à une autre, on peut légitimement conclure encore à la présence d'un calcul urinaire.

3. Nombreux sont cependant les cas où le contour du rein n'a elle non plus, rien de bien caractéristique, dans cette hypothèse, il est bien évident que seule la radiographie ne permet pas de faire le diagnostic de calcul urinaire. La radiographie indique une probabilité qui sera confirmée ou infirmée par l'ensemble des signes cliniques.

Dans la région rénale, certaines taches peuvent être en effet parfois observées qui ne sont pas sous la dépendance de calculs rénaux et qui peuvent, par là même, donner lieu à des erreurs d'interprétation.

A. *Certaines de ces taches bien que ne répondant pas à un calcul ont cependant une origine rénale.*

α. *Dans la tuberculose rénale*, la radiographie montre parfois des ombres qui sont de deux sortes : les unes nettes, mais irrégulières, dues à des crétifications calcaires; les autres moins marquées, régulières, arrondies répondant à de grosses cavernes (Legueu).

Il faut aussi noter que l'association de la tuberculose et de la lithiase a été, mais exceptionnellement, observée.

β. Les *néoplasmes du rein*, en dehors des cas encore ou il y a association de lithiase avec la tumeur, ont pu exceptionnellement donner des ombres radiographiques qui ont pu être prises pour des calculs (Grosglick) et encore, dans les deux cas de Grosglick, ce sont des caillots sanguins calcifiés qui avaient fait penser à la lithiase.

Les *tumeurs mixtes* du rein qui sont susceptibles de contenir des formations cartilagineuses et osseuses seraient-elles tout notamment capables de donner des ombres radiographiques.

γ. Neuhauser, dans un cas de *rein polykystique*, a pu sans qu'il y ait calcul, obtenir encore une ombre radiographique. Manasse, Eiselberg ont rapporté des cas de *kystes hydatiques du rein* ayant donné des ombres.

B. *En dehors de ces taches d'origine rénale, des productions diverses siégeant autour du rein* ont pu d'autre part faire croire à des calculs de cet organe.

α. En arrière du rein, dans les muscles lombaires, Albert Schönberg a signalé des injections d'iodipine qui ont donné des taches.

β. Au niveau du squelette, les cartilages qui prolongent les deux dernières côtes peuvent engendrer des ombres dues à une ossification partielle.

γ. Au voisinage du hile, des ganglions calcifiés ont pu se traduire par des taches qui ont été prises pour des ombres calculeuses (Völcker).

δ. Avec Heitz-Boyer nous avons eu l'occasion d'observer une fois une concrétion de la région surrénale qui en avait imposé pour un calcul du calice supérieur.

ε. Dans la cavité abdominale, les calculs biliaires ont pu être confondus avec des calculs du rein droit, Beclère, Arcelin en ont rapporté des exemples. Le diagnostic peut être d'autant plus difficile que la lithiase biliaire et la lithiase urinaire peuvent parfois coïncider chez le même malade. L'erreur n'a point été pourtant souvent commise, car la plupart des calculs biliaires sont transparents aux rayons X. La *radiographie stéréoscopique*, associée au cathétérisme urétéral fait au préalable avec une sonde opaque, pourrait être utile en pareille circonstance.

Plus fréquentes sont les erreurs qui pourraient provenir du tube digestif mais qu'il est en général facile d'éviter : scybales, calculs intestinaux, pilules bismuthées, bouton de Murphy non encore expulsé, mais qui aurait pu donner le change à un médecin non prévenu (Holzknecht et Kienbock), calcification possible des franges épiploïques signalées par Brewer.

Le diagnostic de calcul urinaire étant posé, la radiographie nous renseignera encore sur les dimensions, l'emplacement, la mobilité, l'unicité ou la multiplicité des concrétions. Elle contribuera aussi à orienter le chirurgien vers telle intervention de préférence à telle autre (néphrotomie ou pyelotomie).

Evolution. Complications. — La lithiase rénale peut comme nous l'avons vu, pendant un temps indéterminé, évoluer d'une façon lente ou du moins fruste. La santé générale n'est point troublée. Ces cas de tolérance longue, indéfinie, sont encore assez fréquents.

Les malades porteurs de calculs rénaux restent cependant exposés, tous les jours, à des complications multiples :

les unes d'ordre aseptique ;
les autres d'ordre septique.

A. Parmi les premières, en dehors des crises de coliques néphrétiques qui, de temps en temps, par leur intensité, leur répétition, ou leur durée, peuvent acquérir parfois un caractère sérieux; en dehors de la possibilité de la production d'une *hydronéphrose* à caractère de tension parfois intermittente, il faut surtout citer l'anurie.

L'*anurie lithiasique* peut s'observer dans des conditions diverses.

Elle n'est point en général une manifestation initiale de la lithiase. Le plus souvent, on le voit s'installer chez des malades déjà entachés d'un passé calculeux plus ou moins chargé, ayant déjà eu maille à partir avec un nombre plus ou moins respectable de coliques néphrétiques terminées parfois, mais non toujours, par l'expulsion de sable ou de graviers. Ces calculs, lorsqu'ils sont ainsi expulsés, en traumatisant au passage la muqueuse de l'uretère, y déterminent assez souvent la production de rétrécissements cicatriciels, et ces rétrécissements en devenant une nouvelle cause d'arrêt des calculs créent de ce fait une prédisposition à l'anurie. Parfois cependant l'anurie apparaît sans être précédée de colique prémonitoire. Exceptionnellement même, elle peut à l'improviste s'installer chez des sujets vierges jusqu'alors de tout point calculeux, c'est par une crise d'anurie, comme dans une observation de Rosving, qu'inopinément se révèle brusquement à eux leur lithiase.

La *pathogénie* de l'anurie qui peut ainsi survenir au cours de la lithiase est variable.

Il est d'abord des cas, rares il est vrai, d'anurie lithiasique, qui sont manifestement et exclusivement

organiques et secrétoires, liés à une désorganisation bilatérale et complète des parenchymes rénaux, soit par suppuration, soit par atrophie et sclérose.

Beaucoup plus souvent, heureusement, les calculs sont la cause prochaine de l'anurie.

Plusieurs éventualités sont possibles :

1. Ou bien, et ces cas semblent les plus fréquents, il s'agit d'un blocage bilatéral, mais successif des voies d'excrétion.

2. Ou bien, il s'agit d'une obstruction calculeuse unilatérale, mais chez un malade porteur d'un rein unique, soit du fait d'une malformation congénitale, soit du fait d'une néphrectomie antérieure, soit du fait d'une dégénérescence totale du rein adelphe causée par une affection variable (lithiase bilatérale le plus souvent).

3. Ou bien, mais plus rarement, un seul rein est encore bloqué, et l'anurie s'installe cependant, bien que son adelphe existe plus ou moins lésionné, il est vrai, mais capable encore de fonctionner (comme la cystoscopie et le cathétérisme urétéral, par l'examen séparé de l'urine de chaque rein en ont fait, dans certaines observations, la preuve). Pour expliquer l'anurie dans ces cas, force est bien d'invoquer l'intervention d'un réflexe inhibitoire, annihilant les fonctions de ce dernier.

B. Les accidents septiques. — Les accidents septiques sont, eux aussi, de divers ordres : la lithiase primitive risque toujours à un moment de se compliquer d'infection et l'on voit alors se dérouler, suivant les cas, le tableau, soit de la *pyélonéphrite*, soit de la *pyonéphrose calculeuse*. L'atmosphère périrénale peut, elle-même, avec ou sans perforation du bassinet, être envahie par la suppuration et l'on peut voir se développer un *phlegmon périnéphrétique*.

Diagnostic. — Le diagnostic de la calculose rénale comporte la solution de divers problèmes :

I. S'agit-il tout d'abord réellement de lithiase? — Réduit aux seules ressources de la clinique, le diagnostic différentiel de la lithiase serait et était jadis, en effet, avant l'ère radiographique, entouré de grandes difficultés ; de fait, bon nombre de chirurgiens émérites sont autrefois intervenus sur des reins, croyant y trouver un calcul, alors qu'il s'agissait d'une autre affection.

Les différents symptômes capables de caractériser la lithiase sont loin d'être toujours réunis. Un seul d'entre eux peut exister et encore plus ou moins nettement accusé.

Suivant les circonstances, c'est alors, soit à propos de douleurs lombo-iliaques, soit d'une colique néphrétique, soit d'une hématurie, soit de pyurie, soit plus exceptionnellement d'un « gros rein » que le diagnostic de la calculose rénale demande à être discuté.

a. Diagnostic des douleurs lombo-iliaques. — La douleur peut faire croire à une *simple névralgie lombo-iliaque* pariétale, à un *simple lumbago*.

Un *mal de Pott* dorso-lombaire, à son début, surtout survenant chez un adulte, a pu parfois aussi faire penser à la lithiase. La recherche de la raideur d'un segment du rachis, de la douleur provoquée en un point limité de la colonne vertébrale par la pression, soit directe, soit à distance (en appuyant sur les épaules du malade, par exemple), l'exagération des réflexes aideront au diagnostic. La radiographie « de profil » du rachis dans les cas difficiles pourra aussi être utile.

Mais ce sont surtout les *néphrites et périnéphrites chroniques douloureuses* bien étudiées par Pousson, puis par Marsan dans sa thèse, qui peuvent faire errer le diagnostic. A vrai dire, l'erreur inverse a été beaucoup plus souvent commise. Sur 25 cas réunis par Marsan « de néphrite douloureuse » à propos desquels un diagnostic avait été porté avant l'intervention, 13 fois on avait à tort cru à l'existence de la calculose et 3 fois on était resté hésitant entre la lithiase et une simple néphrite. L'erreur est d'autant plus facile que la douleur, dans ces cas, procède parfois aussi par crises paroxystiques dues à des poussées congestives qui simulent la colique néphrétique ; — que l'hématurie accompagne souvent l'évolution des néphrites douloureuses (50 fois sur 92 observations réunies par Marsan); cette hématurie ne présente pas toutefois le caractère d'être provoquée par ce mouvement; mais on sait que le fait s'observe aussi parfois dans la lithiase, du fait de la néphrite diathésique ; — que l'examen microscopique des urines de ces malades révèle au moins pour ainsi dire toujours la présence de globules rouges (globules non augmentés toutefois de nombre après « l'épreuve de la marche ») ; — qu'il n'est pas rare, enfin, à l'examen microscopique encore, de constater dans l'urine, en pareil cas, des cristaux urinaires variés. La radiographie, seule, permettra donc en pareille circonstance d'asseoir le diagnostic.

b. Diagnostic de la colique néphrétique. — Ici deux points sont à envisager :

1. La crise douloureuse répond-elle bien au syndrome désigné sous le nom de colique néphrétique?

2. Le diagnostic de colique néphrétique admis, quelle est la cause de sa réalisation?

1. La crise douloureuse répond-elle bien au syndrome désigné sous le nom de colique néphrétique? — Le diagnostic peut être à faire :

Avec la colique hépatique. — Le siège de la douleur est différent. Le point principal est en avant, au-dessous des fausses côtes, en dehors du muscle grand droit. Les irradiations sont différentes. Elles se font vers l'épigastre et l'épaule du côté droit alors que dans la colique néphrétique elles sont surtout descendantes. La présence d'ictère ou de subictère est en général en faveur aussi de la colique hépatique.

Avec l'appendicite. — L'erreur a été commise un certain nombre de fois. Elle est surtout possible en cas d'appendice à siège sous-hépatique ou rétrocæcal. La présence d'une hématurie elle-même peut être insuffisante pour faire pencher le diagnostic en faveur de la lithiase. Le pissement de sang a été observé, en effet, un certain nombre de fois au cours de l'appendicite.

Dans les cas difficiles, pour trancher un diagnostic rétrospectif délicat, on pourrait, à l'exemple d'Albarran et d'Hutchins, essayer le moyen suivant qui consiste à injecter, au moyen d'une sonde urétérale, une petite quantité de liquide dans le bassinet, suffisante toutefois pour le mettre en tension; on provoque ainsi une crise néphrétique type, et l'on compare le syndrome douloureux ainsi obtenu avec les sensations antérieurement ressenties par le malade.

Le diagnostic a pu se poser encore, mais plus rarement :

Avec une salpingite accompagnée d'un certain degré de réaction péritonéale.

Avec les crises néphralgiques du tabes (Maurice Reynaud), du paludisme (Albarran) ou de l'hystérie.

2. LE DIAGNOSTIC DE COLIQUE NÉPHRÉTIQUE ADMIS, QUELLE EST LA CAUSE DE SA RÉALISATION ? — Un corps étranger autre qu'un calcul, venant gêner le cheminement de l'urine vers la vessie, peut provoquer la distension brusque et momentanée du bassinet et réaliser le syndrome de la colique néphrétique.

Ce peut être le cas d'un *caillot sanguin* au cours d'une hématurie abondante ; d'un *grumeau purulent* au cours d'une pyonéphrose de nature tuberculeuse *ou non* ; d'un *fragment de tumeur* en cas de néoplasme du rein, ou mieux d'un papillome du bassinet; d'une *hydatide* en cas d'ouverture dans le bassinet d'un kyste hydatique du rein.

L'*hydronéphrose à tension intermittente* (dont un calcul du bassinet peut d'ailleurs être la cause); les crises douloureuses du rein mobile qui reconnaissent, avant tout, pour cause elles aussi la mise en tension temporaire du réservoir pyélitique, due ici à une coudure de l'uretère, provoquent un syndrome douloureux analogue.

Une *tumeur vésicale siégeant au voisinage de l'orifice d'abouchement de l'uretère dans la vessie* peut réaliser encore le même syndrome et faire croire à un calcul qui n'existe pas. Broca a publié ainsi l'observation d'un malade atteint d'une tumeur de la vessie insoupçonnée qui, après avoir eu plusieurs crises de coliques néphrétiques, fit finalement de l'anurie qui nécessita une néphrotomie. Tout faisait penser à un calcul ; seule, l'autopsie redressa le diagnostic. Albarran a eu l'occasion d'observer de même trois malades qui présentaient des coliques néphrétiques avec légère hématurie. On pensa chez eux, tout naturellement, de prime abord, à la lithiase. La *cystoscopie* évita cette erreur, en montrant l'existence d'un papillome avoisinant le méat urétéral. Pendant notre internat à la clinique de Necker, nous avons eu l'occasion, avec Heitz-Boyer, d'observer un cas analogue. Il s'agissait d'un malade présentant de la pyurie légère, ayant eu de légères hématuries et souffrant de crises néphrétiques du côté droit. On songeait également à intervenir sur son rein droit, croyant à un calcul, bien que la radiographie fut négative, quand l'un de nous en lui pratiquant une cystoscopie, en vue de recueillir par cathétérisme des uretères l'urine séparée de ses reins au point de vue de leur étude fonctionnelle, découvrit un papillome de l'embouchure de l'uretère, cause de tous les accidents. Reynard (de Lyon) a publié lui aussi deux observations semblables.

Dans ses formes anormales, lorsque la colique néphrétique calculeuse s'accompagne de phénomènes réflexes intenses du côté de l'intestin ou du péritoine, avec arrêt des matières et des gaz, le diagnostic peut s'égarer, non sans inconvénient pour le malade, du côté d'une *obstruction intestinale*.

c. DIAGNOSTIC DE L'HÉMATURIE. — Il faut tout d'abord reconnaître l'origine rénale de l'hématurie, puis la rapporter à sa véritable cause.

L'hématurie rénale est une hématurie « totale », c'est-à-dire colorant également l'urine du début à la fin de miction. Il importe toutefois de se rappeler qu'Albarran a attiré l'attention sur ce fait qu'une hématurie rénale peut, dans des cas exceptionnels, revêtir un caractère « terminal » : ceci, en cas d'hématurie profuse; le rein, déversant sans cesse en abondance du sang dans la vessie, les dernières gouttes expulsées par la miction peuvent alors présenter une teinte bien plus foncée.

La présence, dans l'urine, de caillots allongés, fusiformes, mesurant parfois plusieurs centimètres de longueur, reproduisant ainsi le moule d'une partie de l'uretère, a aussi une grande importance, au point de vue du diagnostic de la provenance rénale de l'hématurie.

Une cystoscopie faite en période hématurique lèverait, d'ailleurs, tous les doutes, en même temps qu'elle montrerait le côté qui est le siège du saignement.

L'origine rénale de l'hématurie reconnue, quelle en est la cause ?

Le caractère essentiel de l'hématurie lithiasique, nous l'avons vu, est d'être le plus souvent une hématurie provoquée par le mouvement, calmée par le repos.

Il ne faut pourtant point attacher à ce caractère, une valeur absolue. Des hématuries spontanées, non influencées par le repos, se produisent parfois au cours de la lithiase. C'est dans ces cas, que le diagnostic pourra parfois alors être à faire avec les autres hématuries rénales, parmi lesquelles surtout : les hématuries du début de la tuberculose rénale ; les hématuries qui accompagnent l'évolution des tumeurs du rein, du bassinet ou de l'uretère ; les hématuries des reins polykystiques ; les hématuries survenant parfois au cours d'une simple hydronéphrose.

Mais, c'est avec les hématuries des *néphrites* chroniques dites « *hématuriques* » que le diagnostic sera surtout difficile en pareil cas. Bien plus, il est arrivé que l'hématurie de ces néphrites semblait, elle-même parfois, nettement influencée par la marche, l'exercice. Albarran en a rapporté des exemples. En pareille circonstance, sans la radiographie, l'erreur devient, bien entendu, inévitable.

d. DIAGNOSTIC DE LA PYURIE. — C'est parfois l'existence seule de pus dans les urines qui éveille l'attention du malade ou du médecin. Tout comme pour l'hématurie, il comporte d'abord de reconnaître l'origine rénale de la pyurie, ce qui est, en général, facile, puis d'en rechercher la cause ; les pyélites et les pyonéphroses non calculeuses, la tuberculose sont alors à éliminer.

L'examen histobactériologique des urines, la radiographie encore et surtout, dans les cas difficiles, permettront d'arriver au diagnostic.

e. DIAGNOSTIC DE L'AUGMENTATION DE VOLUME DU REIN. — Plus rarement, c'est à l'occasion d'un gros rein que le diagnostic de la lithiase aura à être discuté.

Dans la néphro-lithiase, nous l'avons vu, l'atmosphère cellulo-graisseuse du rein participe le plus souvent aux lésions de ce dernier et traduit sa réaction par de la scléro-lipomatose. Ces lésions sont surtout marquées dans la lithiase infectée. Cette périnéphrite a pu donner l'impression, à tort, dans quelques cas d'une augmentation de volume du rein. Mais, ici, la masse semble fixer dans la loge lombaire, sans suivre les mouvements respiratoires.

Mais, c'est surtout, bien entendu, lorsqu'il se complique d'hydronéphrose ou de pyonéphrose que

le rein lithiasique se traduit par une augmentation de volume. Pyonéphrose et périnéphrite coexistent, d'ailleurs, souvent. Dans tous ces cas, c'est la radiographie qui est à la base du diagnostic. Il importe d'ailleurs de remarquer qu'une pyonéphrose non calculeuse à son origine peut ultérieurement se compliquer de lithiase phosphatique secondaire.

II. Le diagnostic de calcul rénal, une fois posé, *en vue d'établir le traitement à mettre en œuvre*, plusieurs points indispensables restent à résoudre :

a. Quel est le *volume*, quelle est la *forme*, quel est le *siège exact*, quel est le *nombre* des calculs?

S'agit-il de lithiase *localisée à un rein*, ou bien, au contraire, de lithiase *bilatérale* ou à *sièges multiples?*

C'est la radiographie encore qui, seule, permettra de répondre à ces diverses questions.

b. Quelle est ensuite, *au point de vue fonctionnel, la valeur de l'un et l'autre rein?*

C'est l'examen séparé de l'urine de chaque rein, après cathétérisme des uretères, joint à l'épreuve de la polyurie expérimentale d'Albarran; et la recherche de l'azotémie et de la constante d'Ambard qui aideront à résoudre ce problème.

BIBLIOGRAPHIE

ALBARRAN. Le rein des urinaires, *Th. de Paris*, 1884.
DESNOS. Sur les indications techniques et les accidents du cathétérisme des uretères calculeux, *Congrès franç. d'urol.*, 1910.
Rapports et communications diverses sur « la Pathogénie et le traitement des Anuries », *Ier Congrès intern. d'urol.*, Paris 1908.
ELIOT. De l'anurie au cours de la lithiase et des tumeurs et néoplasmes pelviens, *Th. de Paris*, 1910.
HARTMANN. *Travaux de chirurgie anatomo-clinique*, 4e série.
HEITZ-BOYER. *Bull. de l'Assoc. franç. d'urol.*, 1911.
HUTCHINS. De la colique rénale artificielle et de son utilité pour le diagnostic, *Semaine méd.*, 1906, n° 51.
LE DENTU. *Affections chirurgicales des reins et des uretères*, Paris 1889.
LEGUEU, PAPIN et MAINGOT. *Exploration radiographique de l'appareil urinaire*, Paris 1913.
LEGUEU. Calculs du rein et de l'uretère, *Th. de Paris*, 1895; — *Cliniques de Necker*, Paris 1922.
MARION. *Traité d'urologie*, 1921.
MARION, HEITZ-BOYER et GERMAIN. *Traité de cystoscopie et de cathétérisme urétéral*, Paris 1919.
MORRIS. *Surg. of Kydney*, 1900.
MARSAN. Les néphrites et périnéphrites douloureuses, *Th. de Paris*, 1910.
NOGIER et REYNARD. Les coliques néphrétiques en dehors de la lithiase, *Avenir méd.*, juin 1915.
PILLET. *Journ. d'urol.*, juin 1913.
RAFIN et ARCELIN. *Calculs du rein et de l'uretère*, Paris 1911.
SOURDILLE. Etude clinique de la lithiase rénale, *Th. de Paris*, 1907.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Pratique chirurgicale illustrée, par Victor PAUCHET. Fascicule 3 : *Indications de la radicotomie* (J.-A. SICARD); *Technique de la radicotomie postérieure* (M. ROBINEAU); *Le traitement opératoire des fractures récentes* (Ch. DUJARIER); *Cancer de la langue*; *Traitement des goitres*; *Chirurgie gastrique*; *Gastro-pylorectomie pour ulcus pré-pylorique*; *Tumeurs du gros intestin*; *Adénome prostatique*. In-18 jésus de 240 pages avec 308 figures dans le texte dessinées d'après nature, par S. Dupret. — Prix : 25 francs. — Paris, G. Doin.

ACTUALITÉS

COMMENT FAIRE POUR VIVRE VIEUX

Le docteur Marcel NATIER vient de commencer, dans la *Médecine internationale*, une enquête sur les centenaires. Elle ne se borne pas, bien entendu, à enregistrer les renseignements biographiques obtenus sur ces personnes, à la fois rares et, en un certain sens, privilégiés; elle vise plus haut et plus loin, proprement à dégager de l'observation des macrobites les conditions grâce auxquelles ils ont vécu si longtemps et, par conséquent, à déterminer les règles générales qu'il convient d'observer pour tâcher de prolonger l'existence. Cette question est de celles qui demeurent perpétuellement à l'ordre du jour; l'Association française pour l'avancement des sciences ne vient-elle pas d'inscrire la *Sériculture* au programme de son prochain Congrès? Chacun de nous, en effet, s'attache à la vie et d'autant plus, semble-t-il, que les années s'accumulent davantage. Presque tous les auteurs qui se sont occupés du sujet, depuis CICÉRON dans *de Senectute,* jusqu'au professeur LACASSAGNE, dans « La Verte Vieillesse », ont insisté sur ce point.

M. M. NATIER n'a pas entrepris son travail sans une idée directrice qu'à peu à peu fait naître en lui sa grande expérience médicale. Il a observé, en effet, qu'il existe une relation constante entre l'état physique et intellectuel et les oscillations du poids, relation dont il tire les conclusions pratiques que voici : 1° jusqu'à vingt ans, il faut gagner du poids; 2° de vingt à trente ans, on *peut* gagner du du poids; 3° de trente à quarante, on doit rester sur son poids; 4° à partir de la quarantaine, on doit perdre du poids et en perdre de plus en plus jusqu'à l'extrême maigreur, si l'on veut parvenir à un âge très avancé, en demeurant alerte d'esprit et suffisamment bien portant.

Certaines raisons d'observation courante militent en faveur de cette façon de voir. Presque tous les octogénaires restés, somme toute, vigoureux et sans grande infirmité, sont maigres, secs, n'ont que la peau sur les os; les octogénaires, sinon gras, au moins d'un embonpoint notable, se montrent à l'encontre rares ou bien impotants et affaiblis intellectuellement. Il n'y a pas de doute non plus que les gens naturellement maigres soient plus résistants, à l'égard des infections notamment, que les gens obèses, et d'ordinaire moins disposés que ceux-ci aux maladies dyscrasiques. On comprend du reste sans difficulté qu'il en soit ainsi. Les tissus adipeux constituent un poids mort pour l'organisme. S'ils ont une utilité réelle pendant la croissance et au cours de la première partie de la vie, parce qu'ils fournissent au fonctionnement des réserves énergétiques importantes, ils cessent de la posséder au même degré à partir du moment où l'activité se ralentit. Il ne faut pas, en effet, perdre de vue, comme l'a fait Jean FINOT par exemple, que la vieillesse est la conséquence nécessaire, inévitable, du fonctionnement des organes, parce que ce fonctionnement laisse des déchets insolubles ou très peu solubles qui précipitent là même où ils se produisent, encrassent les tissus et gênent progressivement leur jeu; la rigidité des vaisseaux et la sclérose sénile n'en sont que les expressions. Les dépôts adipeux n'ont pas toujours, il s'en faut, la signification de réserves nutritives; souvent, au

contraire, et surtout vers la cinquantaine, ils attestent la dégénérescence de certains éléments anatomiques, qui ont cessé de vivre, soit par action lésionnelle ou toxique, soit par ischémie consécutive à l'encroûtement physiologique. Contre cet encroûtement, nous sommes, en fait, désarmés et nos moyens de défense se limitent à l'intervention des macrophages qui substituent, aux cellules usées ou lésées, du tissu fibreux et scléreux. Mais, il n'en est pas de même contre l'infiltration adipeuse et ceci nous ramène directement à l'enquête de M. M. NATIER.

*
* *

Trois centenaires seulement sont examinés, mais à l'aide des documents les plus précis, émanant d'eux-mêmes, de leur famille ou encore de leur médecin, et il en ressort des indications à peu près concordantes. Tous avaient conservé une activité physique en rapport avec leur âge et l'intégrité relative, sinon complète, de leurs facultés; tous ont été généralement sobres; deux, un homme et une femme, présentaient, depuis longtemps, un état avancé de maigreur; la dernière femme avait été plutôt replète, mais commença à maigrir un peu avant sa mort, à l'époque de laquelle elle était devenue très émaciée, M. M. NATIER déduit, de ces premières investigations, que trois conditions semblent, en apparence, favorables à la prolongation de l'existence : la maigreur, la sobriété et une activité continue.

Il importe de remarquer tout de suite que la maigreur est et ne peut être qu'une conséquence des deux autres conditions, car, si la maigreur était considérée comme un facteur primaire de la longévité, elle deviendrait exclusive et peu importerait que l'on soit sobre et actif pourvu qu'on reste maigre. Divers auteurs, parmi lesquels on range HUFELAND et aussi, je crois, M. LEGRAND, ne sont pas très éloignés de cette conception parce qu'il leur paraît que la longévité a tendance à être héréditaire et de préférence dans les familles où la maigreur se montre, en quelque sorte, constitutionnelle. Jusqu'à présent toutefois, on n'a pas pu établir les preuves certaines de cette hérédité. Admettre que les hommes devraient vivre beaucoup plus vieux parce que certains arrivent à un âge qui dépasse sensiblement la moyenne, est l'apanage d'une philosophie optimiste, mais sans base positive. Presque toujours, la longévité est sporadique, accidentelle et déterminée par l'action simultanée de causes très diverses, dont, pour cette raison, l'accord est très rare et c'est justement à démêler et à apprécier ces causes que s'occupent les gérontologues et en particulier, M. M. NATIER.

De l'influence de la sobriété, il n'y a pas grand' chose à dire car elle est évidente. Et pourtant, elle non plus n'est pas exclusive, à preuve cette Pierrette, sœur de BRILLAT-SAVARIN, grosse mangeuse et gourmande émérite, qui mourut à quatre-vingt-dix-neuf ans et dix mois au sortir d'un copieux déjeuner. Néanmoins, ces exceptions n'enlèvent point son importance réelle à la sobriété. En effet, l'une des causes les plus certaines du vieillissement précoce est le surmenage digestif, qui agit, non seulement sur le tractus gastro-hépato-intestinal, mais aussi, par les substances mal élaborées, sur l'appareil cardio-vasculaire et rénal et sur le système nerveux. Tout en exagérant son importance et surtout en l'interprétant mal, METCHNIKOFF avait nettement entrevu le rôle joué par l'intestin dans la production de la fatigue et, par conséquent, de l'encrassement des organes. A cet égard, la cure de désintoxication de GUELPA, par la purgation et le jeûne prolongé, dont M. M. NATIER est un chaud partisan, paraît capable de rendre les plus grands services tant par la mise au repos de l'appareil digestif que par la destruction des cellules usées et des infiltrations graisseuses et par l'espèce de « rajeunissement tissulaire » qu'elle entraîne.

La question de l'activité continue demande à être examinée de près. Nous savons que l'encrassement, ou, en d'autres termes, la vieillesse d'un organe est en rapport avec la durée et l'intensité de son fonctionnement et que la déficience consécutive de cet organe peut entraîner, par les vicariances qui sont forcées de s'établir, la vieillesse précoce de l'organisme tout entier. Mais, d'autre part, un organe qui fonctionne insuffisamment dégénère et s'atrophie ; cessant de remplir la tâche qui lui est physiologiquement dévolue, encombrant l'économie d'éléments inutiles, il produit, en fin de compte, presque le même résultat que s'il était surmené et épuisé. Sans entrer dans des détails qui allongeraient cet article, on comprend donc ce qu'il faut entendre par activité continue : une activité modérée et régulière de toutes les fonctions, de telle sorte que soient maintenus, aussi longtemps que possible, l'équilibre synergique et la coordination organique, condition nécessaire de la santé et, par suite, de la survie. Voilà pourquoi il est exceptionnel que les hommes politiques, les agioteurs, les grands savants et les artistes, tous les passionnés, vivent très vieux. Seul, l'avare fait parfois exception, parce qu'il vit détaché des impressions extérieures, sobre et physiquement peu occupé. Au contraire, la plupart des personnes qui parviennent à un âge très avancé, ont eu une existence à la fois modeste et tranquille, de préférence campagnarde et, tout en ayant pu payer leur tribut à la maladie, ont du moins évité les grands chocs émotifs, car on vieillit bien plus vite par l'appareil médullo-sympathique que par les muscles ou le cerveau.

Ces considérations générales, si brèves qu'elles soient, suffisent à expliquer et à justifier les conclusione préliminaires auxquelles est arrivé M. M. NATIER. Elles sont du reste en accord, quoique certainement plus précises, avec celles qu'avaient déjà formulées les gérontologues. Il faut souhaiter que l'enquête heureusement commencée se poursuive et s'enrichisse et que M. M. NATIER réussisse à en tirer des indications pratiquement applicables à la prolongation de la vie humaine.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 MAI 1922)

Sur la fixation directe des graisses par les glandes sébacées. — M. A. POLICARD et Mlle Juliana TRITCHKOVITCH.

Le réflexe linguo-maxillaire (ultimum reflex). — MM. Henri CARDOT et Henri LAUGIER. Quand on pince d'une façon énergique et rapide le bord de la langue du chien, dans la région de la pointe, on obtient un abaissement brusque de la mâchoire inférieure, le mouvement est généralement très net et très ample; il s'observe avec une particulière facilité

sur le chien morphiné et peut être recherché également par l'excitation électrique.

Ce réflexe présente un intérêt spécial : il disparaît, en effet, dans l'anesthésie plus tard que les réflexes patellaires, oculo-palpébral et même que le réflexe labio-mentonnier de Dastre. Sa disparition indique donc une intoxication plus profonde par l'anesthésique que celle qui correspond à la disparition des autres réflexes.

Action préventive, dans la syphilis, du dérivé acétylé de l'acide oxyaminophénylarsinique (sel de soude). — MM. L. Fournier, C. Levaditi, A. Navarro-Martin et A. Schwartz poursuivant leurs expériences (1) montrent que le 190 administré « per os », 2 heures, 5 heures, 6 heures, 12 heures, 24 heures, 2 jours et même 7 jours après l'infection spirochetienne, agit préventivement sur l'animal (dose minima essayée : 0gr1 par kilogramme).

Son efficacité prophylactique apparaît également chez le lapin soumis à la contamination par simple contact sexuel.

Les essais sur l'homme confirment ces données expérimentales. Ils prouvent que, à la dose de 2 grammes administrée 5 heures après une infection massive, de 190, pris par la bouche met à l'abri de la contamination.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 30 mai 1922)

Le privilège des bouilleurs de cru. — M. Thibierge fait un rapport dans lequel il rappelle que l'Académie a déjà été saisie de cette question et qu'estimant que le privilège des bouilleurs de cru est une des principales causes de l'alcoolisme, elle a conclu à l'abolition de ce privilège. Cette abolition complète et définitive n'a pu jusqu'ici être obtenue du Parlement. Dans ce rapport, M. Thibierge conclut de nouveau que cette abolition complète et définitive du privilège des bouilleurs de cru s'impose plus que jamais.

Cette conclusion mise aux voix, est adoptée.

La lithiase biliaire au point de vue chirurgical. — M. Pierre Bazy.

Abcès fibreux du foie. — M. Legry rapporte une observation d'abcès fibreux multiples du foie, où les lésions étaient différentes de celles qui ont été signalées par Kelsch et Kiener. Ces auteurs ont décrit, sous le nom d'abcès fibreux, soit de véritables petites collections avec paroi scléreuse, soit des nodules plus denses se présentant comme des foyers opaques dont la trame fibreuse, infiltrée de leucocytes, se liquéfie au centre. Les productions trouvées par M. Legry étaient constituées par des nodules de consistance uniformément dure, que l'examen histologique a montré totalement formées de tissu scléreux. A côté de ces stigmates cicatriciels d'altérations inflammatoires, définitivement éteintes et correspondant à une poussée d'hépatite ancienne, contemporaine, d'une atteinte dysentérique, un grand abcès phlegmoneux s'était développé, témoignant du réveil tardif d'un ou de plusieurs foyers amibiens.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la section des associés libres en remplacement de M. Galippe.

La liste de présentation portait en première ligne : M. Desnos ; en deuxième ligne et par ordre alphabétique : MM. Castex, Kuss, Marchoux, Trillat et Verneau.

Au premier tour, le nombre des votants étant de 88, majorité 45 ; M. Desnos obtient 28 suffrages, M. Castex, 27 ; M. Marchoux, 26 ; M. Verneau, 7.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, il est procédé à un second tour : votants 89, majorité 45.

M. Desnos obtient 36 suffrages, M. Marchoux 30, M. Castex 22, M. Kuss 1.

Enfin au troisième tour, M. Desnos obtient 47 suffrages, M. Marchoux 36, M. Castex 4 et M. Kuss 1.

En conséquence, M. Desnos est proclamé élu.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 28, p. 442.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 26 mai 1922)

Les temps de saignement chez les hépatiques. — MM. P. Emile-Weil, Bocage et Isch-Wall, après avoir étudié les temps de saignement dans les états hémorragipares ont repris l'étude de ce symptôme dans les maladies du foie, où les hémorragies se voient avec la fréquence et l'importance que l'on sait.

Ils ont constaté que les temps de saignement, normalement fixes et courts (3 minutes) aux divers examens journaliers ou horaires, présentent chez les hépatiques des prolongations et des variations notables dans ces conditions.

Ces modifications sont constantes et de moyenne intensité dans les ictères toxiques ou infectieux, dans l'ictère lithiasique. Elles sont constantes et très marquées dans les gros foies des pléthoriques, des petits hépatiques, enfin dans les foies cardiaques asystoliques.

Prolongations et variations de saignement sont moins constantes et parfois moins fortes dans les cirrhoses confirmées du foie, avec atrophie ou hypertrophie avec ou sans ictère, que l'évolution de la cirrhose soit ou non rapide.

Dans un cas de kyste hydatique, deux cas de néoplasie hépatique, deux cas de maladie de Vaquez, les temps de saignement furent aussi variables et excessifs.

Les médicaments agissent sur les temps de saignement, pour les régulariser dans les asystolies (digitale) par dégonflement du foie et diurèse, dans certaines syphilis hépatiques (mercuriaux et arsenicaux) bien tolérés. Par contre, les arsenobenzènes, mal supportés, augmentent nettement les temps d'hémorragies.

Le signe que nous décrivons est un signe précoce et très sensible d'insuffisance hépatique. Il coexiste constamment avec l'hypercholémie sérique et l'urobilinurie, presque constamment avec la cholalurie et la leuconénie digestive. Il se montre plus marqué dans les états hémorragiques hépatiques, mais peut être souvent également fort dans les maladies du foie sans hémorragies. Toujours il est plus important chez la femme.

M. Noël Fiessinger a étudié dès 1912 le temps de saignement au cours de certains ictères et pour lui la prolongation du temps de saignement ne correspond pas à tous les cas.

Sur quelques cas de réactions splénopneumoniques très étendues au cours de la tuberculose pulmonaire infantile. — MM. A. Delille, Isaac Georges et Ducroquet rapportent trois observations de splénopneumonie chez lesquels la radiographie a montré une obscurité totale de l'hémithorax correspondant. Ces formes de fréquence relative sont intéressantes en ce qu'au moins à leur début, elles sont indépendantes de tout processus pleural. En effet chez les trois enfants le pneumothorax artificiel a pu être fait avec décollement complet du poumon. Il s'agit donc de densifications massives du poumon, réaction particulière au cours de la tuberculose infantile.

Importance du métabolisme basal et de l'épreuve de l'hyperglycémie pour le diagnostic de la maladie de Basedow. — MM. M. Labbé, Stévenin et Nepveu ont constaté, d'accord avec les Américains que dans la maladie de Basedow, le métabolisme basal est fortement augmenté et l'épreuve d'hyperglycémie provoquée est toujours positive. Se servant de ces faits physiologiques ils distinguent 5 catégories d'états d'hyperthyroïdie : 1° les Basedowiens typiques ou frustes; 2° les goîtreux simples; 3° les sujets ayant une exophtalmie unilatérale sans hyperthyroïdie; 4° les sujets atteints de goître toxique simple en apparence mais avec développement récent du corps thyroïde, amaigrissement, agitation, exagération du métabolisme basal et hyperglycémie alimentaire positive; 5° les goîtreux avec sympathicotonie.

Les auteurs distinguent encore une association de deux syndromes : sympathicotonique et thyrotoxique, et l'existence d'une thyréo-tuberculose ou tuberculose pulmonaire associée à l'hyperthyroïdie.

Anaphylaxie mercurielle. — MM. Gougerot et Blamoutier présentent un cas d'anaphylaxie mercurielle. Un malade qui pendant des années avait toléré le mercure, est atteint,

lorsque après un arrêt de sept ans, il recommence une cure mercurielle faible (sirop de Gibert), d'une érythrodermie généralisée intense. Il a suffit d'une seule cuillerée à soupe du sirop de Gibert pendant douze jours. Les troubles hépatiques étaient démontrés par la clinique et par l'épreuve de l'hémoclasie de Widal. L'intolérance se révélait pour tous les mercuriaux.

Ces auteurs résument une observation semblable où la désensibilisation fut obtenue par de petites doses de calomel. L'intolérant, érythrodermique lui aussi, put supporter à nouveau le mercure. Ils rapportent à des phénomènes d'anaphylaxie d'autres accidents mercuriels : œdèmes cutanés ou muqueux locaux (dermite artificielle) par des applications externes de mercure; certaines diarrhées mercurielles, réactions locales aux injections mercurielles; il en cite des exemples avec la preuve de la désensibilisation.

Deux cas de morve aiguë chez l'homme. — MM. Couréménos et Kéchissoglou (de Constantinople) rapportent deux cas de morve aiguë mortels dont l'un chez un chirurgien qui contracta la maladie en ouvrant un abcès morveux chez le premier malade.

Les dangers des laits condensés surchauffés à 120 degrés dans l'alimentation des nourrissons. Les avantages des laits condensés sucrés, évaporés à 60 degrés. — M. Variot.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 24 mai 1922)

M. le Président prononce l'éloge de M. Robert, ancien Inspecteur général, qui vient de mourir.

Du raccourcissement du pied après les amputations partielles. — M. Quénu a fait une série de recherches, sur le cadavre, afin d'arriver à mesurer les raccourcissements du pied après les opérations de Chopart, de Pyrogoff, sous-astragaliennes, de Ricard et de Syme. Il fallait, tout d'abord, étudier la hauteur normale du pied, ce qui n'a pas été fait jusqu'ici. La hauteur du pied est variable Les chiffres relevés par M. Quénu sont les suivants : 7 centimètres et demi, 8 centimètres, 8cm9, 9 centimètres, 9cm3, 10cm2. Ces chiffres ont été obtenus, par un procédé spécial de mesure qu'indique M. Quénu, sur vingt-cinq sujets. Ils ont été confirmés par des radiographies.

M. Quénu s'est ensuite appliqué à chercher le rapport qui existe entre la taille du pied et la taille du sujet. Ce rapport semble assez constant ; il ne varie qu'entre 0,46 et 0,49, ce qui représente à peu près 5 centimètres par mètre.

Ces données étant établies, il restait à mesurer les divers raccourcissements du pied, correspondants aux diverses amputations partielles : après le Chopart, le raccourcissement est d'un demi-centimètre. Après le Ricard, de 2 centimètres à 2cm2. Après le Pyrogoff, de 2cm3 ; après le Syme, de 5cm5 à 7 centimètres. Étant connue la hauteur du pied normal, on pourra donc prévoir, à peu de chose près, quel sera le raccourcissement après telle ou telle opération.

Ostéite syphilitique. — M. Mouchet fait un rapport sur une observation de M. Tillier (d'Alger). Il s'agit d'une jeune fille qui portait une tumeur du pied gauche. Elle présentait, en outre, des stigmates de syphilis osseuse héréditaire, au tibia d'un côté, à l'humérus de l'autre côté. Traitement antisyphilitique, amélioration.

Luxation pathologique de la tête fémorale consécutive à une longue suppuration de la fesse. — M. Mouchet fait un second rapport sur une observation de M. Plisson. Il s'agit d'un soldat qui a fait trois ans de service, pendant la guerre, sans jamais avoir été malade. En 1918, il reçoit un éclat d'obus dans la région inguinale droite. On enlève le projectile par une ouverture faite dans la fesse. Il n'y avait, à ce moment, aucune lésion osseuse.

La plaie suppura pendant neuf mois, puis on constate, alors, une luxation de la tête fémorale dans la fosse iliaque, luxation spontanée, pathologique, dont il est difficile de fixer la pathogénie.

MM. Mocquot et Auvray ont observé des cas analogues.

La staphylorraphie. — M. Ombrédanne fait connaître les perfectionnements qu'il a apportés a l'urano-staphylorraphie. Il a opéré plusieurs enfants âgés de trois ou quatre jours. La résistance de l'enfant nouveau-né est, paraît-il, très forte. C'est au procédé de Lane qu'il a eu recours. Il espérait ainsi diminuer la mortinatalité, si fréquente, des enfants atteints de division congénitale du palais. Sur les survivants, les résultats ont été très médiocres, mauvaise dentition, rétraction du voile refait, etc., si bien que M. Ombrédanne a renoncé à opérer les enfants, dans les premiers jours de leur naissance.

M. Ombrédanne estime que l'acte opératoire doit être rapide. Il a recours à l'éclairage frontal. Il emploie, pour les sutures, de fins crins de Florence.

Les infections secondaires, pour lui, viennent, non du rhino-pharynx, mais des amygdales. Aussi conseille-t-il, avant l'opération, d'enlever les amygdales enchatonnées.

Comment éviter la rétraction secondaire du voile reconstitué? Le procédé indiqué par M. Veau n'a pas séduit M. Ombrédanne. Il indique les divers perfectionnements qu'il a mis en œuvre dans l'urano-staphylorraphie.

M. Potherat s'excuse d'abord de prendre la parole sur une question qui est aujourd'hui du domaine de la spécialité. Mais il a été l'élève de Trélat, il a été témoin des succès obtenus par lui dans l'opération de la staphylorraphie, et il regrette que M. Veau ne lui ait pas rendu la justice qui lui est due. Pour M. Potherat, il n'y a rien à ajouter, ni à retrancher au procédé de Trélat.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 27 mai 1922)

Le titrage des acides organiques dans l'urine. — MM. R. Goiffon et F. Nepveux. Il est possible, comme van Slyke et Palmer l'ont montré de doser les acides organiques des urines par une mesure volumétrique très simple, dérivant de la théorie des indicateurs de concentration en ions hydrogène.

MM. Goiffon et Nepveux l'ont employée et vérifiée, et insistent sur son intérêt pour la mesure de l'acidose dans les urines.

Sur les délais d'apparition et d'évolution des réactions de la peau et des muqueuses, de la bouche et du pharynx, provoquées par les rayons X. — M. H. Coutard. La radiosensibilité de beaucoup d'épithéliomas est égale ou à peine supérieure à celle des épithéliums de revêtement normaux.

Aussi, au cours de leur traitement, est-on fréquemment obligé de produire des lésions superficielles et passagères, d'une part des muqueuses, d'autre part de la peau.

Ces lésions ne sont pas simultanées. Les premières en date sont les lésions des muqueuses qui durent dix à quinze jours; après leur disparition apparaissent les lésions cutanées dont la durée est de quinze à vingt jours.

La connaissance du moment d'apparition de ces lésions et du délai de leur évolution, est un des facteurs nécessaires à la détermination chronologique du traitement.

Bases adrénaliques, hyperglycémie et glycosurie. — MM. H. Bierry, F. Rathery et Mlle L. Levina, expérimentant avec divers sels d'adrénalines naturelles et synthétiques, montrent l'inconstance de la glycosurie, contrairement aux résultats de Bierry et Gruzewska avec l'adrénaline naturelle lévogyre préparée par Gabriel Bertrand.

Ils notent l'importance des fortes hyperglycémies pouvant atteindre 3gr80 de sucre libre par litre de plasma sans qu'on puisse déceler le passage de glucose dans les urines.

Variations du sucre protéidique après injection d'adrénaline. — MM. H. Bierry, F. Rathery et Mlle L. Levina ont étudié les variations du sucre protéidique dans le plasma artériel à la suite d'injection d'adrénalines synthétiques et naturelles. L'examen comparé, dans seize expériences, des variations concomitantes du sucre libre et du sucre protéidique a montré que celles-ci ont lieu en sens inverse. La diminution du sucre protéidique observée (surtout quand la

glycosurie fait défaut) au début de l'action de l'adrénaline, coïncide avec la teneur maxima du plasma en sucre libre. L'élévation du sucre protéidique se fait lentement et se manifeste encore soixante-douze heures après.

L'isoadrénaline droite n'a donné aucune variation du sucre libre et d'un sucre protéidique contrairement à l'isoadrénaline gauche.

Influence de l'acidité initiale et de la concentration sur la marche de la fermentation lactique. — MM. E. BACHRACH et H. CARDOT. Après avoir précisé les conditions d'acidité initiale optima pour la fermentation lactique, les auteurs ont étudié la relation existant entre la quantité d'acide lactique formée en vingt-quatre heures et la concentration du milieu en peptone ; la courbe représentant leurs résultats se confond avec un arc d'hyperbole.

A propos de l'anastomose veineuse surrénalo-jugulaire. — MM. A. TOURNADE et M. CHABROL, pour répondre à une objection de M. Hallion, ont refait leur expérience d'anastomose veineux surrénalo-jugulaire en choisissant cette fois comme transfusé, un chien plus lourd (11 kilog.) que le donneur (7 kilogr.). L'excitation, chez le donneur, du splanchnique droit attenant à la glande dont le sang veineux était dérivé, a donné, chez les deux animaux, son hypertension habituelle.

L'expérience a été refaite, les mêmes sujets étant solidarisés par une anastomose veineuse — non plus surrénalo-jugulaire — mais surrénalo-fémorale. Les résultats de l'excitation splanchnique ont été les mêmes qu'auparavant. Le sang capsulaire manifeste donc ses propriétés spécifiques quelque soit le point du système veineux (cave inférieur ou supérieur) où il est déversé. Il n'importe au résultat final qu'il se mélange d'emblée ou plus tardivement avec le sang veineux sus-hépatique.

Eloge du professeur Ranvier. — M. NAGEOTTE lit un éloge du professeur Ranvier qui appartenait à la Société de biologie depuis 1865.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 5 MAI 1922)

Mastoïdectomie. — M. BOURGUET fait ressortir que dans toute mastoïdite il ne faut pas faire une mastoïdotomie, c'est-à-dire de se contenter d'ouvrir l'antre et quelques cellules mastoïdiennes, mais qu'il faut ouvrir l'antre et toutes les cellules, si on ne veut pas être exposé à avoir une fistule rétro-auriculaire due à une opération incomplète. Des cellules très éloignées de l'antre peuvent être très malades, alors que les cellules les plus rapprochées de cette cavité peuvent paraître saines. S'arrêter à ce groupe, comme on serait tenté de le faire, ce serait faire une opération défectueuse.

Occlusion intestinale par diverticule de Moeckel. — M. Henri BLANC, à propos de l'observation rapportée par M. Henri Dourriez, rappelle qu'il existe trois modes pathogéniques de ces accidents d'occlusion : 1° le diverticule commence par s'invaginer et entraîne secondairement l'invagination de l'intestin ; 2° Le diverticule détermine l'invagination intestinale comme un corps étranger appendu à la paroi, sans qu'il y ait invagination diverticulaire ; 3° le diverticule, retourné en doigt de gant, vient obstruer la lumière intestinale, sans entraîner la paroi intestinale.

Néphrectomie pour volumineux calcul rénal. — M. ZISLIN présente un volumineux calcul coralliforme mesurant 10 centimètres dans le sens vertical et 7 centimètres dans le sens transversal, hérissé de multiples prolongements, et n'ayant donné lieu qu'à de vagues symptômes, mais à une pyurie intermittente depuis huit ans. Pas d'hématurie, pas de cylindres, ni hématies.

Le rein étant profondément altéré, fut enlevé. Les suites opératoires furent très bénignes.

Cinq cas récents de corps étrangers de l'œsophage enlevés sous œsophagoscopie. — M. GUISEZ. Trois os, une arête et un dentier. Tous ces malades ont guéri sans complications.

Fracture de l'extrémité supérieure du premier métacarpien. Impotence fonctionnelle du pouce. Résection. Guérison. — M. VILLANDRE. Il s'agit d'une fracture articulaire en Y avec luxation en dehors du métacarpien sur le trapèze. La radiographie montre un éclatement de la tête du métacarpien avec luxation en dehors. Le traitement par immobilisation puis par massage et mobilisation étant insuffisant, l'auteur a pratiqué la résection de l'extrémité supérieure du premier métacarpien. Le résultat fonctionnel a été excellent.

Anévrisme cirsoïde de l'avant-bras et de la main gauche. — M. DARTIGUES rapporte le cas d'une femme de cinquante-trois ans atteinte d'anévrisme cirsoïde de l'avant-bras et de la main gauches présentant toute la symptomatologie classique ; il y avait en plus des troubles trophiques et des phénomènes de gangrène de l'extrémité du médius déterminant des douleurs intolérables. Dartigues put mener à bien la dissection difficile et compliquée de cet anévrisme à la paume, au dos de la main et à l'avant-bras. Malheureusement, la mort, probablement par embolie, survint à la fin de l'opération.

REVUE DES THÈSES

L'Opothérapie splénique dans le traitement de la tuberculose (1), par le docteur Lucien RAGAIN.

L'auteur expose les résultats obtenus dans le service du professeur Rémond par la méthode de Bayle (de Cannes) [communication présentée en 1909 à l'Académie de médecine par M. le professeur Robin].

En feuilletant ces observations, on est frappé de l'augmentation énorme des globules rouges qui passent dans un cas de 1.395.000 à 3.379.000, dans un autre de 1.108.000 à 4.557.000 et qui n'accusent dans aucun cas une augmentation inférieure à 50 p. 100. L'augmentation du nombre des globules blancs et le relèvement du taux de l'hémoglobine sont non moins remarquables.

Le bacille de Koch a disparu dans 2/3 des cas ; dans les autres il s'est raréfié et est devenu granuleux. « Dès les premières injections, dit le docteur Ragain, l'état général du malade s'améliore, l'appétit reparaît et il en résulte une augmentation de poids très appréciable. La toux, si déprimante, est calmée, les sueurs taries ou diminuées, l'expectoration favorablement modifiée... La température est nettement influencée au bout de trois semaines de traitement. »
et il conclut :

« Il résulte de nos observations que l'opothérapie splénique donne d'excellents résultats dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. » L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 7 juin. — Jury : MM. Letulle, président; Legueu, Heitz-Boyer et Lardennois. — M. BRUNON (Roger). Rapport entre l'appendicite et la tuberculose pulmonaire. — M. BENEZRA. Expulsion et extraction des calculs urétéraux par les voies naturelles.

Jeudi 8 juin. — Jury : MM. Lejars, président; Bezançon, Sergent et Claude. — M. ADATTO (J.). Contribution à l'étude de la tuberculose. — M. HUTINEL (Jean). Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la dilatation des bronches. — M. MERCIER (Jacques). Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose et syphilis héréditaire. — M. BERNADOU (Hugues). La psychomotricité pathologique.

(1) *Th. de Toulouse*, mars 1922.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Epreuve de sélection.* — Les deux sections du jury sont ainsi constituées : 1re série, MM. Ockinczyc, Le Mée et Ameuille; 2e série, MM. Abrami, Darré et Deniker.

Questions données. — *Première série.* — 1° Enumérer les muscles qui s'insèrent à l'os hyoïde et indiquer leur innervation;

2° Description de la paroi interne osseuse de la caisse du tympan;

3° Indiquer les artères qui concourent à la constitution du réseau artériel du coude.

Deuxième série. — 1° Projection sur la paroi thoracique des scissures interlobaires du poumon droit;

2° Description macroscopique de la portion bulbaire du plancher du IVe ventricule, sans les rapports;

3° Configuration extérieure de l'urètre prostatique.

— Internat en pharmacie. — Le concours vient de se terminer par les admissions suivantes : M. Robert, Mlle Hardy, M. Guillet, Mlle Calixte, M. Tallé, Mlles Barel, Randoux, MM. Bonnet-Maury, Doucet, Grandière, Mlle Sindou, MM. Vincent, Jouatte, Milliet, Lauxerroix, Legoy, Deviller, Mercier, Cornet, Mlle Trabarel, MM. Augier, Tabart, Bourdillat, Mlle Herissé, MM. Tauchard, Valette, Rochereau, Dupraz, Caillault, Berthier, Souclier, Bouillat, Lélégard, Mlle Ravet, MM. Borin, Jolivet, Mlles Lauvray, Longueville, MM. Hubert, Thévenin, Vacheret, Guillemot, Auger, Bourillet, Coquoin, Rabouan, Colas, Coste, Bréant, Boyeldieu, Mlle Pépradon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours du prosectorat. — *Epreuve orale d'anatomie.* — MM. Richard, 18; Sénèque, 17; Michon et Ducastaing, 16.

Epreuve de physiologie. — M. Hertz, 30.

PALMES ACADÉMIQUES. — Sont nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le Dr Houzel (de Paris).

Officier d'Académie. — M. le Dr Eloi (de Phalempin).

ESPAGNE. — Nous apprenons avec plaisir que le sympathique doyen de la Faculté de médecine de Barcelone, le Dr Martinez Vargas, vient d'être nommé sénateur.

Les questions d'hygiène sociale et infantile trouveront en lui un défenseur éclairé.

MUSÉE SOCIAL (5, rue Las Cases, 5). — Le samedi 10 juin 1922, à 5 h. de l'après-midi M. le Dr Bayet, professeur à l'Université de Bruxelles, membre de l'Académie de médecine de Belgique, fera une conférence sur « La syphilis et l'organisation de la lutte anti-syphilitique en Belgique ». M. Paul Strauss, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, présidera la conférence.

LES NOTIONS RÉCENTES DE CLINIQUE PRATIQUE ET D'APPLICATION DES MÉTHODES DE LABORATOIRE COURANTES AU DIAGNOSTIC. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. (Professeur : M. A. Gilbert; professeur agrégé : M. Maurice Villaret.) — *Cours de vacances, de revision et de perfectionnement.* — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le samedi 1er juillet 1922, à 9 heures, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. le prof. agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Herscher et Chabrol, médecins des hôpitaux; Lippmann, Jomier et Brin, anciens chefs de clinique; Saint-Girons et Dufourmentel, chefs de clinique; Coury, chef de clinique adjoint; Paul Descomps, Henri Bénard, Dumont et Deval, chefs de laboratoire; Lagarenne, chef du laboratoire radiologique central et de la clinique médicale; Dausset, Durey, Gérard, chefs et assistants du laboratoire des agents physiques; et Comandon.

Il comprendra 33 leçons. Il aura lieu trois fois par jour, le matin à 9 heures, l'après-midi à 14 h. 30 et à 16 h. 30, les leçons du matin étant terminées suffisamment à temps pour

permettre la visite de la plupart des services hospitaliers de Paris.

Des sommaires détaillés, résumant chaque leçon, seront distribués individuellement aux élèves.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — STATION THERMALE DE SAINT-NECTAIRE. SERVICES AUTOMOBILES P.-L.-M. AU DÉPART D'ISSOIRE ET DE CLERMONT-FERRAND. — Les services automobiles que la Compagnie P.-L.-M. organise, pendant la saison, pour la desserte de la station thermale de Saint-Nectaire fonctionneront, jusqu'au 25 septembre, en correspondance directe avec les trains de et pour Paris.

Ils comporteront un voyage aller et retour, chaque jour, entre : Clermont-Ferrand et Saint-Nectaire, d'une part (correspondance à Clermont avec les trains de jour); Issoire, Saint-Nectaire, Murols, Besse et le Lac Pavin, d'autre part (correspondance à Issoire avec les trains de nuit : couchettes, 1re, 2e et 3e classes, à partir du 1er juin).

Toutefois, le service d'Issoire à Saint-Nectaire ne sera prolongé sur Murols, Besse et le Lac Pavin qu'à partir du 1er juin prochain.

Des billets directs (chemin de fer et auto-cars) permettant également l'enregistrement direct des bagages seront délivrés aux gares de Paris P.-L.-M., Lyon-Perrache, Marseille-Saint-Charles, Nîmes, Saint-Etienne et Vichy pour Saint-taire, Murols et Besse.

JURISPRUDENCE ET LEGISLATION

PROPAGANDE ANTICONCEPTIONNELLE

LOI DU 31 JUILLET 1920

Le Parquet du Procureur de la République de Nantes avait poursuivi un M. P... pour avoir, à Nantes, en novembre 1920, dans un but de propagande anticonceptionnelle, vendu ou mis en vente des instruments ou objets quelconques, en tant qu'ils étaient destinés à empêcher la conception, délit qui était prévu et puni par les articles 1er, 2 et 3 de la loi du 31 juillet 1920. Mais le tribunal de Nantes, dans son jugement du 2 décembre 1920 (*La Loi*, 3 février 1922), l'a renvoyé des fins de la poursuite, dans les termes suivants :

« Attendu qu'il est constant et reconnu par le prévenu que le 2 novembre 1920, le commissaire de la police, chef de la sûreté, a saisi dans la vitrine de son magasin, sis à Nantes, passage Pommeraye, où ils étaient exposés, un préservatif pour femme et une poire à injection dite : poire de Mevel;

Attendu que le Ministère public, s'appuyant sur les termes du rapport d'experts, déclare ne retenir comme ayant un caractère nettement anticonceptionnel que le préservatif pour femme, dit pessaire; qu'il résulte en effet du rapport des médecins experts que le pessaire est un appareil dont la destination est uniquement la prophylaxie anticonceptionnelle;

Attendu qu'il y a lieu pour le tribunal de rechercher si P..., en exposant dans sa vitrine l'objet ci-dessus spécifié a commis le délit prévu et réprimé par les articles 1er, 2 et 3 de la loi du 31 juillet 1920;

Attendu que l'article 3 est ainsi conçu : « sera puni d'un emprisonnement d'un mois à six mois de prison et d'une amende de 100 à 5.000 fr., quiconque, dans un but de propagande anticonceptionnelle, aura, par un des moyens spécifiés aux articles 1 et 2, décrit ou divulgué ou offert de révéler des procédés propres à prévenir la grossesse ou encore facilité l'usage de ces procédés;

Attendu qu'il résulte tant des termes de cet article que des travaux préparatoires que le législateur, en édictant la loi du 31 juillet 1920, a eu pour but de réprimer, non pas la vente des objets anticonceptionnels, mais la *propagande anticonceptionnelle;* que les expressions « quiconque aura dans un but de propagande anticonceptionnelle... » ne laissent aucun doute à cet égard, que le but poursuivi est, par suite, un des éléments essentiels du délit; qu'il est donc nécessaire d'établir à la charge du prévenu qu'il a agi dans un but de propagande anticonceptionnelle;

Attendu que le Ministère public voit dans le fait de l'exposition et de la mise en vente, un acte de propagande établissant nettement le but poursuivi par le prévenu, et de nature à justifier la prévention;

Mais attendu qu'aucune loi n'a, à l'heure actuelle, interdit la fabrication, la vente ou même l'exposition d'instruments ou d'objets anticonceptionnels; que l'exposition ou la mise en vente reprochée au prévenu, n'est par elle-même que l'un des moyens énumérés à l'article 2 pour perpétrer le délit; que ces moyens ne constituent pas à eux seuls le délit; qu'ils n'en sont qu'un des éléments; qu'il y a lieu en outre d'établir que ces moyens ont été mis en œuvre dans un but de propagande anticonceptionnelle;

Attendu qu'en dehors de la mise en vente, il n'est pas révélé contre le prévenu aucun acte, aucune manœuvre, aucun propos, aucune annonce ou prospectus pouvant permettre d'affirmer qu'en exposant les objets saisis, P... agissait dans le but de faire de la propagande anticonceptionnelle; que la preuve du but délictueux poursuivi par le prévenu n'est donc pas rapportée; que par suite un élément essentiel du délit faisant défaut, la prévention manque de base légale.

Par ces motifs,

Acquitte P... »

Les circonstances de faits indiquées dans le jugement permettent de se rendre compte que, dans l'espèce soumise au tribunal, il n'y avait pas délit au sens de la loi du 31 juillet 1920.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE PRATIQUE

ASTHÉNIE GRIPPALE

Pour relever la tension artérielle, XX à LX gouttes de la solution d'adrénaline au millième.

Comme médication stimulante, VIII à X gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas, ou mieux injection tous les jours de 1 ou 2 centimètres cubes de Vanadarsine injectable. Après une vingtaine d'injections, laisser reposer le malade une à deux semaines, puis renouveler le traitement s'il est nécessaire.

LIVRES NOUVEAUX

Syndrome cérébelleux et syndrome vestibulaire. Essai de schématisation (1), par J. LÉVY-VALENSI, médecin des hôpitaux de Paris.

Les deux syndromes qu'étudie M. Lévy-Valensi sont imparfaitement connus de ceux que n'intéressent pas spécialement les études neurologiques, otologiques ou ophtalmologiques.

Sous une forme schématique, M. Lévy-Valensi est arrivé à exposer d'une façon claire des notions un peu arides, son effort sera apprécié par les praticiens non spécialisés et par les étudiants, c'est-à-dire par la majorité du public médical.

L. G.

(1) In-8. — Prix : 5 fr. — Paris, F. Alcan.

PSYCHO-PHYSIOLOGIE DE L'AVIATEUR

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE DES TEMPS DE RÉACTIONS PSYCHO-MOTRICES

Par MM. P. BÉHAGUE,
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine,

et J. BEYNE,
Médecin-major de 1re classe, Direction de l'Aéronautique militaire.

La mesure des temps de réactions psycho-motrices a été proposée comme critère de sélection des pilotes aviateurs par Camus et Nepper.

Elle a été employée à cet effet par ces auteurs et par un certain nombre d'autres, en différents pays.

L'utilisation séméiologique du test étant, dans chaque cas, essentiellement fonction de sa comparaison possible avec les valeurs de ces réactions chez des sujets normaux, il importe que soit nettement défini le déterminisme expérimental de ces mesures, en même temps que l'interprétation des résultats et leur mode de comparaison.

Nous n'envisagerons actuellement que les *réactions psycho-motrices simples*, c'est-à-dire ne comportant pas de discrimination.

Il est classique de dénommer « temps de réaction psycho-motrice simple » le temps qui s'écoule entre le moment où est mis en jeu un stimulus sensoriel donné, et le moment où le sujet prévenu, réagit le plus rapidement qu'il lui est possible de le faire; cette réaction étant représentée par un acte moteur volontaire, toujours le même, quelle que soit l'excitation sensorielle.

Mais ce temps de réaction à une excitation de *qualité* fixe n'oscille chez un sujet normal autour d'une valeur déterminée, spécifique de la nature de l'excitant, que si la *quantité* d'excitation est suffisante pour qu'on se trouve assez loin du seuil de l'excitation.

En effet, la loi de Wundt, confirmée par les travaux de H. Piéron, établit que, lorsqu'on part du seuil de la sensation, les temps de réactions psycho-motrices décroissent en fonction de l'augmentation des intensités d'excitations. Ce raccourcissement des temps de réaction, pour un excitant de nature donnée, tend vers une limite.

Ce n'est donc que lorsqu'on atteint cette limite, c'est-à-dire, lorsqu'on emploie des excitations suffisamment éloignées du seuil, qu'on peut parler de durée spécifique des temps de réaction à un mode d'excitation donné.

D'autre part, même pour une excitation sensorielle suffisamment intense et de qualité fixe, ce temps de réaction psycho-motrice est, d'après les théories actuellement admises en psycho-physiologie, susceptible de présenter une autre cause de variation; il différerait, en effet, suivant l'*attitude mentale* du sujet : attitude sensorielle, ou attitude motrice; cette dernière paraissant susceptible de raccourcir le temps de réaction dans des proportions variables avec les excitants. Or, ces attitudes mentales dépendent :

— soit de la consigne donnée au sujet, s'il est intellectuellement assez ouvert pour la comprendre;

— soit de l'*intensité de l'excitation* : les excitations fortes permettant de prendre l'une ou l'autre attitude, mais prédisposant considérablement le sujet à l'attitude motrice; les excitations faibles ne permettant au sujet que l'attitude sensorielle.

L'un de nous (1) a déjà aperçu et déterminé les causes d'erreur qui, dans certains appareillages utilisés pratiquement dans l'examen des aviateurs, étaient susceptibles de fausser la mesure même des temps de réactions. Nous avons, en conséquence, réalisé un appareillage qui tout en demeurant simple et de maniement pratique permet d'effectuer des mesures de réactions psycho-motrices visuelles, auditives et tactiles avec une approximation suffisante pour des examens cliniques.

Cet appareillage détermine :

1° Des excitations suffisamment éloignées du seuil pour obtenir la temps de réaction minima;

2° Des excitations dont la qualité et la quantité demeurent fixes;

3° Des excitations auditives et visuelles relativement intenses;

4° Des excitations tactiles qui, d'une part, sont produites de manière à ne mettre en jeu que la sensibilité cutanée pure, à l'exclusion des sensibilités profondes, et qui, d'autre part, sont assez légères.

De telle sorte que si on se réfère aux théories psycho-physiologiques relatives à l'attitude mentale, nos excitations auditives et visuelles sont assez fortes pour inciter le sujet à l'attitude motrice, tandis que nos excitations cutanées, très légères le placeraient plus volontiers en attitude sensorielle.

*
* *

Dans ces conditions expérimentales, nous avons examiné un assez grand nombre de candidats à l'aviation pour pouvoir, parmi eux, trier un groupe de sujets de dix-huit à vingt-cinq ans paraissant sains, robustes et entièrement normaux à tous points de vue. Sur chacun des cinq cents sujets de ce groupe, dix déterminations au moins ont servi à établir une moyenne arithmétique pour chaque nature d'excitations.

Les durées des réactions psycho-motrices visuelles, auditives et tactiles, chez ces sujets, sont représentées par les courbes de fréquence suivantes, qui ont fait l'objet d'une note présentée à l'Académie des sciences (2). Dans l'établissement de ces courbes, les différentes durées observées s'inscrivent en abcisses, tandis que le nombre des cas correspondant à chaque durée est exprimé par les ordonnées (voir, à la page suivante, les courbes I, II et III).

De ces graphiques, il ressort que chez nos sujets, les temps de réaction se répartissent dans certaines *zones* et, que les zones correspondant aux temps les plus fréquemment observés s'étendent :

Pour les réactions visuelles entre 15 et 19 centièmes de seconde.

Pour les réactions auditives entre 13 et 16 centièmes de seconde.

Pour les réactions tactiles entre 18 et 21 centièmes de seconde.

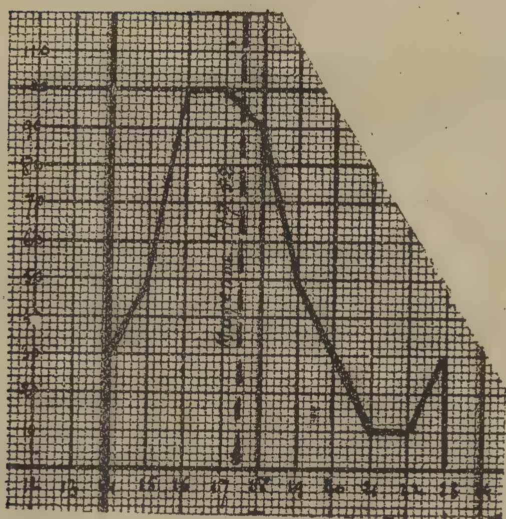
L'un de nous (1) a déjà montré combien ces notions de zone des temps de réaction les plus fréquents

(1) P. Béhague. Conférence devant la *Commission scientifique de l'aéro-club de France*, 27 mai 1921.

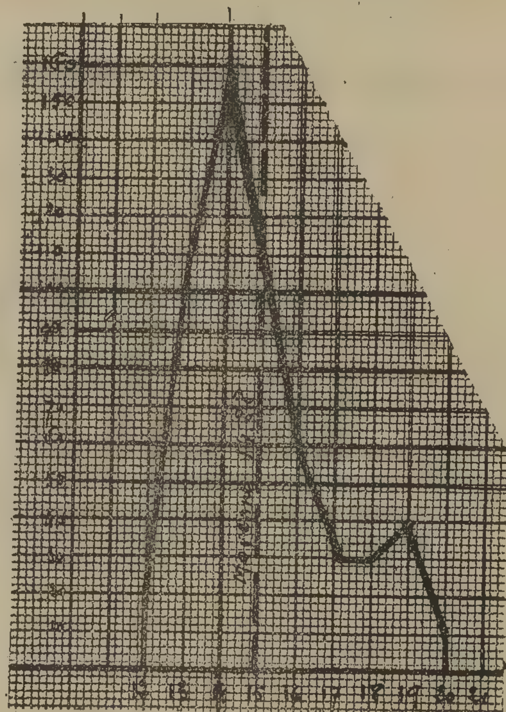
(2) P. Béhague et J. Beyne. Étude des temps de réactions psycho-motrices tactiles chez l'homme normal, *C. R. Acad. des sc.*, 8 mai 1922.

était mieux adaptée à l'utilisation pratique que celle de la moyenne des temps ; nos graphiques montrent précisément que la moyenne arithmétique ne s'inscrit pas nécessairement au centre de la zone des durées les plus fréquentes.

Chez nos sujets, l'indice de régularité des temps



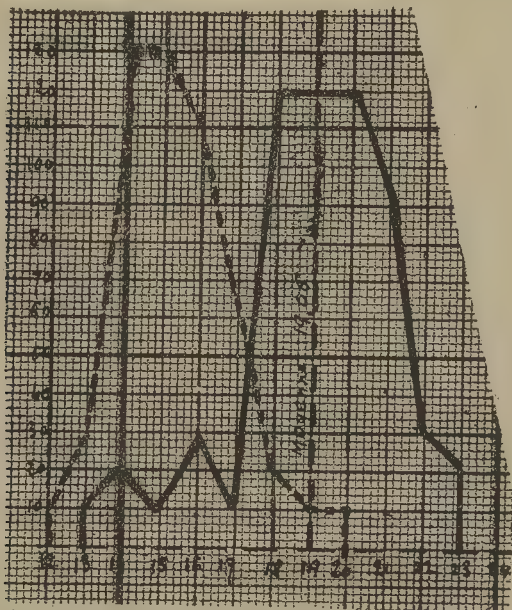
Courbe I. — *Temps de réactions psycho-motrices visuelles.*



Courbe II. — *Temps de réactions psycho-motrices auditives.*

En abcisses : les temps de réaction en centièmes de secondes. En ordonnées : le nombre des sujets dont les temps de réaction correspondent aux durées exprimées en abcisses.

de réaction a été exprimé par l'écart moyen existant entre la valeur absolue de dix réactions et la moyenne de ces valeurs.



Courbe III. — *Temps de réactions psycho-motrices tactiles.*

En abcisses : les temps de réaction en centièmes de secondes. En ordonnées : le nombre de sujets dont les temps de réaction correspondent aux durées exprimées en abcisses. — *Trait plein :* excitations par pinceau. — *Trait interrompu :* excitations par marteau.

Ces écarts moyens sur lesquels le professeur Richet a attiré l'attention oscillent entre les valeurs suivantes exprimées en centièmes de seconde :

	Chiffre minimum	Chiffre maximum	Moyenne
Réactions visuelles	0,42	2,7	1,55
Réactions auditives.....	0,33	2,24	1,25
Réactions tactiles.......	1,7	3,5	2,26

Pour ce qui est des réactions *visuelles et auditives*, nos résultats sont très comparables à ceux qui ont été recueillis par différents auteurs, et dont les valeurs moyennes en centièmes de seconde s'expriment comme suit :

	Réactions visuelles		Réactions auditives	
	Durée moyenne	Ecart moyen	Durée moyenne	Ecart moyen
Camus et Nepper..	19,6		14,7	
Maublanc et Ratié.	19		14,5	
Guillain et Ambard.	17,20		14,15	
Vincent	20,5		14	
H. Pieron	21,9	1,14	17,2	1,72
—	20,7	3,10		
Cattell et Berger..	19,8	1,6		
— —	15,8	1,9		
Saffiotti	17,20	au-dessous de 3	13,15	au-dessous de 3
Wundt...........			13,5	

Pour les réactions tactiles, nous nous trouvons assez loin des chiffres moyens obtenus par :

Camus et Nepper :	15	centièmes de seconde	avec des appareils pratiques.
Maublanc et Ratié :	14	— —	
Guillain et Ambard :	13,14	— —	

Mais nous nous rapprochons singulièrement, au

contraire, des résultats obtenus avec des appareils de laboratoire par :

Piéron	21,9	centièmes de seconde
Kiesow	20,22	— —
Herlitzka	20	— —

Cette différence systématique d'environ 5 à 6 centièmes de seconde, entre les deux groupes de résultats, est d'interprétation difficile.

Résulte-t-elle de ce que le sujet, sollicité par des excitations *fortes*, se met en attitude motrice dans le premier groupe d'expériences, tandis que les excitations *légères* du deuxième lui imposent l'attitude sensorielle? (Et dans cette hypothèse la zone initiale de notre graphique représenterait les sujets qui échappent à cette contrainte.)

Ou bien s'agit-il d'une différence imputable à ce que, dans les expériences du professeur Herlitzka (1) comme dans les nôtres, les excitations ne mettaient certainement en jeu que la *sensibilité cutanée* pure? Et la durée de 20 centièmes de seconde représente-t-elle la moyenne des temps de réactions tactiles vraies?

Cette dernière hypothèse aurait pour elle les données actuelles de la neurologie qui ont établi combien sont distinctes l'une de l'autre les sensibilités cutanée et profonde. Nombreux sont les malades qui présentent une sensibilité profonde très altérée, avec une sensibilité cutanée intacte (non perception des vibrations d'un diapason et sensation nette des flocons d'ouate) et vice versa.

De l'ensemble de nos recherches, il paraît résulter que la mesure des réactions psycho-motrices comporte une technique délicate qu'il convient de réaliser dans des conditions rendant comparables entre elles les expériences effectuées par des observateurs différents.

Un appareillage précis, mais demeurant d'un maniement simple et rapide est nécessaire si l'on veut faire de cet examen un test d'expertise courante.

Les valeurs physiologiques des temps de réaction oscillent non point de part et d'autre d'une moyenne, mais dans une zone, un peu plus étendue que ne le ferait croire la notion de « temps moyen ». Dans cette zone, certaines valeurs moins fréquentes semblent cependant physiologiques, à la fois parce qu'elles s'observent chez des sujets paraissant entièrement normaux et sains et parce qu'elles s'accompagnent d'une régularité normale des réactions.

Les valeurs des temps de réaction chez un même sujet sont moins fixes que ne l'ont admis certains auteurs et présentent des évolutions légères à l'intérieur de la zone physiologique, suivant les jours et les heures.

Les réactions psycho-motrices rentrent du fait de ces oscillations physiologiques, comparables à celles de la température ou de la pression artérielle, dans la loi générale des fonctions biologiques.

Quant à l'interprétation des temps de réaction qui, par leurs valeurs ou leurs rapports, sont extraphysiologiques, ce n'est que le groupement d'un grand nombre d'expériences, conduites avec un protocole assez rigoureux pour les rendre comparables, qui permette de la réaliser; seul, l'isolement des facteurs multiples entrant en jeu permettra de tirer des conclusions séméiologiques utilisables.

(1) Les excitations tactiles réalisées dans nos expériences par le frôlement d'un pinceau, l'étaient dans le dispositif du professeur Herlitzka par un courant d'air.

A PROPOS DE LA DÉSENSIBILISATION SPÉCIFIQUE CURATIVE

Par le Dr FERREYROLLES (de La Bourboule).

Depuis que le professeur Billard nous a montré toute l'importance que présentait pour nous l'action désanaphylactisante de certaines eaux minérales dans le traitement des maladies chroniques, nous avons avec lui et Mougeot entrepris toute une série de recherches comme suite à notre note au Congrès de Strasbourg d'octobre 1921. Nous avons été par cette étude conduits à nous préoccuper de l'action de certains médicaments administrés à doses infinitésimales. C'est dire tout l'intérêt que présentent pour nous les remarquables travaux de M. le professeur Widal et de ses collaborateurs. Les deux cas d'anaphylaxie à l'ipéca et à l'émétine qu'il vient de publier avec MM. Abrami et Joltrain, dans la *Presse médicale* du 22 avril dernier, sont pour nous matière à réflexion sur la désensibilisation spécifique curative vers laquelle s'oriente à grands pas la thérapeutique actuelle.

Cette méthode paraît au premier abord surprenante quant à l'action de la dose utilisée (1 centimètre cube d'une solution à 1/80.000) et hérissée de difficultés lorsqu'il s'agit de trouver l'agent sensibilisateur. Ces difficultés nous paraissent très faciles à résoudre si nous voulons bien tenir compte des travaux publiés sur la pathogénésie des divers médicaments chez l'homme, étude qui, contrairement à ce que l'on semble croire, n'est comme nous allons le montrer dénuée ni de valeur ni d'intérêt. Résumons simplement, pour ne pas trop allonger cet article, les deux observations de MM. Widal, Abrami et Joltrain.

Dans le premier cas il s'agit d'un malade apparemment bien portant puisque l'examen clinique et les examens de laboratoire sont restés négatifs. Il a, depuis vingt-huit ans, des crises d'asthme chaque fois qu'il se trouve en présence de poudre d'ipéca. A l'âge de vingt-cinq ans, à la suite d'une pleurésie, il est pris chaque fois qu'il manipule de l'ipéca de picotements insupportables dans le nez suivis de véritables crises d'éternuements qui se prolongent de dix à quinze minutes avec conjonctives rouges, larmoiement intense et hydrorrhée nasale. A vingt-sept ans, première crise d'asthme d'une heure, crise qu'il évite par la suite avec des précautions. En 1921, à la suite d'une préparation à l'ipéca faite à son insu dans son laboratoire, il a des crises d'asthme de plus en plus fréquentes. Une cuti-réaction de Walker est spécifique mais n'est suivie d'aucune crise d'asthme. Les injections sous-cutanées de substances désensibilisatrices eurent un résultat tout à fait inattendu : avec des doses vraiment homéopathiques, une injection de 1cc3 d'une solution à 1/80.000, il se produit localement une large boule d'œdème surmontée d'un large placard d'urticaire, et une crise d'asthme tellement intense que

l'on dut pour soulager le malade avoir recours à l'adrénaline. Mais en même temps surviennent toute une série de phénomènes d'ordre anaphylactique dont il n'a, sa vie durant, présenté le moindre symptôme : éblouissements, vertiges, amaurose subite rapidement dissipée, puis un prurit violent généralisé à tout le corps, les téguments se couvrent d'un érythème rouge vif scarlatiniforme avec de larges placards d'urticaire, apparition du syndrome de Raynaud, picotements intolérables dans les yeux, le nez, éternuements, hydrorrhée nasale comme précédemment. Les injections désensibilisatrices à 1/80.000 parurent exalter la sensibilisation plutôt que la diminuer, et la désensibilisation ne put être obtenue que par l'association de belladone et la dilution de la macération d'ipéca.

Le deuxième malade présente un aspect tout différent de cette anaphylaxie à l'ipéca. Le malade présente des crises d'eczéma aigu de la face chaque fois qu'il manipule de l'émétine. Il s'aperçut, il y a cinq ans, qu'il présentait une sensibilité particulière aux arsenicaux qui provoquaient chez lui des crises violentes d'urticaire. Depuis quatre mois il est pris, au bout de quelques jours de manipulation d'émétine, d'éternuements, ses yeux deviennent larmoyants et s'injectent de sang. Très rapidement apparaît un œdème palpébral intense, quelques jours après la peau du visage, principalement autour des lèvres et des narines, devient rouge, cuisante et chaude. L'inflammation s'étend au front, aux joues, au menton, bientôt la peau se parsème de petites vésicules confluentes acuminées; le lendemain ces vésicules rompues laissent sourdre un suintement abondant qui se concrète; ces croûtes se détachent, et le visage est le siège d'une desquammation abondante et lamelleuse. La rougeur persiste encore un certain temps, puis tout rentre dans l'ordre... et le malade devient de plus en plus sensible à l'émétine. La cuti-réaction est encore là spécifique, et, comme chez le malade précédent, les injections à 1/10.000 provoquent la réapparition des troubles avec la même topographie que précédemment. On fait la désensibilisation qui paraissait complète lorsque, vers le dixième jour, on note un léger retour des symptômes sous l'influence de l'émétine.

Toute cette série de symptômes provoqués par la présence de poudre d'ipéca ou d'émétine chez ces deux malades sont bien connus. En effet, si nous prenons entre autre la *Materia Medica* de William Boerick publiée par Boericke et Runyon, à New-York, p. 452, à l'article Ipéca, nous y voyons les phénomènes produits par l'ipéca chez l'homme :

« Le malade devient irritable, ne sait pas ce qu'il veut, ses yeux sont injectés de sang, larmoiement abondant, spasmes dans l'accommodation avec vertiges et nausées, vomissements, douleurs abdominales localisées à l'ombilic, selles vertes et diarrhéiques. Chez la femme, métrorragies de sang rouge et douleurs s'étendant de l'ombilic à l'utérus. Du côté pulmonaire : asthme avec sensation de constriction de la poitrine, toux sifflante extrêmement fréquente, la poitrine semble pleine de mucosités que la malade n'arrive pas à expectorer, hémoptysie de sang rouge. »

Du côté de la peau nous trouvons, avec beaucoup de détails, dans le livre de Jahr : *Du Traitement homéopathique des maladies de la peau et des lésions extérieures en général*, publié à Paris, chez Baillière, en 1850, p. 356, les symptômes suivants : prurit violent aux bras et aux cuisses, à la face, surtout au front et aux joues, éruption miliaire s'étendant parfois jusque dans les cheveux. Aux commissures des lèvres, douleurs d'excoriation au toucher et à chaque mouvement des lèvres; peau rouge autour de la bouche. A la poitrine, tâches rouges prurigineuses et brûlantes après s'être gratté; au poignet, éruptions dartreuses avec prurit et avec bosses rouges sur la peau après grattage. Avec toute la symptomatologie aussi rigoureuse que possible des malades de MM. Widal, Abrami et Joltrain, nous retrouvons chez ces deux auteurs la même façon de guérir ces accidents : administration de très faibles doses d'ipéca.

Dans la *Matière Médicale* de Boericke nous lisons également que les antidotes de l'ipéca sont suivant la nature des accidents : l'arnica, la noix vomique, le tabac ou l'arsenic. Nous y voyons également que lorsque le malade aura été désensibilisé à l'ipéca il ne sera pas pour cela guéri, la durée d'action de l'ipéca étant d'une dizaine de jours (comme l'ont remarqué MM. Widal, Abrami et Joltrain chez leur second malade) et que sa cure devra être continuée par une désensibilisation par la belladone, la noix vomique, le soufre ou l'arsenic (dont la période d'action pourra être de trois mois) suivant que tel ou tel symptôme persistera, et cela à dose toujours très infinitésimale.

Ipéca, belladone, arsenic, voilà encore la relation médicamenteuse signalée par MM. Widal, Abrami et Joltrain, chez leurs malades. Chez le premier en effet, la désensibilisation ne fut rendue possible que par l'addition de belladone aux dilutions de macération d'ipéca et l'on nous dit que le deuxième était sensible aux arsenicaux avant d'être sensible à l'émétine, faisant alors de violentes poussées d'urticaire, urticaire avec une symptomatologie sans doute bien spéciale que nous retrouvons chez ces mêmes auteurs à l'article Arsenic, p. 102, de Boericke, et 301 de Jahr. Ce malade aurait alors dû être désensibilisé à l'arsenic (et c'est alors seulement que la réaction de Walker ou celle de Duncan eussent été positives à l'arsenic) et il ne serait pas arrivé à la sensibilisation à l'ipéca (1). Nous croyons en effet que pour guérir d'une maladie chronique, un malade passe successivement sous l'influence de la thérapeutique par une série d'états et qu'à chacun de ces états correspond un médicament spécial. Cela nous aide à comprendre combien doit être long le traitement d'une maladie chronique; mais le malade ne nous demande-t-il pas de le soulager de ces accidents passagers beaucoup plus souvent que de le guérir? Il se contente d'un résultat momentané, et nous aussi, voilà pourquoi le plus souvent nous paraissons impuissants en face d'un malade chronique : empêcher les récidives.

Maintenant que nous avons montré que sans rien savoir de l'histoire des malades de MM. Widal, Abrami et Joltrain, nous pouvions savoir d'emblée en nous servant des travaux publiés antérieurement sur l'ipéca, qu'ils seraient améliorés par l'administration à doses infinitésimales de poudre d'ipéca, disons que la désensibilisation par l'ipéca obtenue chez ces deux malades dont l'agent sensibilisateur était connu, *aurait également fait cesser les crises d'asthme ou fait cesser des poussées d'eczéma chez des malades présentant une symptomatologie super-*

(1) Voir R. GIBSON-MILLER, *Relationship of remedies*, 12, Warwick Lane, London.

posable à celle de ces deux malades, quel que soit l'agent sensibilisateur : albumine, protéide ou autre. L'ipéca a, en effet, été conseillé dans le traitement de certaines formes d'asthme à caractères bien déterminés, et de certaines formes d'eczéma à type bien défini et à localisation bien précise.

En étendant cette conception de non spécificité étiologique mais d'analogie pathogénésique à la thérapeutique, nous avons été amené à choisir tel ou tel agent désensibilisateur suivant les cas, que l'agent sensibilisateur nous soit connu ou inconnu. Nous avons désensibilisé des malades avec des eaux minérales comme le laissaient prévoir les travaux de Mougeot Billard, Kopaczewski Vauthey, Arloing, nous-mêmes, d'autres avec du soufre, du chlorure de sodium, de la noix vomique, du venin de lochesis, en précisant notre choix par l'étude des travaux faits sur leur pathogénésie, et chaque fois que nous nous sommes trouvés en face d'une symptomatologie superposable à celle de la pathogénésie du médicament étudié, nous avons pu améliorer l'état de nos malades.

Cela n'est pas du tout surprenant, les travaux de M. le professeur Widal et de ses collaborateurs nous y autorisaient. En effet M. le professeur Widal écrivait en 1920 dans la *Presse médicale :* « Nous avons fait voir avec Joltrain et R. Benard, que même en injection première certaines substances cristalloïdes introduites dans les veines peuvent produire des chocs identiques aux chocs protéiques ». Peu nous importait donc de savoir plus ou moins exactement quelle albumine étrangère ou quelle protéide était en cause dans l'état pathologique de notre malade, à partir du jour où nous pouvions provoquer chez lui par une substance cristalloïde ou une autre protéide connue une réaction immunisante active calquée sur la réaction immunisante maladie. Le malade auquel Billard fait allusion dans son article sur l'asthme, du *Journal médical français*, à propos d'une injection d'eau de La Bourboule nous permettait d'agir avec certitude. MM. Ravaud et Rabaud ont du reste publié dans le *Bulletin médical* du 25 décembre 1920, un cas de désensibilisation et de guérison par l'hyposulfate de soude d'une malade atteinte d'érysipèle récidivant. Cette observation à laquelle nous renvoyons nos lecteurs est pleine d'intérêt puisque le soufre médicament non spécifique a pu guérir par désensibilisation un malade que les vaccins spécifiques n'arrivaient pas à modifier tout en donnant chez cette malade des réactions absolument superposables à celles que donnaient les injections de vaccins spécifiques. Du reste la réaction de Wassermann réactivée par le mercure ou l'arsenic, la réaction d'Heixheimer, réaction inflammatoire qui se produit dans les tissus syphilitiques sous l'influence du traitement spécifique réveillant des éruptions latentes disparaissent elles-mêmes par la continuation du traitement mercuriel ou arsenical qui les ont produites.

Et quelle différence y a-t-il entre cette aggravation produite par l'introduction dans l'organisme du Hg et de l'arsenic sur la réaction de Wassermann ou sur celle d'Heixheimer et celle qu'aurait une recrudescence de la maladie ou l'administration de toxines spécifiques? Et ces faits ne sont-ils pas absolument superposables à ceux de l'aggravation médicamenteuse passagère produite chez les malades de MM. Widal, Abrami et Joltrain.

Nous aurions également à mettre au point la question des doses et de la répétition de la dose lors de la désensibilisation et éviter ainsi les aggravations passagères comme celles produites chez les malades de MM. Widal, Abrami et Joltrain. Mais cela nous entraînerait trop loin, nous y reviendrons. Les études faites sur l'anaphylaxie nous permettront peut-être une bien plus grande précision.

Nous avons simplement voulu montrer que les belles recherches du professeur Widal et de ses collaborateurs présentent un intérêt thérapeutique passionnant, qu'ils nous expliquent scientifiquement toute une série de faits connus depuis longtemps et qu'il sera aussi facile qu'à nous à tout expérimentateur d'accroître le nombre d'observations analogues à celles que nous avons faites, le travail leur sera rendu facile en se reportant aux vrages que nous avons signalés au milieu de tant ou d'autres.

ACTUALITÉS

ZONA ET VARICELLE

Bien qu'elle ne date pas d'hier, la question de l'identité d'origine de la varicelle et de certains zonas, a été l'objet de quelques discussions depuis deux ans. Jusqu'à la première communication de Netter, en 1920, les relations qui peuvent unir la fièvre zostérienne et la varicelle étaient assez mal connues en France.

En 1883, cependant, LANDOUZY démontra que les zonas symptomatiques, ou « éruptions zostériformes » survenant au cours de la tuberculose; de la paralysie générale, du tabes, du diabète, de certaines myélites ou de névrites périphériques, ne devaient pas être confondues avec le zona maladie, ou fièvre « zostérienne », maladie aiguë, presque cyclique, infectieuse, peut être contagieuse et conférant l'immunité. Pour LANDOUZY, le zoster était bien une maladie générale à détermination circonscrite sur le système nerveux, à expression cutanée secondaire, et il ajoutait : « Il y a entre le zoster et lés éruptions zostériformes, toute la distance qui sépare et toute la différence qui distingue une maladie d'un symptôme. »

En 1892, VON BOKAY (de Budapest) se demande, après avoir observé cinq cas favorables à cette conception, « si l'agent encore inconnu de la varicelle ne pourrait, dans certaines conditions particulières, se manifester sous forme d'une fièvre zoster? »

En 1909 et en 1919, il revient sur ce sujet, en publiant chaque fois un certain nombre (12 au total) d'observations de zonas, suivis de varicelle à quelques jours de distance, chez des sujets différents.

Depuis cette époque, LE FEUVRE, TREMOULIÈRES et quelques autres acceptèrent l'opinion de BOKAY en rapportant de nouvelles observations.

Mais, c'est surtout NETTER qui, en 1920, puis ultérieurement en 1921, dans la thèse de son fils, H. NETTER, et récemment (Académie de médecine, 16 mai 1922), démontra au point de vue clinique tout au moins, l'identité de nature de la varicelle et de certains zonas.

Tout dernièrement encore, WALTER, KRAUSE, AMSLER, ELLIOTT (de Glascow) et HALLEZ ont rapporté des faits cliniques qui viennent à l'appui de cette hypothèse.

Il convient de remarquer que le nombre des observations dans lesquelles le zona succède à la varicelle est sensiblement moindre que celui des

observations concernant des cas de varicelle succédant au zona.

Ainsi que le fait remarquer H. NETTER, le zona frappant plutôt les adultes, on trouve dans l'entourage de ces derniers des sujets jeunes non immunisés encore et par conséquent susceptibles de prendre la varicelle.

La varicelle frappant de préférence les enfants, les adultes qui approchent ces derniers sont généralement immunisés par une varicelle antérieure.

Il paraît difficile de ne voir dans les cas observés qu'une simple coïncidence. Il est souvent impossible de trouver, en effet, une autre origine à la varicelle dans ces cas particuliers. L'intervalle qui sépare l'apparition de la varicelle et le jour où le sujet a été en contact avec le zona, correspond généralement au temps d'incubation de la varicelle.

Dans la varicelle, ajoute M. NETTER, le virus charrié par le sang en grande quantité, provoque l'éruption en une foule d'endroits; dans le zona, il se fixe au niveau des ganglions intervertébraux, ou sur une région limitée de la moelle, ce qui explique la dissemblance symptomatique entre les deux éruptions. Dans les cas d'association de varicelle et de zona ou de zona accompagné de vésicules aberrantes de TENNESON, il y aurait sans doute à la fois fixation de la plus grande partie du virus sur les ganglions rachidiens et d'une autre partie en dehors du domaine des ganglions intéressés. Les caractères évolutifs de ces vésicules aberrantes sont identiques à ceux de l'éruption varicelleuse.

Certaines considérations anatomo-pathologiques apportent encore des arguments en faveur de l'identité d'essence des deux affections : nous voulons parler notamment de l'analogie des lésions histologiques cutanées du zona et de la varicelle (altérarion ballonisante de UNNA au niveau des vésicules).

La théorie uniciste, malgré ces analogies n'a pas entraîné, il faut bien le dire, la conviction de tous les cliniciens qui attendent prudemment le jour où sera connu et isolé le virus de la varicelle et où les expériences de laboratoire permettront l'identification.

G. L. HALLEZ.

Indications bibliographiques. — VON BOKAY. Budapest, 1892, et *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1919. — TREMOULIÈRES. *Toulouse méd.*, 1909. — LE FEUVRE. *Brit. med. Journ*, 1913. — A. NETTER. *Acad. de méd.*, 29 juin 1920. — H. NETTER. *Th. de Paris*, 1921. — W. KRAUSE. *New-York med. Journ.*, 3 août 1921. — AMSLER. *Le Monde méd.*, 15 avril 1922 — NETTER. *Acad. de méd.*, 16 mai 1922. — HALLEZ. *Soc. de pédiat.*, 16 mai 1922.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 31 MAI 1922)

Troubles tardifs consécutifs aux luxations de l'épaule. — M. MOCQUOT fait un rapport sur une observation de M. Costantini. Un homme de trente-huit ans se fait une luxation de l'épaule droite, réduction facile. Quelque temps après apparaissent une ecchymose et des signes de paralysie du deltoïde avec atrophie considérable. Il y a une lésion du circonflexe. Mais on a constaté auparavant l'existence d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. Immobilisation, consolidation, mais les phénomènes de paralysie persistent. Trois mois après, M. Costantini intervient directement sur le circonflexe, y trouve un gros névrome, isole et libère le nerf. Amélioration très lente, mais allant toujours en s'accentuant, ainsi que le prouve l'examen électrique du nerf.

Ces troubles paralytiques consécutifs aux luxations de l'épaule sont assez fréquents. Il faut se garder de mobiliser trop tôt dans ces cas et n'intervenir, au contraire, que tardivement quand il y a à intervenir, car très souvent ces paralysies guérissent seules.

Cancers du sein. — M. ROUX-BERGER a fait une très intéressante communication sur l'état actuel de la chirurgie des cancers du sein. En un an et demi, il a réuni 51 cas de récidives de cancers du sein, tant à l'hôpital qu'en ville et à l'hôpital Pasteur. M. Roux-Berger a constaté 65 p. 100 de récidives, dans la même année, après l'ablation de cancers du sein. Ces récidives sont, en général, des récidives locales, soit sur la cicatrice, soit dans la région axillaire, mais généralement en pleine région opérée. Des faits très bien observés par M. Roux-Berger, il résulte que les opérations pour cancers du sein doivent être aussi précoces que possible et faites d'emblée très largement, c'est-à-dire avec curettage de l'aisselle et ablation des pectoraux. Les malades ainsi opérées ne voient guère survenir la récidive que deux ans, deux ans et demi, trois et quatre ans après l'opération, tandis qu'après des opérations tardives et incomplètes la récidive apparaît le plus souvent dans le cours de l'année où l'opération a été pratiquée.

La pratique qui s'impose est donc la suivante : opération aussi précoce et aussi large que possible.

Ces conclusions diffèrent de celles qui ont été formulées par MM. Forgue et Walther au Congrès français de chirurgie.

Cette communication ne manquera pas de devenir le point de départ d'une longue discussion, car un grand nombre de membres se sont déjà fait inscrire.

La radiothérapie et les fibromes. — M. BAUDET, sans nier les effets favorables qui, dans certains cas, ont pu être obtenus par la radiothérapie appliquée au traitement des fibromes, a été témoin de ses méfaits et de son impuissance dans plusieurs cas.

Au dire des radiothérapeutes, la radiothérapie dans le traitement des fibromes réussit 95 fois sur 100. Il y a là, dit M. Baudet, une réelle exagération. M. Baudet cite plusieurs cas dans lesquels la radiothérapie s'est montrée impuissante, même à l'égard des hémorragies, et d'autres cas dans lesquels elle a aggravé, sinon causé elle-même, des complications salpingiennes ou autres des fibromes. Il faut aussi compter avec les erreurs de diagnostic, cancers ou kystes de l'ovaire. En résumé, la radiothérapie peut être considérée comme un bon palliatif, dans certains cas de petits fibromes purs, hémorragiques et douloureux. Pour les gros fibromes compliqués, l'opération reste seule indiquée.

M. MARION ne voit guère que des fibromes entraînant des complications urinaires. Ceux-là, il les enlève. Il a soumis des fibromes à la curiethérapie, les femmes ont été stérilisées. Dans un cas l'application du radium a entraîné une suppuration pelvienne qui l'a obligé à pratiquer une colpotomie.

Jusqu'à plus ample informé, M. Marion restera très réservé dans l'application de la curiethérapie au traitement des fibromes.

M. AUVRAY reste fidèle au traitement opératoire des fibromes. La radiothérapie n'est pas sans inconvénients. Il cite un cas de brûlure de la peau très grave, des complications d'adhérences après la radiothérapie, qui rendent les opérations secondaires plus difficiles et plus graves. M. Auvray a vu des salpingites suppurées survenues à la suite de la radiothérapie, des poussées de pelvi-péritonites graves, aussi bien après la curiethérapie qu'après la rœntgenthérapie. Une malade atteinte d'un fibrome hémorragique est traitée à Lyon, pendant trois mois, par la radiothérapie. Il y a une diminution très légère des hémorragies, pas de diminution du fibrome. Elle vient à Paris, voit un radiothérapeute qui lui fait 33 séances de rayons. Pelvi-péritonite très grave, avec salpingite suppurée, traitement par la glace, amélioration, opération, guérison.

M. Auvray rapproche ces faits de ceux qui ont été produits par MM. Hallopeau, Baumgartner et autres, et il conclut en

disant qu'il faut choisir un cas justiciable de la radiothérapie et ne pas s'appliquer au traitement de tous les fibromes sans distinction.

M. PROUST reconnaît avec M. Baudet, que la radiothérapie peut exercer une fâcheuse influence sur la grosseur compliquant un fibrome. En somme la radiothérapie a ses indications spéciales qu'on arrive peu à peu à déterminer. Elle a surtout pour effet de supprimer les hémorragies et d'amener une certaine diminution du fibrome.

M. J.-L. FAURE rapporte l'observation d'une femme de soixante ans qui, dix ans après la ménopause, fut atteinte d'un fibrome qui grossit, on eut recours à la radiothérapie, mais le fibrome continuait à grossir. M. Faure opéra et trouva un néoplasme étendu à la totalité de la muqueuse utérine, dans ce cas la rœntgenthérapie était une erreur. On peut se demander, en effet, si l'action des rayons n'aurait pas une certaine influence sur la dégénérescence des tumeurs.

M. ALGLAVE a opéré une malade qui avait eu 48 séances de radiothérapie; soi-disant pour un fibrome, c'était une tumeur épithéliomateuse.

M. FREDET dans un exposé très clair et fort bien présenté, résume cette discussion, rappelle les diverses opinions qui ont été émises. Il a semblé tout d'abord qu'on se trouvait en présence d'une méthode toute nouvelle, d'un traitement unique, universel du fibrome; la radiothérapie amenant toujours la suppression des hémorragies, la suppression des douleurs et la presque disparition des tumeurs. Le premier, M. Delbet, a fait de sages réserves et a déclaré que la radiothérapie n'était pas toujours efficace et qu'elle n'était pas toujours sans danger. Ce n'était donc plus déjà une méthode toujours infaillible et toujours inoffensive.

M. Fredet examine successivement l'action des rayons sur les hémorragies, son action sur l'élément douleur et son action sur la diminution du volume des tumeurs.

Tout le monde est d'accord pour reconnaître l'influence de la radiothérapie sur les hémorragies. On sait aujourd'hui qu'elle agit comme la ménopause, en stérilisant les ovaires. Elle a donc ses indications dans les fibromes petits, douloureux, hémorragiques, chez des femmes encore jeunes.

Après avoir bien fixé ces indications, M. Fredet porte une contre-indication; gros fibromes, compliquées de salpingite, les kystes ovariques, en voie de dégénérescence cancéreuse, etc. C'est donc là une question d'espèces. Le rôle du chirurgien, car lui seul peut et doit prendre une décision, consiste donc à bien délimiter les cas dans lesquels est indiqué la radiothérapie et ceux dans lesquels la radiothérapie est inefficace ou même dangereuse.

Ce ne sont là encore, ajoute M. Fredet, que des conclusions provisoires.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 12 MAI 1922)

Maladie de Recklinglausen. — M. LEENHARDT. Présentation d'un nourrisson de trois mois atteint de taches pigmentaires brunâtres réparties sur le corps sans symétrie et des petites nodosités cutanées sur le pied gauche. Un noevus vasculaire est surajouté à ces taches pigmentaires. L'ensemble de ces manifestations permet de porter le diagnostic de maladie de Recklinglausen.

Du comblement des cavités d'évidement d'ostéomyélies par les greffes de Delagenière. — MM. FORGUE, ROUX et PUECH. M. Forgue traite couramment les cavités d'évidement d'ostéomyélite par l'apposition dans le fond de la cavité d'une greffe ostéopériodique de Delagenière. Les auteurs apportent deux observations de cavités d'évidement d'ostéomyélite prolongée, opérées en poussées aiguës et ayant nécessité un applanissement étendu. Les radiographies ont permis de suivre l'évolution de ces greffes. Elles ont montré que les greffes de Delagenière, placées en milieu septique, ne sont pas éliminées. Elles paraissent activer le processus ostéogénétique et amener une réparation de la cavité en peu de temps, un mois et demi dans les deux cas.

Luxation phalango-phalanginienne latérale du médius. — MM. SIMÉON et MILHAUD.

Infections typhoïdes et vaccination préventive. — MM. VEDEL, G. GIRAUD et SIMÉON.

(SÉANCE DU 19 MAI 1922)

Cirrhose hépatique et traitement mercuriel. — MM. DUCAMP, CARRIEU, GUEIT et BOULET. Les auteurs présentent deux sujets guéris, par traitement mercuriel, d'ascite accompagnant un syndrome de Laënnec typique. La guérison est survenue très rapidement. Dans un cas, la guérison s'obtint par injections de cyanure de mercure. Dans l'autre, par ingestion de sirop de Gilbert. Dans ce dernier cas, le malade avait subi neuf ponctions de 10 litres chacune, avant son traitement : depuis huit mois, l'ascite ne s'est pas reproduite. Dans ce même deuxième cas, la Wassermann était négatif; il était positif dans le premier.

La péritonite syphilitique peut coexister avec une forme particulière d'hépatite spécifique : la cirrhose diffuse, survenant de préférence chez des sujets alcooliques : dans tout syndrome de Laënnec, même quand le Wassermann est négatif, il faut penser à cette cirrhose alcool-syphilitique, avec ascite, dont tout au moins le symptôme principal, l'ascite, est curable par un traitement spécifique précoce, intense, qu'il faudra parfois répéter.

Sur la signification exacte de la prétendue membrane des cellules adipeuses dans le tissu conjonctif sous-cutané. — M. E. GRYNFELTT montre que la membrane (ou capsule) de la cellule adipeuse n'existe pas au sens cytologique du mot. Les cellules adipeuses sont séparées les unes des autres par de minces lamelles d'une substance fondamentale du tissu conjonctif, de nature précollagène. Ce sont elles qui forment le réseau à grandes mailles caractéristique du tissu adipeux, sur les coupes à la paraffine où la graisse a été dissoute par les réactifs.

Méningite du nourrisson à bacille de Pfeiffer (*présentation de préparations*). — MM. LEENHARDT et LISBONNE.

REVUE DES THÈSES

L'amino-arseno-phénol (132) dans le traitement de la syphilis par la voie intra-musculaire (1), par le docteur Philippe BERTIN, ancien externe des hôpitaux de Paris.

De cette étude expérimentale et clinique, il résulte que :

1° La voie intra-musculaire paraît favoriser mieux que la voie intra-veineuse la transformation des arsenobenzènes en dérivés spirillicides;

2° L'amino-arseno-phénol (préparation 132 de Pomaret) par sa forte teneur en arsenic (40 p. 100) d'une part, et de par son mode d'introduction dans l'organisme d'autre part, assure même à petites doses répétées, la disparition rapide et certaine des accidents syphilitiques en évolution.

3° Par suite de sa toxicité extrêmement faible et de son emploi par la voie intra-musculaire on réalise, en un temps donné, l'introduction dans l'organisme de doses de médicament plus élevées que celles qu'aurait permis la voie veineuse.

4° Il en résulte qu'à côté de la cicatrisation rapide des lésions, la négativation sérologique et l'abortion de la roséole sont toujours obtenues dans la syphilis primaire.

Dans la majorité des cas de syphilis secondaires, la négativation de Bordet-Wassermann est également acquise après la première cure d'amino-arseno-phénol, mais les malades étudiés par l'auteur, ont été suivis depuis trop peu de temps pour autoriser à préjuger de la durée de la négativation acquise, à cette période, et qui pour être maintenue, réclame des cures de consolidation.

5° L'étude clinique de malades intolérants aux arsenothérapies par voie intraveineuse montre que la médication intra-

(1) *Th. de Paris*, 1922. — Éditions médicales, 7, rue de Valois.

musculaire par l'amino-arseno-phénol est particulièrement indiquée chez eux. Dans les cas étudiés (intolérants typiques aux injections intra-veineuses) elle a permis de poursuivre la cicatrisation des lésions et la négativation sérologique sans déterminer ni fièvre ni crises nitritoïdes, ni érythrodermies chez ces sujets pourtant particulièrement sensibles ou sensibilisés par les médications intraveineuses antérieures.

6° Sous l'action eutrophique de la médication ici étudiée, l'état général est amélioré et se traduit par une augmentation sensible du poids des malades.

En résumé, l'amino-arseno-phénol paraît devoir occuper une place importante dans la série des arsenothérapies de la syphilis en raison de sa forte activité thérapeutique, de sa nocivité minima, de son indolence et de la facilité de son mode d'administration qui permettent avec le minimum de risques et sans perturbations humorales, une thérapeutique intensive s'accompagnant de résultats cliniques et sérologiques pour le moins tout aussi rapides que ceux obtenus par la voie veineuse et les arsenobenzènes jusqu'ici utilisés.

CONGRÈS

LE CENTENAIRE DE LA THÈSE DE BAYLE SUR LA PARALYSIE GÉNÉRALE. — Le Centenaire de la thèse de Bayle a été célébré la semaine dernière à la Faculté de médecine de Paris sur l'initiative de la Société médico-psychologique, de la Société de psychiatrie et de la Société clinique de médecine mentale.

Nos lecteurs trouveront dans quelques jours dans la *Gazette des hôpitaux* un travail d'ensemble sur la célèbre thèse. Dès aujourd'hui il nous faut signaler le succès considérable remporté par cette manifestation commémorative que présidait le ministre de l'Hygiène.

Le prof. Pouchet, assesseur du doyen de la Faculté, a d'abord souhaité, au nom de celle-ci, la bienvenue aux délégués étrangers, et remercié le ministre de l'Hygiène de sa présence. Au nom des organisateurs, le Dr Toulouse, président de la réunion du Centenaire, a adressé ses remerciements au représentant du gouvernement. M. Strauss, prenant ensuite la parole, a annoncé que le ministre de la Santé publique d'Angleterre lui avait adressé, à l'occasion de cette commémoration, un message de sympathie et de solidarité. Il a montré les trois congrès actuellement en cours à Paris (Centenaire de Bayle, médecine légale, hygiène mentale) poursuivant un seul et même but : aller vers les plus déshérités et les plus souffrants pour les soigner, les soulager et, si possible, les guérir. Il a enfin apporté aux psychiâtres l'assurance que le gouvernement, instruit par les belles conquêtes de la médecine mentale dans le passé, leur faisait toute confiance dans l'avenir à l'égard de la belle mission qu'ils ont assumée.

Tour à tour, le prof. Ley, représentant le gouvernement belge, le Dr de Craene (de Bruxelles), le prof. Wimmer (de Copenhague). le Dr Vivès, délégué de Catalogne, le Dr Rodriguez (de Barcelone), le Dr Bond, délégué du gouvernement anglais, ont dit l'admiration de leurs compatriotes pour l'œuvre de Bayle et assuré les psychiatres français de leur solidarité et de leur amicale collaboration.

Cela fait, MM. Laignel-Lavastine et J. Vinchon donnèrent connaissance de leur rapport sur « Les précurseurs de Bayle » et M. René Semelaigne donna lecture de son travail sur « Bayle et les travaux de Charenton ».

L'après-midi eut lieu, au siège de la Société médico-psychologique, une séance de travail suivie d'une réception à l'Institut de France où les invités eurent l'agréable surprise d'un concert d'orgue donné avec le conconrs de M. Widor.

Un banquet et plusieurs brillantes réceptions, dont une à l'Hôtel de Ville, ont servi de clôture à cette manifestation scientifique.

CONGRÈS D'HYGIÈNE MENTALE. — Jeudi a eu lieu, à la Faculté de médecine la séance d'ouverture du Congrès d'hygiène mentale, sous la présidence de M. Paul Strauss, ministre de l'Hygiène et de la Prévoyance sociale, assisté de MM. les Drs Toulouse, président du Congrès; Antheaume, directeur général; Genil-Perrin, secrétaire général.

A 10 heures, les congressistes ont visité la Maison nationale de Charenton.

A 14 heures, le Dr Antheaume a présenté un rapport sur « Les principes généraux de l'assistance aux psychopathes », et les Drs Toulouse, Genil-Perrin et Targowla ont indiqué les détails d'organisation du nouveau service de prophylaxie mentale, créé à l'Asile clinique par le Conseil général de la Seine.

A 17 heures, les congressistes ont été reçus à l'Hôtel de Ville par le Conseil général de la Seine et par M. Aubanel, secrétaire général de la Préfecture, remplaçant M. Autrand, préfet de la Seine, empêché.

Le vendredi, la discussion a continué avec les questions suivantes :

M. J.-M. Lahy, rapporteur. « Qu'est-ce qu'une aptitude professionnelle? »

Dr Genil-Perrin, rapporteur. « Le rôle de la psychiatrie dans la sélection des travailleurs. »

Dr Gandois. « La fiche médicale pour l'orientation professionnelle. »

Prof. Claparède, rapporteur. « Les méthodes d'éducation et la psychologie appliquée. »

On a entendu ensuite diverses communications de Mlle Abramson, MM. Roubinovitch et Debray, Danjou, Anzima y Auli, Amouroux, Mignon.

Le dernier jour, après quelques visites spéciales, la discussion a repris :

Le prof. Rabaud a lu un rapport sur l' « Entente internationale pour les recherches scientifiques en rapport avec l'hygiène mentale.

MM. Sanchis Banus et Sicard de Plauzoles ont fait des communications, puis « l'Hygiène mentale dans la famille » a été l'objet d'une discussion, et le Congrès a pris fin après des communications de Mme Augusta Moll-Weiss, MM. Bérillon, Gommes, Ichok, A. Marie.

Une brillante réception, à laquelle des artistes de l'Odéon et de l'Opéra-Comique prêtaient leur concours, a clôturé le Congrès.

TROISIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE. — Ce Congrès qui se tiendra à Londres du lundi 17 au samedi 22 juillet 1922, sous la présidence d'honneur de Sir Norman Moore et effective du prof. Charles Singer, comprend le programme suivant :

Lundi 17 juillet. — 10 h. 30 : Ouverture du Congrès à la Royal Society of Medicine. — 2 h. 15 : Réception par Sir Norman Moore au Royal College of Physicians Pall Mall S. W. 1. — 3 h. 30 : Thé offert par Sir d'Arcy Power et Lady Power, 10 A. Chandos Street, Cavendish Square W. 1. — 9 heures : Réception par le prof. Singer et Mrs. Singer à la Royale Society of Medicine, 1 Wimpole Street W. 1.

Mardi 18. — 10 h. 30 et 2 h. 30 : Sessions du Congrès à la Royale Society of Medicine. — 4 h. 30 : Réception par le Lord-Maire de Londres et Lady Mayoress à Mansion House E. C. — 9 heures : Réception par Sir James Purkes Stewart, 94 Harley Street W. 1.

Mercredi 19. — 10 h. 30 : Session du Congrès. — 2 h. 30 : Visite du Barber's Hall, Monkwell Street E. C. — 3 h. 15 : Réception au Collège of Surgeons par son président, Lincoln's Inn Fields W. C. — 4 heures : Visite aux Apothecaries'Hall, Water Lane, Ludgate Hill, E. C. — 8 h. 30 : Visite au Wellcome Historical Medical Museum 54 A. Wigmore Street, Cavendish Square W. 1.

Jeudi 20. — 10 h. 30 et 2 h. 30 : Sessions du Congrès. — 9 heures : Réception par M. et Mrs Waring, 37, Wimpole Street W. 1.

Vendredi 21. — 10 h. 30 et 2 h. 30 : Sessions du Congrès. — 5 heures : Visite de St Bartholomew's Hospital et adresse de Sir d'Arcy Power. — 7 h. 30 : Banquet à l'Hôtel Cecil, Strand W. C.

Samedi 22. — Excursion à Hampton Court Palace.

Le lundi 17 juillet à partir de 9 h. 30 à la Royal Society of Medicine, 1 Wimpole Street, W. 1 (entrée Henrietta Street) se tiendra le bureau du Congrès, où les membres retireront leurs cartes et leur correspondance.

Un comité de dames a été organisé et un salon réservé à la Royal Society of Medicine.

Toute communication doit être adressée, avant le 31 mai,

au Dr J. D. Rolleston, secrétaire général, 21 Alexandra Mansion's, Ling's Roard, S. W. 3, et les cotisations, de 40 fr. par membre titulaire et de 10 fr. par membre adhérent, au trésorier M. W. G Spencer, 2 Portland Place, Londres W. 1.

Pour plus de détails, s'adresser au Dr Laignel-Lavastine, secrétaire général de la Société Internationale d'Histoire de la médecine, 12 *bis*, place de Laborde, à Paris, 8e. Tél. Wagram, 21-08.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS DE LA ROUGEOLE [1]

d. COMPLICATIONS TUBERCULEUSES. — La tuberculose est une complication fréquente à la suite des rougeoles graves :

1° La rougeole peut prédisposer à l'éclosion ultérieure d'une tuberculose ;

2° La rougeole peut survenir chez un tuberculeux dont la lésion peut provoquer une broncho-pneumonie, à évolution rapidement mortelle ;

3° La rougeole peut réveiller, enfin, une tuberculose jusque-là latente, en particulier au niveau de lésions ganglionnaires trachéo-bronchiques.

Etude clinique. — C'est encore la réascension de la température, au bout de huit à dix jours, qui sera ici le premier symptôme. Cette reprise de la fièvre, sans que l'on puisse trouver une cause appréciable, doit faire redouter la tuberculose qui peut, à l'occasion de la rougeole, évoluer de diverses façons :

a. La broncho-pneumonie tuberculeuse. — Au début, l'affection pulmonaire paraît être banale avec des phénomènes infectieux. Mais au bout de quelques semaines on s'aperçoit que les lésions broncho-pulmonaires traînent, la rate augmente de volume, il y a des sueurs répétées, accompagnant une fièvre persistante. L'amaigrissement s'accentue, aboutissant à la cachexie. A l'auscultation, les signes physiques se transforment en signes de ramollissement, traduisant la formation de caverne ou de cavernules. La mort survient en quelques semaines ou quelques mois. Parfois une tuberculose chronique s'installe et évolue ultérieurement pour son propre compte. Dans tous ces cas, le diagnostic se pose difficilement avec les broncho-pneumonies simples, mais traînantes, et avec les débuts de bronchectasie. Seul l'examen répété des crachats, au besoin obtenus par lavages d'estomac, permettra de faire la preuve de la nature tuberculeuse de cette affection.

b. La *granulie* peut survenir, compliquée fréquemment de méningite tuberculeuse.

c. La *tuberculose diffuse* avec polyadénopathie, température irrégulière, mais persistante, évoluant vers l'amaigrissement et la cachexie progressive.

d. Les *tuberculoses chirurgicales*, la coxalgie, le mal de Pott, les ostéites tuberculeuses diverses sont souvent la conséquence de cette infection tuberculeuse qui éclôt ou s'aggrave à la suite de rougeoles graves.

II. Complications au niveau des organes du tube digestif. — Le tube digestif peut donner lieu à des manifestations morbides à tous les niveaux.

1. La *bouche* est le siège fréquent des *stomatites*. Ces stomatites peuvent être, selon les cas, aphteuse, ulcéro-membraneuse, diphtérique, ou bien dues au muguet. La gangrène de la bouche ou noma est devenue aujourd'hui très rare. Toutes ces stomatites s'accompagnent de lésions diffuses, d'ulcérations plus ou moins profondes et étendues, surtout au pourtour des lèvres. Les ulcérations précoces sont, d'une manière générale, d'un mauvais pronostic. Tardives, elles sont moins graves. Le danger de ces stomatites se trouve dans ce fait qu'elles constituent la porte d'entrée à toutes les infections ultérieures, auriculaires, broncho-pulmonaires, etc.

2. Le *pharynx* est le siège de rhino-pharyngites et surtout d'amygdalites et d'angines.

3. L'*intestin* peut être aussi touché : de là ces entérites à type cholériforme ou dysentériforme qui s'accompagnent d'évacuations répétées et même de melæna.

III. Complications au niveau des organes des sens. — C'est surtout les yeux et les oreilles qui sont le plus fréquemment atteints et donnent lieu à des complications graves au point de vue fonctionnel.

1° LES YEUX. — On a noté, suivant les cas, des conjonctivites ptérygéales simples ou muco-purulentes ;

— des kérato-conjonctivites, possibles au cours de la convalescence ;

— de la blépharite ;

— des dacryocystites.

Les complications de suppuration totale avec fonte purulente de l'œil sont aujourd'hui des exceptions.

2° LES OREILLES. — L'infection des oreilles est extrêmement banale. Les lésions naso-pharyngées envahissent facilement les trompes d'Eustache et l'oreille moyenne. En général, on peut admettre comme principe : quand la fièvre reprend chez un rougeoleux, si l'on n'en trouve pas la cause dans le poumon, on doit la chercher au niveau de la bouche et des oreilles. Il s'agit le plus souvent d'*otite moyenne* :

a. L'otite peut être *légère*, catarrhale, avec écoulement de muco-pus par la trompe. C'est le cas favorable.

b. Elle peut être *moyenne* : de vives douleurs sont réveillées par la pression en avant et en arrière du conduit auditif externe ou par le tiraillement du pavillon. On note des troubles auditifs, des bourdonnements, de la diminution de l'acuité auditive. La membrane du tympan finit par se perforer, donnant lieu à l'écoulement de pus jaune, abondant, ce qui amène la sédation immédiate des accidents douloureux. La guérison s'obtient dans la suite.

c. Dans la forme *grave*, les lésions au niveau de l'oreille moyenne, des osselets, persistent et s'accompagnent d'otorrhée chronique. Il peut en résulter des séquelles qui compromettent ultérieurement l'audition.

d. Enfin, dans certains cas, peuvent survenir des *complications* : mastoïdites, autrites, méningites, etc., qui peuvent laisser de la surdité définitive, et chez l'enfant tout jeune de la surdi-mutité.

IV. Processus infectieux multiples. — Il faut encore signaler des infections diverses qui surviennent au cours de la convalescence et surtout avec les formes traînantes. Elles peuvent se localiser :

1. Sur la PEAU, d'où les abcès sous-cutanés multiples, le pemphigus, l'impétigo, les abcès du cuir chevelu ou de la face (surtout autour du nez et de la bouche), les érythèmes infectieux, les éruptions polymorphes purpuriques, les tuberculides cutanées.

Chez les petites filles, il faut donner une place à part aux infections génitales, aux *vulvites* à gonocoques ou non, si fréquentes et contagieuses dans le milieu hospitalier.

2. La GANGRÈNE est rare aujourd'hui. Elle peut consister en placards de gangrène disséminés sur les téguments. Il s'agit de rougeole grave, chez des enfants profondément infectés, mal soignés, mal lavés. Les signes généraux sont graves, l'évolution rapide se fait vers la mort par phénomènes septicémiques. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 40, p. 654, et n° 42, p. 687.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Bactériophage. Son rôle dans l'immunité, par F. D'HÉRELLE, de l'Institut Pasteur. In-8 de 227 pages. — Prix : 12 francs net. — Paris, Masson et Cie.

Vaccins et sérums (Bibliothèque des Connaissances médicales), par le docteur APERT, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. In-18. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Ernest Flammarion.

Le Cancer et son traitement médical rationnel, par Ed. BARONAKI. In-8 broché de 99 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, A. Maloine et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — MM. Nathan, 19,45; Jacob, 19,27; Rouillard, 18; May, 20; Haguenau, 17,36.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve de sélection.* — QUESTIONS RESTÉES DANS L'URNE. — *Première série.* — 1° Constitution du trou déchiré postérieur. Indiquer les organes qui le traversent;

2° Ligament latéral externe de l'articulation du coude (avec les insertions sans les rapports);

3° Enumérer les branches de l'artère honteuse interne chez l'homme, en indiquant leur point d'origine.

Première série. — 1° Enumérer les troncs collecteurs lymphatiques de la langue et les ganglions auxquels ils aboutissent;

2° Insertions et innervation du court supinateur;

3° Innervation cutanée des doigts (médius et annulaire).

Deuxième série. — 1° Origine, trajet, terminaison du ligament rond de l'utérus (sans les rapports);

2° Décrire l'aspect macroscopique d'une coupe transversale de la moelle cervicale;

3° Insertions hépatiques du petit épiploon.

Deuxième série. — 1° Que voit-on sur une coupe macroscopique transversale du cordon spermatique au niveau du canal inguinal?

2° Indiquer le territoire de distribution de l'artère cérébrale antérieure;

3° Forme, insertions et appareil de l'attache de la grande valve de la mitrale.

— Liste alphabétique des candidats :

MM. Abd-el-Nour, Abonneau, Adam, Agnès, Alalinarde, Alibert, Allaire, Amiot, Andler, André, Andrieu, Antonini, Ardoin, Armand, Armingeat, Arrivot, Arthaud, Artigues, Arviset, Asselin de Williencourt, Mlle Aubriot, MM. Auger, Autier, Avril, Azalbert,

MM. Bachelin, Baclesse, Baconnet, Bagot, Baillis, Baize, Baldy, Barbée, Barbellion, Bardol, Bardy, Barragué, Bas, Bascouret, Mlles Bastien, Baud, M. Baudet, Mlle Baudry, MM. Bazouge, Beau, Béclère, Benda, Mlle Benoist, MM. Benoist, Bernheim, Berson (Jean), Berson (Pierre), Berthier, Bertrand (Henri), Bertrand (Jean), Bertrand (Yvan), Besançon, Besson, Bidoire, Blanc-Champagnac, Blanchaud (de), Blanche (André), Blanche (Marcel), Blanchet, Blondeau, Blondel, Blondin, Blum (André), Bodin, Mlle Boegner, MM. Boehler, Bogdanovitch, Bohn, Boltanski, Bonan, Bonnemaison, Bordas, Bothézat, Boudrant, Bouessée, Bouillié, Boulanger, Bourdin, Bourdon, Bourgeois (Jean), Bourgeois (Pierre), Mlle Boutigny, MM. Boyer, Breman, Brenniel, Bresson, Breton (François), Breton (Pierre), Breuillé, Briault, Brissaud, Brunet, Brunière (de la), Buhler, Buisson, Bureau (Robert), Bureau (Yves), Burgeat, Burnouf, Busser,

MM. Caffort, Cahen, Calbet, Callégari, Camail, Camino, Camus, Canal, Canonne, Cardot, Carpentier, Carteaud, Carvaillo, Casaubon, Castéran, Cauchy, Cayla, Chabaud, Chabrun, Cholot, Chaperon, Chapplain, Charpentier, Charreau, Chartier, Chassagnac, Chassigneux, Chatagnon, Chatellier, Chazel, Chêne, Chenilleau, Cherouvrier, Chevalier, Chevereau, Chiffre, Chomereau-Lamotte, Christophe, Chureau, Clercy, Codet, Cogné (René), Cognet (Lucien), Cohen, Collin, Compin, Constant, Corneau, Couderc, Coudrain, Cournand, Couturat, Crama, Cremieu, Crocy, Mlle Cros,

MM. Dalsace, Damon, Dana, Darfeuille, Darquier, Darré, David, Debray, Deconinck, Mlle Decor, MM. Decoularé-Delafontaine, Degisors, Degrais, Delafontaine, Delagenière, Delalande, Delaporte, Delarue, Delotte, Delthil, Demelin, Demerliac, Denis, Denniel, Depouilly, Dereux, Derocque, Dernas, Mlle Deschamps, MM. Descharmes, Descomps, Mlle Desgrez (Jeanne), MM. Desgrez (Laurent), Desoille, Desprairies, Dessaint, Destouches, Diamantberger, Djordjevitch, Djourovitch, Mlles Dobkévitch, Dreyfus-Sée, MM. Drouineau, Dubois (Paul), Ducourtioux, Ducroquet, Dufieux, Dufour, Duhail, Duhamel, Dulac, Dumas (Jean), Dumas (Raymond), Duminil, Duncombe, Durand (André), Durand (Jean), Durand (Marie), Durand (Paul), Duruy, Duval,

MM. Eliet, Emerit, Escalier, Escoffier, Evrain,

MM. Farrand, Farret, Faure, Fénal, Ferrière, Ferru, Fidon, Filliol, Finzi, Flahaut, Fleury, Flipo, Mlle Fontaine, MM. Fortier, Fortin, Foubert, Foulon, Mlle Fradis, MM. Frantz, Frémiot, Fresquet (de), Mlle Frey, MM. Fribourg, Froehlicher,

MM. Gallet, Gallois, Gallot, Galtier, Gardinier, Garnier (André), Garnier (Georges), Mlle Gauthier-Villars, MM. Gautier (Jean), Gence, Génin, Mme Génin née Kuntz, MM. Georges, Gerson, Ghouila-Houri, Girard (Lionel), Girard (Raymond), Giroire, Goguel, Gomet, Gouvenot, Grandperrin, Grenierboley, Gricouroff, Mlle Gricouroff, MM. Grinda, Grognard, Grognot, Gruntesou, Guérin (Maurice), Guérin (Paul), Guérin (Philippe), Guiberteau, Guignebert, Guillot, Guisoni, Guyonnaud, Guyot,

MM. Harburger, Haye, Mlle Hébert, MM. Henkein, Henne, Mme Henry (Léa), Mlle Henry (Thérèse), MM. Héraux, Hesse, Hirschberg, Holodenko, d'Hour, Huard, Hudelo, Huet (Jean), Huet (Léon), Huet (Pierre), Huguenin, Hurez (Jules), Hurez (Marcel), Hyvert,

MM. Imbert (Alexandre), Imbert (Antoine), Isnel, Mlle Ivanichevitch,

MM. Jacquemaire, Jacquet, Jacquinet, Jahiel, Jaïs, Jamet, Jany, Jardet, Jarrige-Lemas, Jean, Joanny, Joffroy, Jondeau, Jonesco, Jossand, Juge,

MM. Kanony, Kenzinger, Kesseler, Kollitsch, Krief,

MM. Laban, Laborde, Lacaisse, Lacan, Lacapère, Lacassie, Lachowski, Lacombe, Lacroix, Laënnec, Laffaille, Lafont, Lallemant, Mlle Lamy, MM. Lançon, Langlois, Langue, Lapeyre, Laplanche, Laporte (Antoine), Laporte (Germain), Laroche, Lataix, Launay, Laurent (Pierre), Mlle Laurent (Simone), MM. Laval, Lavialle, Layani, Lazare, Lebègue, Le Blay, Mlle Leblond, MM. Leboucher, Lechaux, Lecœur, Le Conte des Floris, Mlle Lecoq, MM. L'Ecuyer de Villers, Ledoux, Lefebvre (René), Lefèvre (Georges), Lefèvre (Pierre), Leflaive, Le Grand, Mlle Legrand, MM. Lehmann, Leleu, Leloup, Lemaire (André), Lemière, Lemoine (Jean), Lenfantin, Lenoir, Lenormand, Lerond, Leroy, Levassor, Leviez, Lévy (Gabriel), Lévy (Jean), Lévy (Pierre), Lévy (Robert), Mlle Lévy (Simonne), MM. Lévy-Neumand, Lévy-Weissmann, Leydet, Lichtenberger, Lichtwitz, Lifschitz, Limouzin-Lamothe, Mlle Linossier, MM. Loireau, Lonjumeau, Lortsch, Lotte, Loubeyre, Lougnon, Louvel, Luchetti, Lucq, Lumière, Lyonnet,

MM. Maçon, Magdeleine, Mangini, Mâle, Mallein-Gérin, Marcel, Mlle Marchand (Berthe), MM. Marchand (Joseph), Marchand (Julien), Marie, Marion, Marmasse, Marteret, Martin (Félix), Martin (Henri), Martin (Jacques), Martin (Michel), Martin (Robert), Martin Saint-Laurent, Martineau, Martiny, Matry, Marx, Marzouk, Mathieu, Mlle Mauclaire, MM. Maurellet, Mauvoisin, Maximin (Maurice), Maximin (René), Mayer, Mazet, Maziot, Meeus, Meillère, Menard, Ménégaux, Menguy, Mer, Merle d'Aubigné, Mery, Meurdrac, Meurisse, Mével, Michaud (Jules), Michaux (Léon), Michel-Béchet, Migault, Minot, Mirault, Mlle Mircouche, MM. Mitelette. Molimard, Mollaret, Monot, Moraux, Mordret, Mlle Morin, MM. Mornet, Moruzi, Mouls Mounier, Moussoir, Mouton, Mugnier,

MM. Nadal, Nativelle, Naveau, Nédelec, Néron, Mlle Nicolle, MM. Nida, Nitzberg,

M. Oblin, Mlle Odier, M. Olivier, Mlle Oumansky, M. Oumansky (Victor),

MM. Pagès, Panis, Pannier, Parfonry, Paris, Parisot, Mlle Parmentier, MM. Pascal, Patel, Pauchet, Pavie, Pelissier, Pellé, Peretti della Rocca (de), Péribère, Périgord, Péronne, Pérono, Perret, Perrin, Petit (Marcel), Petit (Pierre), Pétrignani, Peynet, Peytavin, Phelipeau, Pichard, Pichat, Pissavy, Piton, Pomierski (de), Popovitch, Potelune, Poulain (Maurice), Mme Poulain, MM. Poulin (André), Poulet, Poumailloux, Poumier, Poussard, Prat-Flottes, Prévost (Félix), Prévot (André), Puech, Py,

MM. Queinnec, Quereilhac.

M. Raoul, Mlle Rappoport, MM. Ravier, Ray, Reboul, Redon, Rémy-Néris, Rendon, Restoux, Retel, Reverdy, Mlle Richard, MM. Richard (Jacques), Richard (Paul), Rigal, Robert (Paul), Robin, Rochard, Rochette, Roëser, Roland, Romeyer, Rosier, Rossert, Mlle Roudinesco, MM. Rougier, Rousseau, Roux, Roy,

MM. Sailly, Salathé, Salavert, Salmon, Salvan, Samsoen, Sarles, Sauvage, Sauvageot, Mlles Sayag, Sazerac de Forge,

MM. Scemla, Schmite, Mlle Schoeller, MM. Schoëngrün (André), Schoëngrün (Emile), Schrameck, Schwarzfeld, Scialom, Sebileau, Segond, Seguin, Seguy, Seligman, Seligmann, Senoze, Servel, Simon, Sobelman, Soulas, Soullier, Stieffel, Suau, Sureau, Suzor,

MM. Tailhefer, Talon, Tambareau, Tariel, Teurnier, Theillier, Thiébaut, Thiolat, Thirion, Thurel, Tiby, Mlle Tisserand, MM. Tissier, Touchard, Tournilhac, Tourtou, Triau, Triboulet, Trocmé, Troncin, Truchard, Tsin, Turillot, Turmann,

MM. Vacher, Vadder (de), Vanbockstaël, Vassal, Vasseur (Antoine), Mlle Vasseur, MM. Vassitch, Vendel, Verger, Vergez-Honta, Vernier, Vialard, Vibert, Vignaux, Villetard de Prunières, Villey-Desmeserets, Mlle Vilter, MM. Vincent (Armand), Vincent (Maurice), Violet, Mlle Vogt, MM. von der Horst, Vuillamc, Vuillème,

MM. Wahl, Waitz, Wallich, Mlle Waynbaum, MM. Weil (Jean), Weill (Robert), Westphal, Wickham (Yves), Widiez, Widlöcher, Willemin (Eugène), Willemin (Ludwig), Willot, Wolff,

Mlle Zimmer.

Internes provisoires. — MM. Ackermann (Albert), Azerad (Elie), Banzet (Paul), Barbaro (Gabriel), Bariéty (M.), Barret (Marcel), Bartet (Pierre), Biancani-Daveggio (Elio), Billard (Jean), Blondin (Marcel), Blum (Gaston), Blum (Jean), Bouthillier (Pierre), Bourdillon (Emmanuel), Breger (Marcel), Cahen (Pierre), Carrega (Nicolas), Célice (Jean), Coffin (Pierre), Comet (André), David (Roger), Decourt (Jacques), Delage (Paul), Digonnet (Louis), Dollfus (M.-A.), Ducuing (Ed.), Ebrard (Daniel), Ferey (Daniel), Fèvre (Marcel), Froyez Alex), Fumery (Jean), Garcin (Raymond), Garnier (Louis-Charles), George (Paul), Grenaudier (Louis), Halt (Marcel), Hamburger (M.), Iselin (Marc), Kaplan (M.), Laffitte (H.), Lamy (M.), Largeau (Antoine), Lefèvre (Bernard), Lejard (Charles), Lepaumier (Marcel), Lévy (M.), Lieutaud (Paul), Longchampt (Jean), Maduro (R.), Marassi (J.), Martin (René), Marty (Pierre), Mayer (Ch.), Meignant (Paul), Merklen (Robert), Meyer-May, Morlaas (Jean), Obry (Etienne), Pasquier (Ch.), Pierrot (René), Renard (Julien), Renault (Paul), Ripert (H.), Roullet (Jean), Sabadini (Léonce), Sèze (Mlle de), MM. Thomas (Marcel), Valat (Jean), Vanheuverswyn, Mlle Wolff.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DU PROSECTORAT. — *Epreuve de physiologie.* — MM. Richard, 15; Moulonguet, 16; Michon, 15; de Gaudart d'Allaines, 16; Fey et Ducastaing, 18; Sénèque, 17; Hertz, 15.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — M. le Dr Wibaux, pharmacien supérieur, est nommé auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de Franee.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La prochaine séance de la Société de pathologie comparée aura lieu mardi prochain, 13 juin, à 4 h. 3/4, à l'hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton.

MONUMENT A. CHAUVEAU. — Le Comité formé sous la présidence de M. le prof. Barrier, inspecteur général des Ecoles vétérinaires, membre de l'Académie de médecine, pour élever à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon un monument à la mémoire de A. Chauveau, a publié, le 30 mars dernier, la première liste de souscription qui s'élevait à la somme de 10.452 francs.

Les souscriptions peuvent être adressées à l'Ecole vétérinaire de Lyon à M. le prof. Lesbre, directeur de l'Ecole, ou à M. le prof. Boucher, trésorier; à la Faculté de médecine de Lyon à M. le prof. Nicolas, trésorier, et à Paris, au muséum, à M. le prof. Tissot, l'un des secrétaires généraux du Comité.

La Rhinite spasmodique apériodique et son traitement par l'autosérothérapie désensibilisatrice, par le docteur Georges DHERS. (Thèse.) — Paris, Jouve et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

LA RADIUMTHÉRAPIE DES FIBROMES UTÉRINS

Par le docteur GEORGES LORY,
Interne des hôpitaux de Paris.

Historique. — En 1904, Foveau de Courmelles signale l'action hémostatique du radium. En 1905, Abbe eut l'idée de porter des sels radifères dans l'intérieur de l'utérus. En 1906, Oudin et Verchère publièrent à l'Académie des sciences les deux premiers cas d'application intra-utérine de radium pour fibromes.

Puis successivement Dominici, Wickham et Degrais, Chéron et Bouchacourt poursuivirent des études dans le même sens.

En 1913, au congrès de Londres, Foveau de Courmelles, Albers Schoenberg et Gauss communiquent les résultats de leurs expériences sur la radiumthérapie des métrorrhagies. En 1914, Krœnig et Gauss font paraître une importante monographie sur le traitement des fibromes par les rayons X et le radium.

Aux Etats-Unis, Kelly (de Baltimore) publie une série d'articles enthousiastes en faveur de la radiumthérapie des fibromes. Il convient également de signaler les travaux de Miller (de la Nouvelle-Orléans) et de Clark (de Philadelphie).

Au mois de janvier 1920, à la Société de chirurgie, MM. J.-L. Faure, Hartmann prennent nettement parti pour le radium dans une discussion à propos de la radiothérapie des fibromes. Au congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences (Strasbourg, 23 juillet 1920), M. Nogier publie sur la question un rapport extrêmement précis et documenté. M. J.-L. Faure lui consacre un magistral rapport au deuxième congrès de l'Association des gynécologues de langue française (Paris, 29 septembre 1921). Enfin une discussion vient de s'engager à ce sujet à la Société de chirurgie de Paris.

On peut donc dire que la radiumthérapie des fibromes utérins tend à s'imposer de plus en plus à l'attention des médecins et des chirurgiens. Nous allons dans cette étude examiner successivement les indications et contre-indications de cette méthode, les différentes techniques qui ont été proposées, les accidents et les résultats que l'on a pu observer.

Contre-indications de la méthode. — Beaucoup de médecins croient que la radiumthérapie ne vit que des contre-indications de l'acte chirurgical, d'autres ont une opinion diamétralement opposée. Les uns et les autres nous paraissent être dans l'erreur. La question est beaucoup plus complexe et mérite d'être étudiée en détail car elle est d'un intérêt essentiellement pratique.

Notre maître M. Pierre Descomps a posé très minutieusement les contre-indications de la méthode. Nous le suivrons dans sa description à laquelle nous ajouterons simplement quelques paragraphes.

Nous pensons donc avec lui que doivent être réservés à l'acte chirurgical :

1° Les fibromes hauts, sous-péritonéaux, à évolution abdominale para-utérine, a fortiori pédiculés;

2° Les fibromes bas, sous-ligamentaires à évolution pelvienne para-utérine, — les fibromes latéraux du segment inférieur, — les fibromes du ligament large;

3° Les fibromes sous-muqueux libres, reconnus comme tels, énucléables par voie cervico-vaginale et de toute évidence les fibromes sous-muqueux en voie d'expulsion par le col;

4° Les fibromes enclavés ou en imminence d'enclavement qui donnent lieu à des accidents de compression vésico-urétérique, veineuse, intestinale;

5° Les fibromes très volumineux, soit anciens, soit à évolution rapide, qui dépassent le plan de l'ombilic et surtout les fibromes géants qui se rapprochent du plan de l'appendice xiphoïde;

6° Les fibromes à lente évolution et à forme madréporique, qui sont irréguliers, multilobés, à noyaux durs et à prolongements nombreux;

7° Les fibromes à multiples noyaux, volumineux, de toutes localisations;

8° Les fibromes présentant des complications septiques, c'est-à-dire les fibromes infectés, les fibromes suppurés, les fibromes sphacélés;

9° Les fibromes frappés de dégénérescence aseptiques, du moins si elles sont décelables à l'examen clinique ce qui est rare : dégénérescence calcaire, osseuse, ischémique, kystique, amyloïde;

10° Les fibromes associés à d'autres lésions du tractus génital et en particulier les gros utérus fibromateux, métritiques, adhérents, associés aux salpingo-ovarites, cas fréquents, ou encore les gros utérus fibreux associés à des prolapsus génitaux graves;

11° Les fibromes des femmes jeunes, dans les cas, d'ailleurs très rares où l'on peut penser que la myomectomie conservatrice sera possible et souhaitable;

12° Les fibromes dans lesquels les traitements par les radiations ont échoué ou ont donné des résultats insuffisants, où les malades gardent une tumeur qui les gêne et les inquiète;

13° Les cas dans lesquels le diagnostic reste en suspens et il faudrait n'avoir aucune habitude de la clinique gynécologique pour méconnaître la fréquence de ces cas. Il ne faut pas s'exposer à traiter par les rayons un prétendu fibrome qui serait un kyste de l'ovaire avec gros utérus adjacent. En effet comme le dit J.-L. Faure « là où il n'est pas salutaire, le radium est nuisible et la première condition pour traiter un fibrome par la curiethérapie, c'est la certitude où l'on doit être de se trouver en présence d'un fibrome. Dans tous les cas douteux il faut aller voir; »

14° Les malades également nombreuses qui présentent en même temps que leur fibrome une appendicite chronique, suffisant à elle seule pour nécessiter une opération. Dans ces cas mieux vaut en finir en même temps avec le fibrome (J.-L. Faure);

15° Les malades qui présentent en même temps qu'un fibrome des phénomènes de grossesse, lorsque la situation de la tumeur nécessite une intervention (J.-L. Faure);

16° Enfin et surtout les malades chez lesquelles on soupçonne le développement d'un néoplasme.

Tels sont les cas qui s'opposent à l'emploi du radium. Leur importance est inégale, mais l'un de ceux sur lequel il faut tout particulièrement insister c'est la coexistence de lésions inflammatoires annexielles ou péri-utéro-annexielles. L'existence de la moindre trace de salpingite est une contre-indication absolue. Faute d'observer ce précepte on a pu voir survenir de sérieuses complications. Aussi convient-il de s'élever formellement contre certaines affirmations vraiment paradoxales qui tendraient à présenter la radiumthérapie comme spécialement

indiquée dans les cas dans lesquels de telles coexistences sont constatées (P. Descomps).

Bien au contraire on ne saurait examiner la malade avec assez de minutie pour s'assurer avant la radiumthérapie du bon état des annexes. Avec M. Descomps nous pensons que la constatation de signes objectifs d'infection utéro-annexielle n'est pas nécessaire pour porter la contre-indication et nous avons pour précepte de déconseiller la radiumthérapie dès que l'interrogatoire de la malade démontre dans son passé génital l'existence de poussées inflammatoires, même en l'absence de tout reliquat appréciable au toucher.

Mais il existe un assez grand nombre de cas où l'on soupçonne la possibilité d'une affection annexielle antérieure sans en trouver de reliquats et où les commémoratifs ne sont pas suffisamment nets. Dans ces cas on peut tenter l'épreuve suivante avant de renoncer au bénéfice de la radiumthérapie : pendant quarante-huit heures consécutives on pratique la dilatation de l'utérus avec une tige de laminaire et si au bout de ce laps de temps on n'a observé chez la malade ni douleurs, ni poussée de température (pratiquement nous admettons qu'elle ne doit pas dépasser 38 degrés), ni malaises d'aucune sorte, on peut le troisième jour pratiquer une application de radium.

Indications de la méthode. — Toutes ces contre-indications étant nettement posées, voyons maintenant quels sont les cas susceptibles d'être traités par le radium. Là encore nous allons suivre pas à pas les indications de notre maître M. Pierre Descomps, et avec lui nous distinguerons les catégories suivantes :

1° Les fibromes interstitiels du corps utérin de petit ou moyen volume, à développement régulier, dont le type reste la grossesse fibreuse.

2° Les fibromes hémorragiques et hydrohémorragiques dans lesquels le symptôme des exsudats est le symptôme majeur et inquiétant.

3° Les fibromes mous à type musculaire ou vasculaire ou musculo-vasculaire.

4° Les fibromes du col à évolution intravaginale avec ou sans allongement du col et les gros cols fibreux infiltrés, œdémateux; toutes formes accessibles par voie vaginale.

5° Les fibromes qu'on pourrait dire « médicaux » qui se compliquent de troubles graves de l'état général contre-indiquant formellement et l'anesthésie et l'acte opératoire : anémie grave, albuminurie, diabète, obésité, insuffisance hépatique ou rénale, hypoazoturie, complications cardiaques (tachycardie, dilatation du cœur droit, asystolie).

6° Les fibromes des âges extrêmes : les fibromes des femmes jeunes où l'on peut espérer conserver la menstruation et partant la possibilité de fécondation; les fibromes des femmes âgées ou ayant atteint la ménopause — ou présentant des ménopauses traînantes avec gros utérus — ou ayant dépassé la ménopause et présentant quelques suspicions au point de vue de la coexistence possible d'un néoplasme malin avec un utérus pour lequel un examen histologique négatif ne lève pas tous les doutes.

7° Les cas de refus d'opération sanglante où on est en droit d'accepter que la malade intéressée ait « voix au chapitre » et où on peut concevoir les traitements par les rayons comme traitements provisoires et d'attente après échec des moyens médicaux (cures hydro-minérales, cures par modificateurs vasculaires).

8° Les cas qui deviennent de plus en plus fréquents dans lesquels, avant de pratiquer une hystérectomie subtotale, on voudra s'assurer contre la possibilité d'apparition ultérieure de néoplasme sur le moignon cervical par une application préalable de radium.

Techniques de la radiumthérapie. — Voici donc nettement posées les indications et contre-indications de la radiumthérapie des fibromes utérins. Examinons maintenant quelles sont les méthodes à employer pour l'assurer efficacement. De nombreuses techniques ont déjà été employées ce qui n'a rien pour nous étonner étant donné que nous sommes en cette matière en pleine expérimentation. Nous allons résumer quelques-unes des méthodes employées en France et à l'étranger et nous donnerons ensuite en détail celle que nous pratiquons à l'exemple de notre maître M. Pierre Descomps.

Technique employée à la clinique Mayo. — Après dilatation, le radium est introduit dans le col utérin. La filtration est assurée par un tube d'argent de $0^{mm}5$ d'épaisseur placé lui-même dans un tube de caoutchouc. Chez les jeunes femmes on fait une application de 50 milligrammes-éléments pendant quatre à six heures; chez les femmes âgées on emploie la même dose pendant dix à douze heures.

Technique de M. Rouffort (de Bruxelles). — M. Rouffort place pendant huit nuits consécutives, sur la paroi abdominale, au niveau de la région ovarienne, deux appareils plats contenant chacun 5 centigrammes de radium dont les rayons traversent un écran de 2 millimètres de plomb. A ce rayonnement pariétal il ajoute pendant quarante-huit heures l'action de 5 centigrammes placés dans un tampon vaginal.

Technique de Mme Laborde. — Mme Laborde n'est pas partisante de l'application intra-utérine du radium et propose la technique suivante : elle place deux appareils dans les culs-de-sac latéraux du vagin où ils sont maintenus par un tamponnement. Chaque appareil est constitué par un tube de platine de 1,5 millimètre d'épaisseur, entouré d'une feuille d'aluminium de 2 centièmes de millimètre, puis placé dans un étui de liège ou enroulé de gaze sur une épaisseur de 1 centimètre au moins.

Technique de M. Nogier. — M. Nogier pratique, au contraire, des applications intracervicales. L'appareil radifère est filtré sous 1 millimètre de platine et glissé dans un tube de caoutchouc de 1 millimètre en pur para sans addition de matières minérales. Il emploie des doses de radium variables avec la grosseur du fibrome de 50 à 125 milligrammes et la durée d'application varie avec la grosseur également de douze à trente-six heures.

Radio-radiumthérapie. — Cette méthode préconisée par Chéron et Bouchacourt combine l'action des doubles radiations. Elle est employée à l'heure actuelle par un certain nombre de radiothérapeutes. M. Fleig l'a appliquée dans une centaine de cas. D'après lui la durée du traitement est de dix à seize semaines avec un nombre d'irradiations allant de quatre à dix et un nombre d'applications de radium qui a été habituellement de un à deux et n'a jamais dépassé trois.

Technique de M. Pierre Descomps. — Nous allons

exposer maintenant la technique que nous avons vu pratiquer et pratiquée nous-même à la Maison municipale de santé dans le service de notre maître M. Pierre Descomps.

Tout d'abord, il est un point sur lequel on ne saurait trop insister, c'est que l'application du radium est une véritable opération chirurgicale et que le succès de l'entreprise, comme ses échecs possibles dépendent, pour une bonne part, de la technique employée. Celle-ci n'a d'ailleurs rien de compliqué et est à la portée de tout praticien rompu à l'exercice de la gynécologie. Elle exige des soins et des manœuvres pré-opératoires, une propreté rigoureuse, un matériel bien adapté, une surveillance attentive et éclairée. C'est dire qu'il ne faut pas faire d'application au petit bonheur, au lit de la malade, sur le coin d'une table, avec un matériel de fortune. L'entrée à l'hôpital ou dans une maison de santé sera, dans la plupart des cas, rigoureusement indispensable.

Nous allons passer en revue méthodiquement tous ces points.

Préparation de la malade. — Il sera indispensable de lui faire donner pendant huit à dix jours des injections bi-quotidiennes chaudes antiseptiques, précédées de savonnage de la vulve.

Trois jours avant l'intervention (ou deux suivant le degré de résistance du col) on pratiquera la dilatation de l'utérus avec une tige de laminaire. Il est bon d'obtenir 10 millimètres de diamètre de la cavité cervicale pour les petits utérus et d'atteindre 15 millimètres pour les gros.

La veille de l'intervention, on fera administrer à la malade un purgatif.

M. Nogier recommande comme précaution utile de prendre matin et soir la température de la malade pendant la semaine qui précède l'opération. D'après cet auteur, une ascension thermique vespérale supérieure à 37°6 devra mettre en garde contre une lésion annexielle.

Kelly (de Baltimore) insiste, en outre, sur l'avantage qu'il y aurait à pratiquer avant toute curiethérapie un curettage pour prélever un fragment utérin et éliminer le diagnostic de néoplasme et les polypes.

Préparation de l'appareil radifère. — L'appareil radifère comprend :

1° Un tube contenant le sel de radium;

2° Un étui-filtre primaire en or, argent, platine;

3° Un filtre secondaire.

Le tube et l'étui-filtre sont stérilisés, soit par immersion dans l'eau bouillante, soit, à la rigueur, par immersion dans l'alcool iodé.

L'étui-filtre arrête la partie la plus nocive du rayonnement. Mais du passage des rayons pénétrants à travers les métaux lourds qui assurent le filtrage primaire sont nés des rayons secondaires, non moins dangereux. C'est alors qu'intervient le filtrage secondaire. Il peut être fabriqué extemporanément avec un drain et de la gaze en lanière. On introduit dans ce cas le tube contenant le sel de radium entouré de son étui-filtre primaire à l'intérieur du drain et on en ferme les deux extrémités au ras de l'appareil par une double ligature à la soie. Puis le drain lui-même est entouré d'une vingtaine d'épaisseurs de lanière de gaze stérile très serrée.

M. Descomps a fait fabriquer des appareils filtrants de ce genre où l'on n'a qu'à introduire l'étui-filtre primaire contenant le tube qui renferme le sel de radium. Ainsi, nous dit-il, préparés à l'avance et stérilisés, ces dispositifs évitent les improvisations de fortune difficiles à réaliser et presque toujours imparfaites. De plus, la gaine du caoutchouc étant extérieure au manchon de gaze, l'introduction dans l'utérus est beaucoup plus facile, moins traumatisante et moins douloureuse.

Doses de radium à employer. — Il y a plusieurs manières de noter les doses en radiumthérapie et ceci prête parfois à des équivoques. Pour les gynécologues, la méthode la plus claire et la plus facile est de compter en centigrammes-heures.

Les éléments du calcul sont simples. Il suffit de multiplier le premier terme qui est le tube de Dominici contenant 5 centigrammes de sel de radium par le second terme qui est le nombre d'heures durant lequel ce tube est employé. Ainsi un tube de 5 centigrammes laissé en place pendant dix heures représente une dose de 50 centigrammes-heures.

Quant à la quantité de radium à employer, M. Descomps formule deux règles :

1° La dose varie avec l'âge de la malade et en raison directe de celui-ci : à femme plus jeune, plus faible dose.

2° La dose varie avec l'âge de la tumeur et également en raison directe de celui-ci : à tumeur plus ancienne, plus forte dose.

Il emploie de préférence les doses faibles, car il estime que les doses fortes sont inutiles et peuvent être dangereuses. Aussi ne dépasse-t-il pas la dose de 125 centigrammes-heures par séance et ne fait-il jamais plus de deux séances à huit jours d'intervalle. Chez les femmes jeunes présentant de petites tumeurs, il abaisse la dose jusqu'à 60 centigrammes-heures en une seule séance.

Préparation des instruments. — Comme nous l'avons dit plus haut, on opérera dans une salle d'opération, en milieu chirurgical.

Il faut avoir à sa disposition comme instruments : deux valves ou un spéculum, la série de dilatateurs de Hégar, une pince de Museux, une pince porte-tampon, une paire de ciseaux, quelques pinces hémostatiques.

On aura également comme matériel : alcool, teinture d'iode, éther, champs, compresses, mèche-lanière de 6 centimètres de largeur, vaseline stérile, grosse soie, drain n° 20, qui sera avantageusement remplacé par le dispositif filtrant tout préparé, dont il a été question antérieurement.

Technique de l'intervention. — *a.* L'anesthésie générale n'est pas indispensable et on peut parfaitement s'en passer. Toutefois chez bon nombre de malades pusillanimes, on est obligé d'y avoir recours.

b. Le chirurgien et son aide se sont brossés les mains, sont gantés, habillés comme pour toute intervention aseptique.

c. La malade est placée sur la table d'opération en position gynécologique, le siège surélevé. Le périnée est badigeonné de teinture d'iode, la vulve et le vagin sont nettoyés à l'éther. On peut également passer une couche de teinture d'iode sur le col utérin.

d. On place le spéculum ou on fait tenir les valves par l'aide. La lèvre inférieure du col est pincée. A l'aide de l'hystéromètre, on mesure la cavité utérine. Puis, si la dilatation ne paraît pas suffisante, on la complète avec des bougies de Hégar. Chacun des numéros de la série est introduit graduelle-

ment, laissé en place quelques secondes et immédiatement remplacé par un autre. On conseille généralement de s'arrêter au n° 12. Mais, M. Descomps n'hésite pas aller jusqu'au n° 15. Il insiste sur le fait que la dilatation est trop souvent insuffisante, ce qui a de multiples inconvénients, dont le principal est de ne pas assurer ultérieurement un drainage suffisant des exsudats utérins. Au contraire, une filtration large, tout en donnant sur ce point toute satisfaction, permet pendant l'application, une forte filtration secondaire.

Il va sans dire, cependant, que la dilatation large, pour souhaitable qu'elle soit, ne doit jamais créer de déchirure, ni de dilacération du col, car on irait alors à l'encontre des buts poursuivis, en créant une porte d'entrée à l'infection.

e. On prend alors, l'appareil radifère composé, comme il a été dit plus haut, du tube contenant les sels de radium, de l'étui-filtre primaire en métal, du filtre secondaire formé par un dispositif de gaze et de caoutchouc. On emboîte successivement les diverses pièces les unes dans les autres et on assujettit le tout par une forte ligature à la soie. Une extrémité du fil de ligature sera laissée intacte afin de pouvoir demeurer à la vulve et permettre de retirer l'appareil par simple traction en cas de besoin.

f. L'appareil est alors enduit de vaseline stérilisée et introduit dans la cavité utérine, au moyen de la pince porte-tampon. Il doit disparaître complètement dans les tissus. On applique, alors, sur le col utérin, un tamponnement assez serré avec la lanière de gaze aseptique.

g. La durée de l'application est fonction de la dose. Elle est, comme nous l'avons vu, en moyenne de vingt-quatre heures. La malade est donc reportée dans son lit et surveillée de près. Au cas où des accidents sympathiques et bulbaires de shock se déclareraient (vomissements, hypothermie, accélération du pouls, dyspnée, frisson, pâleur de la face, refroidissement des extrémités, etc.) on retirerait immédiatement l'appareil radifère, au moyen du fil de soie et on pratiquerait une injection souscutanée d'huile camphrée et de spartéine.

h. Le temps de l'application étant écoulé, on retire les mèches vaginales et l'appareil radifère.

i. Pour éviter toute complication, on fait garder le lit à la malade pendant une semaine environ et on lui fait prendre deux fois par jour des injections antiseptiques. Le plus souvent existent des pertes sanguinolentes, parfois très abondantes, qui peuvent se prolonger pendant plusieurs semaines. D'où la nécessité d'un col bien ouvert et, partant, d'un utérus bien dilaté.

Accidents. — Nous devons, maintenant, signaler les quelques accidents ou incidents qui ont pu être observés au cours de l'application du radium.

Clark (de Philadelphie), sur 150 cas, a observé parfois des nausées, des douleurs, une leucorrhée profuse. Chéron, sur 120 cas, n'a observé qu'un incident : la production d'une radiumdermite vulvaire qui, d'ailleurs, ne dura que quinze jours. J.-L. Faure a observé, dans quelques cas, des accidents inflammatoires.

Dans son rapport au IIe Congrès de l'Association des gynécologues de langue française (Paris, sept. 1921), Kœnig relate quelques cas d'accidents graves survenus après l'application intra-utérine du radium : réveil d'anciennes infections annexielles avec septicémie ascendante, péritonite diffuse entraînant la mort [Samuel (New-Orléans), 3 cas; Kelly, 1 cas; Kupferberg, 1 cas; Gauss, 1 cas]. De ce fait, Gauss et Friedrich évaluent la mortalité à 0,11 p. 100. Mais il s'agissait là — et on ne saurait trop insister sur ce fait — d'infections manifestes antérieures au traitement.

Avec notre maître, M. Descomps, nous avons eu l'occasion d'observer deux sortes d'incidents.

Les uns, essentiellement bénins, consistent en pertes, sanguinolentes parfois, hydrorrhéiques le plus souvent, pouvant se prolonger pendant vingt, trente, quarante jours. Elles peuvent être abondantes et il est bon d'avertir la malade à l'avance de cette éventualité.

Les autres, plus sérieux, sont des accidents sympathiques et bulbaires attribuables au shock. Ils consistent en nausées, vomissements, douleurs, vertiges, hyperthermie, accélération du pouls, dyspnée, pâleur de la face, refroidissement des extrémités, frisson, langue sèche, oligurie, diarrhée, avec état de malaise progressivement croissant.

Nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs fois ces accidents qui peuvent d'ailleurs présenter tous les degrés. S'il ne s'agit que d'élévation de température, d'accélération du pouls, de nausées, de douleurs, on peut temporiser. Mais dès que l'on observe un des signes suivants : vomissements, pâleur de la face, refroidissement des extrémités, frisson, malaise croissant progressivement, il n'y a pas à attendre. Il faut immédiatement retirer le radium et pratiquer une injection sous-cutanée d'huile camphrée et de spartéine. Et l'on attend huit jours, quinze jours pour tenter un nouvel essai ; en général, le radium finit par être toléré dans la mesure de la dose utile.

Critiques adressées à la méthode. — Quelques auteurs, MM. Desjardins (*Soc. des chir. de Paris*, 3 déc. 1920), Leuret (*Soc. des chir. de Paris*, 20 mai 1921), Jacobs (*Soc. belge de gynécol. et d'obstétr.*), Molin (*Soc. de chir. de Lyon*, 30 juin 1921) ont publié des observations nettement défavorables à l'emploi du radium dans le traitement des fibromes. Dans plusieurs cas, ils accusent le radium d'avoir déterminé des accidents infectieux graves et même mortels. Mais, comme le dit excellemment M. Bérard, « ces accidents sont souvent le fait de manœuvres de curettage, de dilatations qui précèdent ou accompagnent la mise en place dans des cavités septiques ». Et cet auteur rapporte deux cas de mort survenus par septicémie suraiguë, quelques jours après un curettage préalable de champignons cancéreux pour préparer une application de radium qui n'eut pas le temps d'être faite. En effet, un utérus malade est la plupart du temps un utérus infecté et très souvent, sans signes apparents, les trompes le sont également (Albertin). Il n'est donc pas besoin de radium pour déclencher l'infection qui, ravivée dans l'utérus, gagnera le petit bassin.

En deuxième lieu, ils ont accusé le radium de donner un coup de fouet aux néoplasmes et de favoriser les métastases. Mais des chirurgiens, tels que M. Bérard, déclarent qu'ils n'ont pas observé de métastases plus fréquentes après l'emploi du radium qu'après celui du bistouri. D'autre part, M. Nové-Josserand qui a employé la radiumthérapie contre les tumeurs de l'enfant a constaté la généralisation dans deux cas sur cinq, mais il ajoute que cette proportion n'a rien d'exceptionnel. Aussi semble-t-il

bien que l'on ne puisse, dans l'état actuel de la question, imputer au radium la formation des métastases. Tout au plus, peut-on admettre, avec Rubens-Duval, qu'elle active la croissance des métastases préexistantes.

Il n'en reste pas moins vrai qu'il faut essayer d'écarter par un examen très attentif la possibilité d'un néoplasme. Quand on aura le moindre doute, l'examen histologique s'impose.

Aussi peut-on dire d'une manière générale que les échecs ou les accidents mis sur le compte de la radiumthérapie proviennent de fautes de technique (doses excessives, filtrations mauvaises ou insuffisantes, applications trop nombreuses) ou de la méconnaissance des contre-indications.

Résultats. — Il nous reste maintenant à étudier quels sont les résultats de l'application du radium aux fibromes utérins. Nous avons parcouru à cet égard dans les revues françaises et étrangères les statistiques qui ont été publiées. Certaines sont extrêmement impressionnantes et par le nombre de cas étudiés et par les observations qui les accompagnent. Beaucoup d'autres il est vrai sont plus modestes et ne portent que sur un petit nombre de cas. Nous allons passer en revue les unes et les autres.

Chéron (*Soc. de méd. de Paris*, 1912), a traité par le radium 120 petits fibromes. Dans 117 cas il a obtenu une hémostase définitive. D'après le même auteur la statistique fournie par les fibromes moyens est moins satisfaisante. Sur 25 cas qu'il a traités, 12 seulement furent ménopausés. Et sur le dernier chiffre 5 fibromes diminuèrent réellement de volume, 3 restèrent stationnaires, 4 augmentèrent sensiblement.

Clark (de Philadelphie) a traité 156 cas. Pour cet auteur les résultats heureux peuvent être considérés comme constants, puisqu'il n'a relevé que 4 échecs.

Kelly (de Baltimore) a traité de 1913 à 1918, 210 cas de fibromes. Ses résultats, d'après M. Nogier, sont les suivants : 94 tumeurs disparues ou pratiquement disparues; 64 tumeurs diminuées; 13 malades symptomatiquement bien (refusant tout examen); 2 malades non améliorées; 9 malades opérées consécutivement à l'opération; 2 mortes; 6 malades n'ayant pas suivi leur traitement jusqu'au bout; 7 malades n'ayant pas donné de leurs nouvelles; 13 malades trop récemment traitées pour qu'on puisse donner un résultat.

Mme Fabre (*Soc. d'obstétr. et de gynécol.*), février 1920) a donné les résultats de 60 cas qu'elle avait traités. Chez la plupart de ses malades la ménopause s'est installée et est demeurée définitive.

Lequeux (*Soc. d'obstétr. et de gynécol.*, février 1920) a exposé les résultats obtenus chez 11 malades qu'il a traitées par le radium. Dans certains cas la régression du fibrome a été manifeste, dans d'autres il n'a pas observé de modifications sensibles.

Rouffort (de Bruxelles) a traité 50 fibromes, toujours avec succès, sauf dans un cas.

Mlle M.-L. Ranc (*Th. de Paris*, 1921) a traité 27 malades. Chez toutes les hémorragies ont cessé dès la première application et les tumeurs ont régressé chez la plupart presque complètement.

Pinkuss (*Medicin. Wochensch.*, 1916) a traité 83 cas de fibromes sous-muqueux, Il a obtenu 73 guérisons et 5 échecs qui exigèrent ultérieurement l'opération.

Violet (*Avenir médical*, janvier 1921) sur 7 applications a obtenu 4 fois un résultat parfait, 2 fois un résultat incomplet.

Siredey (*IIe congrès de l'Association des gynécologues de langue française*) a traité par le radium 122 cas de fibromes. Sur 113 malades qui ont pu être revues ultérieurement il a noté 5 échecs. Dans 5 autres cas il eut un résultat incomplet et les malades durent être opérées. Les 103 malades paraissent guéries actuellement.

Pierre Descomps a traité 25 fibromes par le radium. Dans 10 cas il a observé une disparition complète de la tumeur; dans 11 autres cas cette dernière avait diminué très considérablement (de moitié ou des deux tiers). Dans 2 autres cas les résultats furent moins appréciables, dans un autre ils furent nuls (il s'agissait alors d'un néoplasme du corps utérin). Enfin une malade n'a pu être revue ultérieurement.

De l'ensemble des observations qui ont été publiées, il apparaît que la durée de la régression des fibromes est en moyenne de trois mois. Mais cette régression est fort capricieuse. Avec M. Descomps, nous avons vu des tumeurs diminuer de moitié en une semaine ou deux et disparaître complètement en un mois. Mais dans d'autres cas la régression fut lente et se poursuivit pendant quatre et même six mois. M. Nogier en a vu s'accentuer beaucoup plus tardivement encore entre le huitième et le douzième mois.

Mais les symptômes fonctionnels disparaissent d'une manière beaucoup plus rapide. En premier lieu les hémorragies, puis les exsudats utérins.

L'action sur les hémorragies est véritablement impressionnante. Le plus souvent, dit Nogier, on arrête l'hémorragie comme on ferme un robinet. Et Miller déclare que le radium a apporté un tel remède aux hémorragies génitales de la femme qu'il en est le spécifique comme la quinine pour la fièvre intermittente ou le sérum pour la diphtérie. Cet enthousiasme est en grande partie justifié par les faits.

Conclusion. — En définitive il nous apparait de plus en plus comme certain que, parmi les traitements des fibromes utérins actuellement employés, la radiumthérapie mérite de retenir sérieusement l'attention du praticien. Sans doute il est exagéré de déclarer avec Kelly (de Baltimore) qu'elle a fait faire « harâ-kiri » à la chirurgie pour le traitement des fibro-myomes. Dans un très grand nombre de cas en effet le traitement chirurgical restera encore le traitement de choix. Mais dans beaucoup d'autres cas la radiumthérapie pourra être employée avec succès.

BIBLIOGRAPHIE

Bonneau et Thévenard. Application du radium en gynécologie, *Paris chir.*, 15 avril 1921.
Chéron. *Arch. mens. d'obst. et de gyn. de Paris*, janv. 1913.
Chéron et Bouchacourt. De l'association de la radiothérapie et de la radiumthérapie dans le traitement des fibromes utérins, *Bull. de la Soc. d'obst.*, 1912.
Clark (S. M. O.). Le traitement des myomes utérins par le radium, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, sept. 1919.
Condamin et Nogier. La radiumthérapie en gynécologie, *Lyon méd.*, mars 1918; août 1918 et 1919.
Descomps (Pierre). La radiumthérapie des fibromes utérins, *La Médecine*, avril 1921 ; — La radiumthérapie des fibromes de l'utérus, *Revue méd. franç.*, juillet 1921.
Fabre (Mme). Soixante cas de fibromes traités par le radium, *Soc. de gyn. et d'obst.*, 1920.

FAURE (G.-L.). Interview de *L'Hôpital*, juin 1921 ; — Curiethérapie des fibromes utérins, rapport au *VIe Congrès de l'Assoc. des gyn. de langue franç.*, Paris 1921.

FLEIG. Radio et radiumthérapie des fibromes utérins, *La Vie médicale*, oct. 1920.

GAGEY. Le radium dans le traitement du fibrome utérin, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 mai 1920.

GAROBY (Mme). *Th. d'Alger*, 1921.

KELLY. *Trans. of the amer. gyn. Soc.*, 1917, vol. XLII.

LABORDE (Mme). Radiumthérapie des métrorragies, *Gaz. des hôpit.*, 30 déc. 1920 ; — Radiumthérapie, in *Traité de pathologie médicale* de Sergent, t. XXXII.

Leda J. STEACY. *Minnesota medicine*, mars 1919, vol. II.

LEQUEUX. *Soc. de gyn. et d'obst.*, fév. 1920.

MILLER. *Surg., gyn. and obst.*, mai 1918.

MUSSO. *Th. de Lyon*, 1921.

NOGIER. La radiumthérapie des fibromes utérins, *Journ. de radiol.*, 1920, n° 12 ; — Interview de *L'Hôpital*.

PELLOTIER. *Th. de Lyon*, 1920.

RANC (Mlle). *Th. de Paris*, 1921.

VIOLET. La radiumthérapie en gynécologie, *L'Avenir méd.*, déc. 1920, janv., fév., mars 1921.

ZIMMERN. La thérapeutique des fibro-myomes par les radiations, *Gaz. des hôpit.*, sept. 1921.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 MAI 1922)

Expériences sur l'introduction de l'ion-iode par électrolyse chez l'homme, et son élimination par les urines. — MM. Georges BOURGUIGNON et CONDUCHÉ.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 JUIN 1922)

Le septième centenaire de la fondation de l'Université de Padoue. — M. MARTIN, qui a été délégué aux fêtes de Padoue par l'Académie, vient lui rendre compte de la réception sympathique et affectueuse dont M. Ch. Richet et lui furent l'objet.

Traitement des fibromes par le radium et la radiothérapie. — M. TUFFIER a toujours préconisé l'énucléation des fibromes plutôt que l'hystérectomie, parce que ce n'est pas une opération stérilisante. C'est même un avantage qu'elle a sur la radio et la radiumthérapie.

Un centre d'élevage des nourrissons. — MM. GUINON, RIBADEAU-DUMAS et VINCENT font une communication sur un nouveau centre d'élevage des nourrissons, placement familial à Le Mandrée (Seine-et-Oise), fondation américaine.

Choc anaphylactique expérimental par la voie respiratoire. — MM. F. ARLOING et L. LANGERON ont recherché sur le cobaye préalablement sensibilisé au sérum de cheval normal l'action d'antigènes homologues ou hétérologues introduits directement dans la trachée ou inhalés par l'animal après pulvérisation à l'entrée des voies respiratoires.

Des phénomènes d'anaphylaxie ont été observés d'une façon plus ou moins intense, soit après injection de sérum ou d'ovalbumine dans la trachée, soit après pulvérisation de sérum ou insufflations de poudre desséchée de sérum, d'ovalbumine ou de peptone.

Les poussières contenant des corps microbiens (bacillus subtilis, bacilles tuberculeux pulvérisés et desséchés) n'ont pas provoqué de choc, de même que les poudres organiques ou anorganiques (amidon, gomme arabique, guimauve, talc).

Le choc anaphylactique d'origine aérienne expérimental est donc possible. Il est d'autant plus net et rapide que l'antigène déchaînant se présente sous une forme plus facilement absorbable.

L'anaphylaxie d'origine respiratoire ne s'exprime pas d'une façon spécifique et localisée sur l'appareil aérien, mais il se traduit d'une façon générale sur l'ensemble de l'organisme et s'accompagne des phénomènes vasculo-sanguins de la crise hémoclasique.

Ainsi est confirmée la nécessité d'un terrain spécial (diathèse colloïdoclasique de Widal) dans la pathogénie spécifique des phénomènes asthmatiques.

De l'écrasement en chirurgie gastro-intestinale (recherches expérimentales). — MM. ABADIE (d'Oran) et ARGAUD (d'Alger). Afin de vérifier ce que devenaient les tissus écrasés et que certains chirurgiens considèrent comme dangereux de laisser inclus au niveau des sutures viscérales, parce que voués à la nécrose, les auteurs ont étudié avec coupes histologiques les résultats que donnent les différentes techniques d'écrasement, soit chez l'homme extemporanément, soit chez le chien sacrifié au bout de cinq jours ou au bout de douze jours.

Sans entrer dans le détail des coupes, il apparaît évident que les tissus écrasés ne sont nullement voués à la nécrose sont le siège d'un travail de cicatrisation particulièrement actif; le revêtement muqueux n'en est point gêné au contraire puisqu'au bout de cinq jours le revêtement épithélial est presque totalement réalisé.

Dès lors, il apparaît que l'écrasement conserve intégralement des avantages de technique plus aisée et plus aseptique.

Recherches du facteur terrain dans la production expérimentale du cancer par le goudron. — M. ROUSSY fait connaître une série d'intéressantes expériences qu'il a pratiquées sur des souris et qui démontrent qu'on arrive à produire des tumeurs dont les unes sont uniques et bénignes et dont les autres sont multiples et malignes. Ces différences ne peuvent s'expliquer que par la notion du terrain.

Un cas de maladie de Stokes-Adams; lésions du faisceau auriculo-ventriculaire. — M. O. JOSUÉ communique un cas de maladie de Stokes-Adams qu'il a pu suivre pendant un an.

Le pouls variait en général de 22 à 30, mais il tombait parfois à 15 et moins; parfois on observait même des pauses prolongées.

Au moment des crises de ralentissement le malade présentait des vertiges, des crises épileptiformes ou syncopales.

A l'examen électrocardiographique, on constatait, en dehors des crises, un rythme 2/1 (une contraction ventriculaire pour deux auriculaires), pendant les crises il y avait de la dissociation auriculo-ventriculaire complète. Les électrocardiogrammes montrent, de plus, qu'il existe une destruction complète de la branche droite de division du faisceau.

Les épreuves du nitrite d'amyle et de l'atropine n'ont pas accéléré le pouls même quand la dissociation était incomplète et qu'il y avait un rythme 2/1. Les épreuves pratiques avec électrocardiographie montrent que les oreillettes ne s'accélèrent pas pendant le rythme 2/1 et qu'elles s'accélèrent au contraire quand il y a dissociation complète.

L'autopsie du faisceau auriculo-ventriculaire, voie de passage des incitations contractiles des oreillettes aux ventricules, a mis en lumière des lésions profondes : sclérose marquée ayant détruit de larges portions du faisceau, d'une part; altération spéciale des cellules musculaires restantes, d'autre part. Celles-ci ont perdu leur aspect spécial, elles ressemblent aux autres fibres du myocarde, elles se sont « banalisées ». Cette banalisation s'étend à tous les éléments musculaires du faisceau.

Les lésions expliquent, en majeure partie, les troubles observés pendant la vie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 2 JUIN 1922)

Myopathie et syphilis. (*Présentation de malade.*) — M. MILIAN présente un jeune homme atteint d'atrophie musculaire généralisée, marquée par une adiposité pouvant laisser croire à un myxœdème fruste. De même, le développement des organes génitaux pourrait laisser penser à un syndrome hypophysaire. M. Milian insiste surtout sur l'étiologie qui

paraît être spécifique, malgré une réaction de Wassermann négative, malgré une ponction lombaire normale. Le malade est, en effet, le quatrième enfant, sept sont morts-nés et un neuvième enfant, âgé de trois mois, est couvert de plaques muqueuses.

Pour M. Milian, les myopathies sont liées à la syphilis comme le tabes, et partage l'opinion de M. Babonneix.

M. Crouzon ne croit pas que la syphilis soit toujours en cause au cours des myopathies. Il insiste aussi sur le diagnostic des myopathies et rappelle la confusion possible avec certains cas de méningo-myélite syphilitique.

M. Hallé a observé un cas de myopathie familiale dans lequel on relevait des antécédents syphilitiques chez un grand-père.

M. Lemierre rappelle que, en 1916, il a rapporté un cas de myopathie tardive survenue chez un homme de quarante ans atteint de syphilis. Mais il en a observé un autre cas dans lequel on ne retrouvait aucun antécédent spécifique. Il insiste, d'ailleurs, sur l'intégrité de la ponction lombaire et ne croit pas qu'on puisse comparer les myopathies au tabes.

M. M. Pinard signale que dans un cas de myopathie, malgré un Wassermann négatif, une enquête familiale lui a permis de se rendre compte qu'il s'agissait d'hérédo-syphilis.

M. Achard se demande comment on peut concevoir les rapports entre la syphilis et les myopathies. Pour lui, les liens sont moins étroits que ceux qui unissent le tabes à la spécificité.

M. Milian pense qu'il s'agit d'une maladie évolutive dont l'origine infectieuse est probable, et qu'il existe peut-être à la base des troubles des glandes à sécrétion interne déterminant la dystrophie.

Appareil portatif pour pneumothorax artificiel. — M. André Jousset présente un appareil léger, du format d'un gros livre, permettant de réaliser facilement à domicile la thérapeutique du pneumothorax.

Cet instrument n'exige le transport d'aucun liquide. L'indication de la pénétration pleurale est fournie par un oscillomètre que le jeu d'un robinet spécial transforme immédiatement en manomètre apériodique.

Le maniement de cet appareil est des plus simples.

Deux cas de syphilis pulmonaire. — M. Trémolières rapporte, au nom de M. Lecaplain (de Rouen), deux cas de syphilis pulmonaire à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

Ulcération intestinale chez un pneumonique azotémique. — MM. Lemierre et J. Levesque rapportent l'observation d'un homme atteint de pneumonie avec anurie et azotémie. A l'autopsie, on trouva, indépendamment d'une néphrite aiguë congestive, une ulcération siégeant sur l'iléon, à 1 mètre en amont de la valvule de Bauhin. Ils pensent que cette ulcération est due à la forte azotémie (3gr25 d'urée sanguine).

Syndrome de Babinski-Nageotte : hémihypermétrie de la langue. — M. Ricaldoni (de Montevideo).

Election. — MM. Tinel, Touraine et Ch. Richet fils sont nommés, à l'unanimité, membres de la Société.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 3 JUIN 1922)

Isolement direct sur milieu de Pétroff, des bacilles tuberculeux provenant d'abcès froids. — M. I. Tzetzu. Le milieu de Pétroff, dont M. le professeur Calmette et M. Limousin ont fait ressortir les avantages, se révèle comme un milieu spécifique pour le bacille tuberculeux. A la surface, même avec du matériel d'ensemencement impur, le bacille de Koch se développe presque seul.

M. Despeignes et MM. Rochart et Roussillon s'en sont servis avec des résultats variables pour la recherche du bacille tuberculeux dans les veines.

Nous avons cherché la présence des bacilles de Koch dans le pus provenant d'abcès froids à l'aide de ce milieu et nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Le milieu de Pétroff est un milieu si bien adapté au développement du bacille tuberculeux qu'il y pousse presque seul.

2° Il permet d'isoler des colonies de bacilles de Koch en partant de pus d'abcès froids dans lequel on ne voit aucun germe à l'examen direct, les colonies apparaissant avant que le cobaye ne succombe à la tuberculisation. On peut même isoler ainsi des bacilles avant l'apparition de l'induration ganglionnaire.

Le réflexe naso-facial utilisé comme test fonctionnel du système sympathique. — M. P.-E. Weill. Le réflexe naso-facial (larmoiement et congestion de la face, modifications des rythmes cardiaques et respiratoire, mydriase, dus à l'irritation de la muqueuse pituitaire par un tampon d'ouate introduit dans la narine) est variable avec le degré d'excitation du sympathique dont il permet d'apprécier le tonus et est un signe sémiélogique de grande valeur dans l'étude du sympathique. De plus il peut mettre en évidence une inégalité pupillaire latente et sa recherche est intéressante dans les affections pleuro-pulmonaires et dans tous les états morbides qui touchent le système sympathique.

Les hépatites expérimentales de la souris après inhalation de tétrachlorure d'éthane. — MM. Noël Fiessinger, M. Wolf et G. Blum, à l'occasion d'ictères observés chez les perlières intoxiquées par le tétrachlorure d'éthane montrent tout l'intérêt qui s'attachent à l'étude de cette substance toxique qui employée en inhalations en chambre close donne sur la souris des accidents aigus d'ivresse avec sommeil et coma et des accidents tardifs d'hépatite ictérigène avec dégénérescence parenchymateuse du foie.

Nouvelles recherches sur la lipopexie et la lipodiérèse pulmonaires. — MM. H. Roger et Léon Binet, dans une série de notes antérieures, ont essayé d'établir les faits suivants :

Le sang artériel recueilli sur un chien en digestion contient moins de matières grasses que le sang veineux prélevé dans le cœur droit. Ce résultat établit l'arrêt des graisses par le poumon (lipopexie pulmonaire). Dans le sang artériel conservé à l'étuve à l'abri des germes extérieurs, la graisse diminue rapidement (lipodiérèse sanguine); l'action lipodiérétique doit être attribuée aux globules rouges. Si le sang du cœur droit est conservé dans les mêmes conditions, la lipodiérèse est peu marquée. Les globules rouges semblent donc acquérir le pouvoir lipodiérétique en traversant le poumon.

MM. H. Roger et Léon Binet ont vérifié leurs résultats par la méthode des circulations artificielles; après avoir dosé les graisses dans le sang artériel et dans le sang veineux, ils ont établi une circulation de sang veineux à travers le poumon de l'animal sacrifié, en même temps qu'ils ont installé la respiration artificielle.

Les dosages permettent de constater qu'après circulation artificielle à travers le poumon, le sang du cœur droit a perdu une partie de la graisse qu'il contenait. La quantité fixée pendant la circulation artificielle est à peu près la même que dans les conditions physiologiques. De plus, en traversant le poumon, les globules rouges récupèrent le pouvoir lipodiérétique qui est nul ou peu marqué dans le sang du cœur droit; le résultat ne dépend pas d'une simple oxygénation du sang car en agitant fortement à plusieurs reprises du sang veineux, on lui confère une belle coloration rouge, mais on ne lui restitue pas le pouvoir lipodiérétique.

Formation des iridocytes. — M. J. Millot montre que les iridocytes ou guanophores se forment aux dépens de cellules conjonctives ou de leucocytes suivant deux processus différents : cristallisation de guanine; division d'iridocytes préexistants.

Essai sur l'anaphylaxie chez les bactéries. — MM. Fernand Arloing et Lucien Thévenot s'inspirant des recherches de Charles Richet sur les phénomènes d'accoutumance et d'anaphylaxie sur le ferment lactique ont recherché sur le bacille diphtérique, le bacille pyocyanique, le bacille subtilis et le micrococus prodigiosus les effets anaphylactiques obtenus par un brusque changement du taux du sérum ajouté au bouillon de culture.

Les microbes étaient sensibilisés par une culture de cin

jours dans du bouillon ordinaire additionné suivant les séries de 4, de 40 ou de 80 p. 1000 de sérum de cheval normal. Le choc a été produit en transportant directement les souches pendant quarante-huit heures dans du bouillon sérumisé à 200 p. 1000. Les effets du choc ont été vérifiés en bouillon et sur gélose ordinaires.

Il ressort que les caractères biologiques généraux de ces bactéries ont été modifiés. Les voiles des cultures, les pigments ont subi de profonds changements; la virulence du bacille diphtérique a été atténuée. La morphologie et la colorabilité n'ont pas été influencés. Les phénomènes observés semblent pouvoir être interprétés comme des manifestations de l'anaphylaxie chez les bactéries.

Essai de traitement de la carence du pigeon par des cultures mortes ou vivantes de microbes intestinaux. — MM. E. Weill, F. Arloing et A. Dufourt constatant les modifications considérables qui se produisent dans les fientes des pigeons en carence au point de vue de leur aspect et de leur teinte, ont recherché s'il était possible, comme d'autres auteurs l'avaient obtenu, en administrant des traces de cultures stériles de levure de bière ou de staphylocoque à un pigeon carencé, de modifier et de guérir l'état de carence développé chez ces oiseaux soumis au riz décortiqué, en additionnant leur régime journalier d'une dose connue de cultures microbiennes retirées des matières fécales des pigeons en expérience.

Ils cultivèrent sur gélose cinq types microbiens isolés des fécès? un tétragène jaune, un coli-bacille et trois bacilles sporulés gardant ou non le Gram. Les cultures solides étaient émulsionnées en eau salée, desséchées, pulvérisées et données au pigeon par gavage ou en suspension dans de l'eau.

Ils concluent de diverses séries d'expérience que chez les pigeons présentant une carence alimentaire nette produite par le riz décortiqué, l'administration de cultures microbiennes vivantes ou desséchées à diverses températures (37°, 52°, 75°, 105°) est incapable d'empêcher, aux doses indiquées, la marche progressive de la carence. Celle-ci continue à évoluer et entraîne la mort certaine dans un délai qui paraît varier surtout avec divers facteurs (ration journalière, résistance individuelle), mais qui, en aucun cas, n'a pu excéder quatorze jours.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 MAI 1922)

Traitement rééducatif de la crampe des écrivans, M. Kouindjy. — Le traitement de M. Kouindjy comprend le massage méthodique des muscles en hypotonie (extenseurs et abducteurs), les exercices kinésiques de ces muscles et la rééducation de l'écriture avec la main renversée. On intercale entre deux traits une prise d'encre qui oblige le repos des muscles spasmodiques. Ces prises d'encre deviennent de moins en moins fréquentes à mesure que l'écriture est plus facile. Le traitement exige trois, quatre mois. Résultats encourageants, comme le montrent les projections de l'auteur.

Transfusion du sang. — M. Rosenthal fidèle à la seringue, pour ne pas léser les parois des veines, utilise des canules montées sur trocart et qui peuvent se monter directement sur des seringues de 20, 100, 200 centimètres cubes. La grande transfusion à 500 centimètres cubes allant jusqu'à 1.500 centimètres cubes est un danger hépato-rénal : son emploi est exceptionnel.

Les lavements et les pansements intestinaux dans le traitement des colites. — M. R. Gaultier s'appuyant sur le contrôle des examens radioscopiques du rectum, montre les heureux résultats des lavements modificateurs (à l'ichtyol ou au bleu de méthylène) dans le traitement des colites. Il insiste surtout sur les pansements intestinaux à la gélose ou à la gélatine (suivant qu'il y a eu putréfaction ou fermentation intestinale) auxquelles il incorpore des poudres topiques, absorbantes, sédatives et antiseptiques (oxyde de zinc et bismuth). Ces pansements vernissent la muqueuse et la soustraient à l'irritation des fèces.

La loi de Bergonié-Tribondeau. — M. Schmitt explique la radiosensibilité des cellules néoplasiques par les réactions physico-chimiques qui se passent dans leur plasma. Les rayons X et le radium détruisent l'équilibre relatif qui existe entre les colloïdes et les ions, ils amènent des perturbations telles que la dégénérescence des tumeurs s'en suit. Celles-ci conformément à la loi de Bergonié-Tribondeau sont atteintes avant les tissus sains et normaux.

Ostéosynthèse par griffe dans les fractures de la rotule et de l'olécrane. — M. Judet, chez un homme de cinquante ans atteint de fracture de la rotule à grand écartement avec rupture des ailerons rotuliens a fait la ponction de l'hémarthrose et a coapté les fragments avec les griffes de Malgaigne. En cinq semaines, consolidation osseuse (radiographie) et résultat fonctionnel parfait. Dans les cas de fracture de rotule traités à la manière habituelle par l'arthrotomie et le cerclage, l'auteur n'a pas trouvé l'interposition fibreuse entre les fragments signalés par les classiques.

(SÉANCE DU 27 MAI 1922)

Chirurgie du côlon : fistules et fausses tumeurs. — M. Pauchet présente des pièces provenant d'une résection du côlon sigmoïde, porteur de diverticules et d'une fistule qui communiquent avec la vessie : ces diverticules sont des hernies de la muqueuse, consécutives à une constipation ancienne. La diverticulite est l'infection par les matières de ces pochettes à siège habituel sur le colon gauche. La diverticulite aboutit aux complications suivantes : suppuration péricolique, fistules colo-vaginales, vésicales, cutanées, sus-pubiennes. Chronique, elle peut produire des rétrécissements inflammatoires chroniques; enfin, elle peut aboutir au cancer du côlon. Traitement : incision des abcès, résection segmentaire du côlon suivant les indications.

Hypertrophie de la prostate. Fibromes utérins et activité sexuelle. — M. Guelpa estime que le fibrome de l'utérus se développe de préférence chez les nullipares. Il est exceptionnel chez les multipares. Parallèlement, l'hypertrophie prostatique atteint de préférence les monogames surtout intellectuels qui suppriment avant le terme leurs fonctions sexuelles. On ne l'observe guère chez les musulmans polygames où la fonction sexuelle à une gamme plus vaste d'application, non réduite par le surmenage cérébral et les prescriptions d'une hygiène erronée. De tout ceci et de la notion que l'utérus et la prostate sont le même organe différencié par le sexe, il en résulte l'avantage pour les hommes de ne pas enrayer trop tôt l'exercice des fonctions sexuelles et pour les femmes, le danger de vouloir éviter les grossesses.

Emploi des sels de bismuth dans la syphilis. — MM. Lacapère, Galliot et Valton essayant de pallier aux inconvénients de cette méthode, font des injections alternées de tartro-bismuthate intramusculaires et de novarsenobenzol intraveineux, avec des résultats encourageants; ils ont également essayé le bismuth pur à l'état colloïdal intraveineux. Très bien toléré, le bismuth donne ainsi de bons résultats.

Mortalité due à la syphilis héréditaire. Son diagnostic. — M. Leredde.

De la rate en pathologie. — M. Bérillon.

REVUE DES THÈSES

Le Foie et la tuberculose (1), par le docteur Emile-Joseph Aubertin, interne des hôpitaux.

Cette étude très documentée comprend trois parties : 1° un rapide examen historique de la question ; 2° un examen sommaire des diverses lésions du foie des tuberculeux; 3° une courte discussion sur leur pathogénie.

Du *point de vue anatomique*, les lésions du foie sont

(1) *Th. de Toulouse*, 1922, chez Marqueste, E.-H. Guitard, édit., 7, rue Ozanne.

presque constantes à l'autopsie des tuberculeux morts de leur tuberculose. Ce sont, soit des lésions folliculaires typiques, présentant généralement peu d'extension, dues au bacille lui-même, soit des lésions non folliculaires; ces dernières atteignent, tantôt le tissu interstitiel (sclérose), tantôt le parenchyme qui peut présenter des dégénérescences (stéatoses et amyloses surtout) ou des hyperplasies beaucoup plus rares d'ailleurs; elles paraissent résulter d'une foule de facteurs associés : corps bacillaires et toxines adhérentes, toxines bacillaires diffusibles, infections secondaires, produits toxiques de désintégration cellulaire, causes pathogènes surajoutées, comme intoxication digestive, alcoolisme, etc.

Du *point de vue clinique*, l'auteur envisage trois cas particuliers :

1° Les troubles digestifs sont très fréquents dans le tableau clinique de la prétuberculose — ou de l'état qu'on considère comme tel, et qui n'est comme l'a dit Sergent qu'une pré-rechute — ; il semble qu'ils aient une répercussion sur le foie dont les troubles fonctionnels peuvent être aussi un facteur prédisposant à l'éclosion d'une infection bacillaire primitive ou au réveil d'une réinfection préexistante.

2° Il est souvent difficile en clinique de poser le diagnostic de cirrhose ou d'hépatite tuberculeuse, la simple coexistence de la cirrhose et de la tuberculose ne suffit pas chez le même malade pour affirmer l'unité de nature des deux affections. D'autres facteurs paraissent au contraire, pendant longtemps, avoir un rôle prédominant dans le déterminisme de la lésion hépatique, et parmi ceux-ci l'alcoolisme est le plus important. Tant que les processus cirrhogènes (alcoolisme, tuberculose) frappent plus le tissu interstitiel que le tissu parenchymateux, la tuberculose peut rester torpide et la cirrhose prédominer; mais dès que l'insuffisance hépatique apparaît, le pronostic s'assombrit et la tuberculose, le plus souvent, prend alors une marche plus aiguë, influencée sans doute par l' « anergie hépatique » concomitante, qu'elle aggrave encore de ce chef.

3° La tuberculose à elle seule frappe pourtant le foie d'une façon presque constante au cours de son évolution, mais généralement les atteintes qu'elle provoque à son niveau sont plus silencieuses que lorsqu'elle joint son effet néfaste à celui d'autres facteurs associés, également nuisibles à l'intégrité cellulaire hépatique.

L'auteur a recherché l'insuffisance hépatique chez un grand nombre de tuberculeux à l'aide d'un certain nombre d'épreuves fonctionnelles du foie, il a obtenu les résultats suivants :

a. L'insuffisance hépatique est constante et souvent prononcée à la fin de toutes les tuberculoses pulmonaires chroniques. Et tout tuberculeux qui présente pendant plusieurs mois un foie déficient est un tuberculeux dont l'état général est le plus souvent parallèlement très atteint et dont le pronostic est franchement mauvais.

b. Tout tuberculeux qui ne présente pas d'insuffisance hépatique est un tuberculeux qui, le plus souvent, va bien, et dont les lésions sont torpides. Mais rien ne permet de prévoir, par l'examen fonctionnel de son foie, qu'une poussée évolutive ne se produira pas dans un temps indéterminé, au cours de laquelle, d'ailleurs, l'atteinte du foie pourra alors se manifester de façon au moins passagère.

c. Et, en effet, c'est surtout au cours des poussées évolutives que la bacillose lèse le foie; ce sont les poussées évolutives répétées qui l'acheminent progressivement vers la déchéance définitive, associée le plus souvent à la déchéance de tout l'organisme.

Du *point de vue pathogénique*, l'atteinte du foie au cours de la tuberculose doit être considérée comme le résultat de son surmenage, et si cet organe est si fréquemment lésé dans cette maladie éminemment générale, c'est sans doute parce qu'il joue un rôle dans la lutte de l'organisme contre l'infection bacillaire. Ce rôle est double.

Son rôle d'élimination s'exerce vis-à-vis des bacilles de Koch eux-mêmes et des déchets organiques résultant de la fonte cellulaire, déchets qu'il peut aussi transformer et éliminer.

Son rôle d'élaboration intervient dans l'augmentation des échanges dont l'organisme a besoin pour mener sa lutte contre l'infection.

Il y a donc un intérêt primordial, dans le traitement de la tuberculose, à ménager le foie et à faciliter son fonctionnement. A cet égard, la suralimentation et les pratiques médicamenteuses intempestives sont des plus dangereuses.

P. PRUVOST.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 12 juin. — Jury : MM. Letulle, président; Labbé (Marcel), Sergent et Ribierre. — M. PÉLISSIER (Aimé). Contribution à l'étude de la rupture des anévrismes de l'aorte. — M. PELLERIN (André). Anévrisme du cœur et syphilis. — M. BORDET (Francis). Les variations du sucre libre et du sucre protéidique du plasma. — M. PIÉRI (Jean). Le vitiligo chez les addisoniens.

Jeudi 15 juin. — Jury : MM. Widal, président; J-L. Faure, Lejars et Bezançon. — M. LIGNIÈRES (Robert). Contribution à l'étude et à la classification des salmonelloses humaines et animales. — M. LION (Robert). Des ossifications anormales du genou. — M. LEHMANN (Henri). Etude critique et comparée des diverses méthodes d'injections intratrachéoles. — M. FILLATRAU (Raymond). Contribution à l'étude des fibromes. — M. RENAUX (Roger). La néphrectomie dans la carcinose rénale.

Samedi 17 juin. — Jury : MM. Achard, président; Bezançon, Carnot et Nobécourt. — M. DOSSIN (Marcel). Contribution à l'étude des formes cliniques de la dissociation ventriculaire. — M. GARDEL (Edouard). Valeur des signes radiologiques dans le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. — M. DELACLOCHE (Jean). De l'action des bains carbogazeux sur les troubles endocriniens. — M. BOURGOIN (Henri). Contribution à l'étude du purpura chez l'enfant. — M. LANGERON (J.). La diphtérino (réaction et sa valeur).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 46. — MARDI 13 & JEUDI 15 JUIN 1922. 95e ANNÉE. MADI 13 & JEUDI 15 JUIN 1922. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 9 juin. — MM. Bloch (Marcel) et Heuyer, 19,72; Bith, 19,09; François, 17; Donzelot, 19.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours du prosectorat. — *Epreuve de chirurgie.* — MM. Richard, 14; Moulonguet, 15; Michon, 17; de Gaudart d'Allaines, 16; Fey, 19; Ducastaing, 15; Sénèque, 16; Hertz, 14.

Epreuve de médecine opératoire. — MM. Richard, 25; Moulonguet, 18; Michon, 24; de Gaudart d'Allaines et Fey, 27; Ducastaing, 24; Sénèque, 25; Hertz, 26.

— Le Doyen de la Faculté de médecine de Paris est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, aux clauses et conditions énoncées dans l'acte, en date du 2 février 1922, la donation faite à cette Faculté par Mme Claire-Léonie Lassaignet, veuve de M. Paul-Georges Dieulafoy, en son vivant professeur à ladite Faculté, membre de l'Académie de médecine, de 26.000 fr. de rente française 3 p. 100.

Les arrérages de ladite rente constitueront la donation Claire-Georges Dieulafoy et seront affectés au laboratoire de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, au laboratoire de la clinique médicale à l'hôpital Cochin, au laboratoire de la clinique médicale à l'hôpital Saint-Antoine, au laboratoire de la chaire de pathologie interne de la Faculté et, ultérieurement, pour une part, à la fondation de bourses annuelles de 1.000 fr.

Les titres de rente précités seront immatriculés au nom de la Faculté de médecine de Paris, avec mention sur l'inscription, de la destination des arrérages. (*J. O.*, 9 juin 1922.)

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux, — M. le docteur Sellier, docteur ès-sciences naturelles, est nommé, à partir du 1er novembre 1922, professeur d'hydrologie thérapeutique et de climatologie à la Faculté de médecine de Bordeaux (chaire nouvelle).

— Toulouse. — M. Lafforgue, agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine de Toulouse, est nommé, à partir du 1er novembre 1922, professeur d'hydrologie thérapeutique et de climatologie à ladite Faculté (chaire nouvelle).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Sont nommés conseillers techniques sanitaires adjoints du ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales :

MM. les Drs Cruveilhier, de l'Institut Pasteur, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France; Georges Guilhaud, secrétaire du Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Les conseillers techniques sanitaires adjoints pourront être chargés, par le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, d'études et de missions spéciales dans les cas prévus par le décret du 4 mai 1922, où le contrôle sanitaire, sur un point quelconque du territoire, devra être renforcé. (*J. O.*, 8 juin 1922.)

LA LUTTE CONTRE LE CANCER. — Par arrêté en date du 31 mai (*Journal officiel*, 9 juin 1922) le ministre de l'Hygiène vient d'instituer une Commission chargée de coordonner les travaux et les efforts relatifs à l'étiologie, à la pathogénie, à l'étude clinique, à la thérapeutique et à la prophylaxie du cancer.

Sont nommés :

Président d'honneur : M. le Dr Roux, directeur de l'Institut Pasteur.

Président de la Commission : M. le prof. Quénu.

Vice-présidents de la Commission : MM. Calmette, Roger, Letulle, Delbet, Hartmann.

Membres de la Commission : MM. Abelous, Appell, Bar, Béclère, Becquerel, Belot, Bérard, Bergonié, Bernard, Berthelot, Brault, Brumpt, Cadiot, Calmels, Chauffard, Chauveau, Chevalier, Combemale, Couvelaire, Coville, Mme Curie, MM. Darier. Debierre, Dequidt, Desgrez, Doléris, Dopter, Even, Faivre, Fillassier, Forgue, Godart, Gosset, Gouzien, Goy, Herrenschmidt, Hudelo, Hoche, Juillerat, Ledoux-Lebard, Lumière, Marchoux, Masson, Maulmond, Ménétrier, Merlin, Mourier, Netter, Nogier, Peyron, Petit (A.), Petit (G.), Pottevin, Proust, Richet, Roussy, Rémond, Renault, Regaud, Sartory, Sergent, Sieur, Henry-Thierry,

Tuffier, Vincent (E.), Vincent, Walther, Widal, Zimmern.
Secrétaires : MM. Cruveilhier, Guilhaud, Schnerb.
Secrétaires adjoints : MM. Bernard et Péron.

CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Hôpital de la Charité, professeur : M. Emile SERGENT.) — COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE, donné sous les auspices de la Faculté et de la mission Rockefeller, par M. le prof. Emile Sergent, avec la collaboration de MM. Guinon, Méry, Babonneix, Bertier, Brissaud, Cottenot, Courcoux, Durand, Genevrier, Gimbert, d'Heucqueville, Hubert, Kuss, Laurens, Louste, Pruvost, Ribadeau-Dumas et Trémolières, du 15 juin au 13 juillet 1922.

Conférences à l'hôpital de la Charité (à 17 h. 1/2, à moins d'indication contraire).

Exercices pratiques (au début de l'après-midi).

Stage hospitalier (tous les matins).

Les exercices pratiques et le stage dans les services hospitaliers seront réservés uniquement aux boursiers de la mission Rockefeller et aux élèves qui auront versé au secrétariat de la Faculté les droits d'inscription. Les conférences théoriques du soir seront publiques et pourront être suivies par un nombre illimité d'auditeurs.

Les droits d'inscription sont de 150 francs.

Un certificat sera délivré aux élèves du cours.

HOTEL-DIEU. — M. Leven fera une leçon sur l'appendicite et les erreurs de diagnostic (présentation de malades, 1909-1922) le mercredi 21 juin, à 10 h. 30, amphithéâtre Dupuytren.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs van Bever (d'Anvers), Henri Carrard (de Montreux), Deprest (de Mœhkerke), Dresch (d'Ax-les-Thermes), Ch. Diverneresse (de Saint-Mandé), van Leynseele et Jules Loin (de Bruxelles), Jules Steinhaus (de Schaerbeck); J. Saint-Hubert Serre, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et de M. Pierre Fabre, externe à l'hôpital Trousseau, mort victime du devoir professionnel.

JURISPRUDENCE ET LEGISLATION

TAXI-AUTOS. — TRANSPORT HORS DES FORTIFICATIONS

INDEMNITÉS SPÉCIALES DE PASSAGE ET DE RETOUR

Les médecins et chirurgiens sont obligés pour l'exercice de leur profession d'avoir recours à Paris au moyen de transport par taxi-autos; les exigences des chauffeurs sont souvent l'occasion de difficultés pour le règlement du prix de la course. Dans un jugement du 1er mars 1922, le tribunal civil de la Seine a eu à examiner une de ces difficultés qu'il a résolues en faveur du voyageur. Il s'agissait d'un transport hors des fortifications; quoique rentrant à son dépôt qui était situé près de l'endroit où il avait conduit le voyageur, le chauffeur avait émis la prétention de réclamer l'indemnité de passage des fortifications et l'indemnité kilométrique de retour, alors que la voiture munie de la gaine rentrait audit dépôt.

Le 2 mai 1919, vers 22 heures, G... prit place dans le fiacre automobile conduit par M... et se trouvant en stationnement, avenue de la Grande-Armée, à Paris, alors que le taximètre de la voiture était revêtu de la gaine de direction « Levallois-Perret ». G... se faisait conduire à Levallois-Perret.

A l'arrivée, M... lui réclama le paiement de 8 fr. 20 portée au compteur, comprenant notamment :

Course et supplément de prise en charge....	1.60
Indemnité de passage des fortifications......	1. »
Indemnité de retour..........................	0.50
Total..................	3.10

G... refusa de payer ces deux dernières sommes. Il se rendit avec M... au Commissariat de police; le compteur enregistra pour l'attente et le transport au commissariat une somme de 5 fr. 10 formant 8 fr. 20, somme réclamée par M...

M... prétendait que la gaine avait été instituée par l'ordonnance du préfet de police du 18 octobre 1918, dans un but de protection pour les chauffeurs et qu'elle ne saurait réduire, directement ou indirectement, les tarifs en vigueur, lesquels doivent être perçus conformément aux indications portées au compteur. Ce qui, dit le jugement, est inexact : seule la gaine noire dépourvue d'inscription doit être réputée comme établie dans l'intérêt des chauffeurs; au contraire, la gaine portant l'indication du dépôt est soumise quant à son emploi par une réglementation étroite par les articles 1er, 2 et 3 de l'ordonnance du 18 octobre 1918, le chauffeur ne pouvant en faire usage qu'à certaines heures, lorsqu'il rentre au dépôt. Ce dernier est alors tenu de prendre en charge les voyageurs qui ont un parcours à effectuer dans la direction générale du dépôt (art. 1er).

Le chauffeur rentrant à son dépôt avec un voyageur ne peut être contraint de rentrer à Paris ; et, par conséquent, ce dernier n'est pas redevable de l'indemnité spéciale prévue lorsque la voiture n'est pas ramenée par lui dans Paris. L'indemnité kilométrique de retour n'est pas davantage exigible, lorsque la voiture munie de la gaine rentre obligatoirement au dépôt, avec un voyageur pris en charge dans Paris.

C'est le bon sens même. D'ailleurs ces indemnités justifiées par les dépenses d'essence et la perte de temps occasionnées au chauffeur qui, abandonné hors des fortifications par un voyageur, doit rentrer à Paris pour y retrouver des clients, sont dépourvues de cause lorsque le chauffeur rentre volontairement à son dépôt sans pouvoir prendre une autre direction et être contraint par qui que ce soit à rentrer à Paris.

La résistance du voyageur était pleinement fondée; aussi le tribunal lui a-t-il donné gain de cause; non seulement il n'a pas obligé le voyageur à payer les deux indemnités injustement réclamées, mais encore il a rejeté la demande du chauffeur tendant à faire payer ce qui était réclamé pour l'attente et le transport au commissariat de police.

Le litige portait sur une somme très minime; et il a fallu un certain courage à ce voyageur pour aller devant les tribunaux; mais c'est rendre un véritable service à tous que d'empêcher d'être exploité par les chauffeurs qui abusent fréquemment de l'ignorance de ceux qu'ils transportent.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CONGRÈS

LE IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPARÉE s'ouvrira à Rome, le 20 septembre prochain.

Le Comité français, présidé par M. le prof. H. Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris, appelle l'attention de tous ceux qui s'intéressent aux sciences médicales, sur l'importance de ce Congrès et les invite de façon pressante à donner leur adhésion pour que la France, organisatrice du Ier Congrès, en 1912, soit représentée comme elle le mérite à cette manifestation scientifique internationale.

Envoyer les adhésions à M. Grollet, secrétaire général du Comité, 45, avenue Victor-Hugo, à Paris (cotisation 40 lires).

Le programme que nous avons sous les yeux montre qu'un grand nombre de questions d'actualité seront l'objet de communications. Il importe que la participation française soit aussi importante que possible.

LES « NODOSITÉS JUXTA-ARTICULAIRES » SYPHILITIQUES

Par les Professeurs A. CANGE et R. ARGAUD
de la Faculté de médecine d'Alger.

Sous la dénomination de « nodosités juxta-articulaires » que leur a donnée le professeur Jeanselme, on décrit une affection caractérisée par le développement, au voisinage immédiat d'une ou de plusieurs grandes jointures des membres (1), de tumeurs indolentes, de consistance fibreuse, de configuration générale arrondie ou ovalaire, uni ou multilobées, généralement multiples, parfois conglomérées, mais le plus souvent distinctes les unes des autres. Leur volume varie de la grosseur d'un pois à celui d'un œuf de canard. Leur siège est le tissu cellulaire sous-cutané dans les régions où les téguments reposent immédiatement sur le plan osseux sous-jacent; les adhérences qu'elles présentent parfois avec eux, sont cependant toujours assez lâches ou assez réduites pour leur permettre une mobilité étendue. Leur marche est essentiellement chronique. Leur durée se chiffre par plusieurs années; parvenues à un certain degré de développement, elles persistent indéfiniment dans leur état; on les a vues toutefois se résorber, ou encore, au dire de certains auteurs, évoluer vers le ramollissement, l'ulcération et la cicatrisation consécutive.

Envisagé au point de vue de sa répartition géographique, le domaine de cette singulière affection, s'est considérablement accru et paraît appelé à s'étendre davantage encore en raison, non seulement, de la mêlée des races et des grands mouvements des peuples engendrés par la guerre, mais encore parce que l'attention des observateurs se trouve maintenant attirée sur ce chapitre intéressant et fréquemment méconnu de la pathologie.

Signalées en 1892, par Lutz, chez des habitants de l'intérieur du Brésil, les nodosités juxta-articulaires ont été observées dans la presqu'île indochinoise, par Jeanselme en 1904, puis dans les îles de la Sonde (Steiner); elles ont été retrouvées en Afrique, sur la côte occidentale d'abord, puis sur la côte des Somalis et à Madagascar. Elles ont été amplement étudiées en Algérie où on les a rencontrées dans les villes du littoral, dans la région des hauts plateaux et aussi dans les régions sahariennes.

Le travail de Foley et Parrot (2), inséré dans les *Archives des Instituts Pasteur de l'Afrique du Nord*, nous a apporté, tout récemment, avec des faits inédits, une étude complète et une parfaite mise au point de la question. Toutefois, il est intéressant de noter, tout de suite, que si les 21 observations rapportées par ces auteurs concernent encore et exclusivement des sujets indigènes, néanmoins Arabes ou Berbères, Blancs ou Négroïdes en sont indistinctement frappés. Gros (de Rébeval) avait déjà signalé leur existence chez les Kabyles. Ainsi s'est trouvée progressivement infirmée l'assertion qui les avait fait considérer, à un moment donné, comme une maladie spéciale aux individus de race colorée (Montel).

En juin 1921, alors que notre premier mémoire (3), était encore à l'étude, nous avons eu l'occasion d'observer un second cas de cette affection, mais il s'agissait cette fois, d'une Française d'Algérie, ce qui constitue, d'ores et déjà, une des particularités intéressantes de l'observation que nous rapportons plus loin.

(1) On les a signalées pourtant au niveau de la région costale (Jeanselme, Noguë).
(2) FOLEY et PARROT. *Arch. des Inst. Pasteur de l'Afrique du Nord*, 1921, n° 1, p. 64-79.
(3) A. CANGE et R. ARGAUD. *Paris méd.*, déc. 1921.

Pourtant, avant nous, J. Brault (1) avait déjà pensé, « qu'il n'y a d'ailleurs probablement pas que les indigènes qui présentent de ces sortes de tumeurs juxta-articulaires *aux colonies* »; il prétendait en avoir étudié un cas, survenu chez un Européen, et se manifestant sous la forme d'une tumeur solitaire de la région trochantérienne; malheureusement, les descriptions clinique et anatomo-pathologique qu'il en donne sont véritablement par trop succinctes pour qu'on puisse en faire état. Il semble bien aussi que J. Brault ait fait d'un séjour prolongé aux différents points des tropiques une des conditions de leur développement.

En 1920, dans les *Annales des maladies vénériennes*, Gougerot, Burnier et Bonnin (2) avaient produit une nouvelle observation de nodosités juxta-articulaires symétriques, intéressant les coudes et les fesses chez un Européen de quarante-sept ans ayant séjourné, dix années auparavant, à Madagascar; ce qui amenait ces auteurs à se demander s'il ne s'agissait pas d'une manifestation tardive d'une affection exotique, ou « s'il n'existait pas en France de cas autochtones ». Pour la première fois, la question se trouvait nettement posée.

Enfin, dans le *Lyon chirurgical* de septembre-octobre 1921, le professeur de Quervain a publié la première relation authentique de « nodosités juxta-articulaires » constatées, en Europe, sur un homme n'ayant jamais quitté les environs de Berne. Ce cas ne restera probablement pas isolé et la littérature médicale nous apportera, sous peu sans doute, de nouvelles observations recueillies sur cette partie du continent et relatives à des cas importés et aussi à des cas autochtones de la maladie.

Dans le mémoire de de Quervain, dont nous ne voulons ni méconnaître, ni mésestimer la valeur, nous sommes cependant surpris de trouver cette affirmation que : « *Les recherches étiologiques n'ont pas donné, jusqu'à présent, de résultat positif. La syphilis a été écartée par tous les auteurs qui se sont occupés de l'affection en question*, sans que cette exclusion fut concluante d'ailleurs, la séro-réaction ne paraissant pas avoir été pratiquée dans les cas publiés jusqu'ici. » Les connaissances bibliographiques de notre honorable collègue, l'ont certainement mal servi et nous ne pouvons que regretter, plus amèrement encore, le retard apporté à la publication de notre mémoire du *Paris médical*, lequel, livré à l'impression en septembre 1921, a paru seulement dans le dernier numéro de décembre de la même année.

Ainsi que nous le faisions remarquer, les auteurs qui ont formulé leur opinion sur la genèse des nodosités juxta-articulaires peuvent être répartis en trois catégories : 1° les partisans de leur nature mycosique; 2° ceux qui soutiennent leur origine syphilitique et au nombre desquels nous n'hésitons pas à nous ranger; 3° enfin, les éclectiques.

Il faut en finir, une bonne fois, avec la conception de leur nature mycosique toujours gratuitement

(1) J. BRAULT. *Province méd.*, juillet 1911.
(2) GOUGEROT, BURNIER et BONNIN. *Ann. des mal. vénériennes*, 1920.

affirmée. La seule observation invoquée jusqu'ici à l'appui de cette thèse était d'ailleurs bien faite pour engendrer la confusion, le porteur des prétendues nodosités juxta-articulaires étant atteint, en même temps, de mycétome du pied. Ceci nous remet en mémoire l'histoire de l'infortuné Hunter, qui, dans la controverse entre identistes et non identistes, s'inocula volontairement le pus d'une blennorragie et contracta la syphilis : par une coïncidence déconcertante le « donneur » était simultanément atteint de gonorrhée et de chancre infectant larvé de l'urèthre. L'erreur de Gougerot, Fontoynont et Carougeau n'aura pas eu, tant s'en faut, d'aussi désastreuses conséquences.

L'idée de la nature syphilitique de l'affection devait nécessairement venir à l'esprit des observateurs qui, au début du moins, il faut le reconnaître, ne se montrèrent pas affirmatifs, soit que leurs investigations incomplètes ne leur aient pas permis de se faire une entière conviction, soit encore qu'ils aient hésité à formuler une opinion contraire à celle que Jeanselme couvrait de sa haute autorité.

C'est ainsi que Gros (1) s'était demandé, mais sans y insister autrement, s'il ne s'agissait pas de « plaques scléreuses de nature syphilitique prenant leur origine dans les bourses séreuses ».

Joyeux (2), dans trois observations personnelles, mentionnait une femme indemne de syphilis ou supposée telle, et deux hommes dont l'un était probablement spécifique et dont l'autre, sûrement contaminé, avait un enfant atteint manifestement de syphilis héréditaire.

En 1916, Jojot (3) publiait un cas de nodosités multiples chez une femme déclarée indemne de syphilis ; sans doute, le traitement mixte, ioduré et mercuriel, se montra inefficace ; mais il ne fut poursuivi que pendant quinze jours, durée notoirement insuffisante, et la dose thérapeutique n'est même pas indiquée.

En 1920, Poupelain (4) rapportait cinq observations de nodosités juxta-articulaires recueillies à l'hôpital français de Tcheng-Tou sur des malades appartenant à la « bourgeoisie chinoise » et qui mettaient bien en évidence les particularités suivantes : 1° leur éclosion sur le terrain syphilitique et leur coexistence fréquente avec des accidents secondaires ou tertiaires en évolution; 2° leur prompte curabilité sous l'influence du traitement par le novarsenobenzol; 3° enfin, leur docilité, d'autant plus grande à cette médication que les lésions étaient plus petites, plus récentes, plus précocement traitées, c'est-à-dire plus éloignées de leur stade d'organisation fibreuse ; les formes ulcérées étant elles-mêmes très rapidement curables par le même agent thérapeutique. Et pourtant cet auteur ne considère pas ces éléments comme démontrant, d'une *façon absolue*, la nature syphilitique de l'affection ; il se borne à les trouver « suffisamment précis pour orienter de nouvelles recherches d'anatomie pathologique ».

En même temps que Poupelain, Montel (5) nous faisait connaître le résultat de ses recherches portant sur quatre cas personnels qui l'amenait à cette double constatation : 1° la coexistence constante des nodosités et de la syphilis; 2° l'efficacité rapide et radicale du 914 en injections intraveineuses. En fin de compte, nous retrouvons chez cet auteur la même hésitation que chez le précédent : il ne veut pas *préjuger* d'une relation quelconque de cause à effet entre la syphilis et les nodosités et il persiste à admettre que « ces mêmes lésions peuvent dépendre de causes pathogéniques diverses ».

Avec Foley et Parrot (1), la question se précise. Dès leur premier mémoire, ces auteurs se montrent affirmatifs; pour eux : 1° l'étiologie de cette affection est une, parce que, suivant leurs propres expressions, elle est trop nettement définie, et par ses localisations électives, et par ses caractères physiques ou évolutifs, pour qu'elle puisse relever de différentes causes; 2° l'influence de la syphilis mérite d'être retenue. Et, leur opinion est fondée tant sur leurs propres constatations cliniques et thérapeutiques que sur celles des deux auteurs précités.

La même année, dans l'article des *Annales des maladies vénériennes* auquel nous avons précédemment fait allusion, Gougerot, Burnier et Bonnin se basant sur l'évolution des lésions favorablement influencées par l'épreuve thérapeutique (iodure de potassium, galyl, traitement hydrargyrique) et sur les résultats des examens histologiques établissant leur étroite parenté avec des altérations gommeuses syphilitiques, arrivèrent à cette sage conclusion : « qu'il faudra devant tout malade atteint de ces nodosités suspecter la syphilis, la rechercher et même en l'absence d'antécédents, même avec une séro-réaction négative (ce qui n'est pas rare en période tertiaire) tenter le traitement d'épreuve antisyphilitique ». Signalons, en passant, que, dans cette seconde observation, la malchance poursuivant Gougerot, les ensemencements pratiqués donnèrent une culture d'un champignon que le professeur Vuillemin (de Nancy) identifia au *Cephalosporium acremonium*, dépourvu d'ailleurs de pouvoir pathogène pour l'homme, et dont la présence ne put être expliquée que par un accident de technique bactériologique. Particularité intéressante, ces auteurs firent remarquer fort justement « qu'il s'agit d'une syphilis — il serait plus exact de dire d'un syphilome — d'une syphilis spéciale par sa localisation juxta-articulaire, par son *évolution lente, torpide, fibreuse, par l'absence de ramollissement gommeux et d'ulcération.* » Ils se bornent d'ailleurs à enregistrer ces faits sans en rechercher l'explication dans un histotropisme particulier ou dans une atténuation de la virulence du tréponème.

De son côté, Da Matta, dans le *Brazil Medico* de 1921, au sujet de deux cas personnels, guéris par le traitement spécifique, arrivait à cette conclusion que l'infection syphilitique est la base étiologique de l'affection et que les nodules constituent une *manifestation parasyphilitique* ayant son siège dans les téguments.

Mentionnons encore qu'en mars 1921, le docteur Nogue (1) présentait à la Société médico-chirurgicale française de l'Ouest-Africain, deux nouvelles observations de nodosités juxta-articulaires. L'une d'elles se bornait à cette constatation que la malade présentait en même temps des syphilides péri-anales. Dans l'autre, il s'agissait d'un homme porteur de trois nodosités (deux olécraniennes droite et gauche et une costale) et chez lequel on constatait en outre, des

(1) Gros. *Bull. méd. de l'Algérie*, 1907.
(2) Joyeux. *Bull. de la Soc. de path. exotique*, 1913.
(3) Jojot. *Bull. de la Soc. de path. exotique*, 1916.
(4) Poupelain. *Bull. de la Soc. de path. exotique*, 1920.
(5) Montel. *Bull. de la Soc. de path. exotique*, 1920.

(1) Foley et Parrot. *Bull. de la Soc. path. exot.*, mars 1920.

lésions de tuberculose pulmonaire ouverte, ainsi que « des cicatrices d'anciennes ulcérations probablement syphilitiques » siégeant au niveau du gland. Aucun détail n'est d'ailleurs produit sur cette syphilis probable et sur cette prétendue tuberculose; l'auteur se borne à enregistrer, sans tirer de conclusion précise, la coexistence de lésions syphilitiques et l'efficacité du traitement par l'arsenobenzol.

Enfin, dans leur second mémoire (*Annales des I. P. de l'Afrique du Nord*, 1921, n° 1), Foley et Parrot donnent des nodosités juxta-articulaires une description détaillée et, sur la question de leur nature, précisent leur pensée. Après avoir insisté sur la présence chez leurs divers malades de lésions spécifiques en évolution, sur l'existence d'avortements multiples et la constatation de la polymortalité infantile, sur le résultat, partiellement positif dans un cas, de la réaction de Wassermann, sur l'efficacité enfin du traitement mercuriel, ils ajoutaient : « si l'on ne peut, la plupart du temps, établir la chronologie exacte de l'infection spécifique et de l'apparition des nodosités, et si l'extrême fréquence de la vérole parmi les populations indigènes de l'Algérie oblige aux plus extrêmes réserves, il semble bien cependant que le rôle étiologique de la syphilis mérite d'être sérieusement envisagé. Il faudrait en tout cas, pour résoudre le problème de la genèse des nodosités juxta-articulaires, multiplier les observations, les recherches de la réaction de fixation, les examens anatomo-pathologiques. »

La conviction intime de Foley était certainement plus profonde que ne le font paraître ses écrits, puisqu'il tint, au cours d'un voyage d'études effectué en commun dans le Sud-Oranais, à la faire partager par l'un de nous en lui présentant les sujets des observations II et VI de son dernier mémoire. Aussi, quand le hasard plaça sous nos yeux, les nodosités de notre première malade dont l'histoire pathologique est rapportée tout au long dans notre article du *Paris médical*, cette affection, qui aurait pu ne pas intéresser un clinicien non averti, ne nous prit pas au dépourvu et l'occasion nous parut particulièrement favorable de reprendre le problème en nous efforçant de combler les lacunes signalées.

Donc, l'interrogatoire de la malade fut conduit avec insistance et persévérance ; l'examen somatique fut méticuleusement pratiqué de façon à ce qu'aucune particularité pathologique ne puisse nous échapper. Bref, tous les renseignements tirés de l'anamnèse et de nos diverses investigations furent soigneusement consignés dans notre observation. Les nodosités du coude gauche, extirpées en masse, nous fournirent une ample récolte de tissu morbide destinée aux recherches du laboratoire. Par contre, le côté droit fut respecté, de manière que la plus minime influence, le traumatisme opératoire notamment, ne puissent être invoqués comme ayant déclanché un molimen curateur et une transformation régressive des lésions.

Dès lors, la clinique, la thérapeutique, la bactériologie, l'anatomie pathologique se trouvèrent conviées à la solution du même problème. Leurs réponses furent toutes concordantes : la cause était entendue.

La clinique nous montra une malade entachée de vérole, présentant avec les vestiges pigmentaires mal effacés d'une éruption confluente de syphilides cutanées, une poussée récente d'éléments dont les caractères de coloration, de forme, de groupement, ne permettaient pas l'hésitation diagnostique. En outre, par une coïncidence singulière, la seconde poussée, contemporaine sans doute de l'éclosion des nodosités, se montra, cette fois, circonscrite et localisée presque exclusivement aux téguments recouvrant les lésions profondes *comme si la diathèse, pour trahir leur spécificité et affirmer leur commune nature, avait tenu à les marquer sur place de son cachet d'origine et de son estampille officielle.*

La thérapeutique, alors qu'elle était réduite au seul traitement hydrargyrique administré à haute dose et poussé jusqu'à saturation (cyanure intraveineux, biodure intramusculaire) amena, dans l'espace d'un mois, la disparition des noyaux juxtaarticulaires. Nul doute, écrivions-nous alors, que le traitement mixte, que le traitement par les arsenobenzols, n'eussent précipité la fonte des nodosités ; *mais il importait, afin qu'elle conservât toute sa valeur diagnostique et tous ses attributs spécifiques, que la médication mercurielle fut appliquée dans toute sa pureté,* en dehors de l'immixtion et de l'influence troublante des iodures ou des arsenicaux.

Si la bactériologie demeura obstinément muette, par contre, l'anatomie pathologique nous apporta des résultats décisifs. Elle nous montra l'existence, au sein d'une trame fibro-plastique très évoluée, très riche en fibres collagènes : *a.* de cellules géantes de dimensions très diverses ; *b.* de vaisseaux engainés de manchons cellulaires et dont l'intima était le siège de proliférations pathologiques.

a. Les cellules géantes se différenciaient, dès le faible grossissement, par la disposition singulière de leurs noyaux, orientés parfois tangentiellement à la surface de l'élément cellulaire et présentant une tendance évidente à l'essaimage dans les tissus voisins. Leur partie centrale, fréquemment dégénérée, renfermait des gouttelettes colorables en bleu par l'hématoxyline ferrique, en vert par le blau-schwartz. Il est incontestable que de semblables cellules géantes différaient entièrement de celles de la tuberculose par exemple : en effet, les noyaux affectaient la disposition que nous venons d'indiquer ; ils tendaient à former, par migration, des cellules fibro-plastiques ; enfin, la cellule tout entière, au lieu d'être cernée par une couronne inflammatoire, siégeait librement, sans aucune autre interposition, entre les fascicules collagènes du tissu tumoral.

b. Le manchon périvasculaire était constitué par des cellules à « radkerne » (plasmazellen) ; le tassement de ces éléments (plasmome) différait, lui aussi, de la façon éparse dont de pareilles cellules sont disposées le long des vaisseaux, au cours de bon nombre d'autres affections. Enfin, l'intima du plus grand nombre de ces vaisseaux était entré en prolifération. Les cellules endothéliales étaient globuleuses ; leur protoplasma émettait de longs prolongements effilés qui, sur la coupe transversale, venaient se souder à des ornements similaires émanés de la paroi opposée. *En somme, l'altération endovasculaire, l'infiltration par les plasmazellen en masse, en fusées ou en manchons périvasculaires et les particularités morphologiques des cellules géantes en plein tissu fibromatoïde nous permettaient, non par leur signification individuelle, mais par celle de leur groupement, de porter le diagnostic de manifestation syphilitique que la thérapeutique vint entièrement confirmer.*

(1) Nogue. *Bull. de la Soc. médico-chir. franç. de l'Ouest-Africain*, 13 mars 1921.

On nous a peut-être reproché déjà, d'avoir imité la conduite de cet étranger qui, voyageant dans notre pays, et rencontrant une femme aux cheveux roux, écrivit sur ses tablettes : « En France, toutes les femmes sont rousses. » On conviendra pourtant que la valeur des éléments recueillis, la solidité des arguments invoqués, la diversité des recherches entreprises et la concordance des résultats obtenus apportaient, pour la thèse que nous soutenions, un faisceau compact de preuves que l'on ne retrouve dans aucune des observations publiées jusqu'à ce jour.

De fait, il s'en faut et de beaucoup, que le cas rapporté par de Quervain nous apporte toutes les marques désirables d'une indiscutable authenticité.

Il n'existait « aucun vestige clinique d'une infection syphilitique » ; seul, le Wassermann pratiqué à plusieurs reprises se montra positif. Nous n'entendons pas contester ici la valeur de cette réaction, mais on ne nous empêchera pas de penser et d'écrire qu'elle ne procure pas, à notre avis, la certitude et la précision que confère la notion d'une vérole antécédente, avouée et avérée, et dont les diverses et successives manifestations spécifiques sont bien connues du malade ou dûment reconnues par les médecins. D'ailleurs, dans le cas particulier, le résultat positif de la réaction du complément n'autorisait, tout au plus, qu'une seule conclusion, à savoir que le malade était syphilitique; elle ne comportait nullement comme corollaire que les lésions l'étaient obligatoirement. D'ailleurs, le Wassermann a déjà été mis à l'épreuve dans de semblables circonstances. Foley l'a trouvé négatif dans un cas, et partiellement positif dans un autre. Dans nos deux observations personnelles — celle que nous avons publiée et celle que nous rapportons plus loin — il fut franchement négatif et cependant aucune hésitation n'était permise : les deux malades étaient syphilitiques et leurs nodosités l'étaient également. D'autre part, on ne compte plus les observations dans lesquelles des réponses contradictoires, et partant déconcertantes, ont été données par les divers techniciens opérant cependant sur le même prélèvement. Or, précisément, dans le cas de Gougerot, la réaction de Wassermann pratiquée dans trois laboratoires différents, fut deux fois positive et une fois négative.

Trouvons-nous, du moins, dans le fait de de Quervain, d'autres éléments de conviction ? L'iodure de potassium se montra inopérant, et inefficace aussi fut le néosalvarsan qui cicatrisa seulement un vieux foyer fistuleux; quant à la médication hydrargyrique, elle ne fut pas instituée bien qu'il eut été intéressant d'en interroger les effets. Nous admettons pourtant que, si le succès de la thérapeutique entreprise pouvait, dans une certaine mesure, acquérir une signification diagnostique, par contre son échec ne saurait être invoqué contre la nature spécifique des lésions, celles-ci pouvant fort bien être parvenues au stade réfractaire d'organisation fibreuse et de sclérose cicatricielle.

Il nous sera permis, en outre, de regretter l'imprécision des termes employés dans le compte rendu de l'examen histologique. On comprend difficilement, en effet, comment un diagnostic microscopique de gomme syphilitique pourrait s'imposer sur la simple constatation « de cellules étrangement caractérisées par : « une forme et des dimensions variables », un noyau présentant « la forme habituelle d'un noyau cellulaire », ou même, et alors, contrairement avec ce qui précède l'auteur semble vouloir préciser, par : « une forme allongée, tubulaire ? ». Que peuvent être ces éléments à « granulations classiques, tout en étant, pour la plupart, plus petites et moins colorées » ? Ne s'agirait-il pas tout simplement de plasma-mastzellen ?

Quoiqu'il en soit, les nodules examinés par Wegelin ne répondent pas très exactement au point de vue structural à ceux que nous avons observés et décrits, et qui étaient déterminables par cette triade habituelle des réactions tissurales de la syphilis : cellules géantes, endo et périvascularite, et enfin plasmomes périvasculaires.

Arrivons maintenant à la relation détaillée de notre seconde observation dont les résultats viennent corroborer les conclusions de nos recherches antérieures.

P... (Fortunée), âgée de cinquante-six ans, entre à la clinique ophtalmologique de la Faculté, le 24 juin 1922, pour des lésions kérato-conjonctivales anciennes des deux yeux, d'origine granuleuse, auxquelles se sont superposées, depuis, des lésions profondes compromettant gravement la fonction visuelle.

Ses antécédents héréditaires ne présentent aucune particularité, puisque son père et sa mère sont morts d'extrême vieillesse, le premier à quatre-vingt-quinze ans, la seconde « vers le même âge ».

De ses trois frères, l'un est décédé à soixante-dix ans; les deux autres sont morts relativement jeunes et d'une façon accidentelle. Elle a deux sœurs, actuellement encore en bonne santé.

Sa vie de jeune fille a été marquée par l'éclosion de plusieurs maladies ; c'est ainsi qu'elle nous accuse une variole bénigne à l'âge de huit ans, une varicelle à l'âge de dix ans, des accès paludéens fugaces et sans gravité vers l'âge de seize ans.

Mariée à dix-sept ans, elle a eu cinq enfants : un garçon et quatre filles, tous nés à terme et vivants. Trois filles sont bien portantes, mariées et mères de famille. Deux enfants sont morts : une fille (qui représente le troisième enfant) a succombé, quinze jours après sa naissance, des suites d'un traumatisme abdominal reçu, par la mère, très peu de temps avant l'accouchement; un garçon (le quatrième enfant) est décédé, à l'âge de huit ans, des complications broncho-pulmonaires de la rougeole. Les deux dernières grossesses se sont terminées par deux fausses couches de trois mois attribuées l'une à un effort et l'autre au surmenage. Ajoutons tout de suite, pour n'avoir pas à y revenir et pour éviter toute interprétation erronée, que les avortements ainsi que la mortalité de deux de ses enfants sont antérieurs aux accidents qui vont suivre et n'ont été nullement conditionnés par eux.

Il y a six ans, elle avait alors quarante-neuf ans et son « retour d'âge » était déjà un fait accompli, un accident pathologique est venu altérer, d'une façon grave et durable, un état de santé plutôt satisfaisant depuis son mariage. Seules, des poussées répétées de kérato-conjonctivite granuleuse avaient, vers l'âge de vingt-sept ans, sérieusement compromis sa vision ; d'ailleurs, les vastes leucomes disséminés sur ses deux cornées témoignent, actuellement encore, de l'étendue et de la profondeur des lésions passées. Donc, il y a six ans, son mari, syphilitique de date récente et traité comme tel par des « piqûres », lui a communiqué « sa mauvaise maladie ». Elle-même a présenté, à la suite de rapports conjuguaux, un chancre infectant de la grande lèvre gauche auquel a succédé une céphalée nocturne longtemps persistante, une alopécie prononcée, une roséole maculeuse, des condylomes ano-vulvaires, une altération durable de l'état général. Tous ces accidents furent d'ailleurs reconnus et traités comme étant de nature spécifique.

Un an et demi plus tard « presque en même temps », sont survenus trois variétés d'accidents : une poussée de syphilides cutanées et muqueuses, des manifestations oculaires graves, des nodosités juxta-articulaires.

L'éruption de syphilides fut généralisée et particulière-

ment floride, puisque « tout le corps en fut couvert »; en outre, les lèvres, la bouche, la langue, la gorge furent intéressées à un degré tel que la malade « ne pouvait plus parler ». C'est à ce moment aussi que se place la constatation, par un nouveau médecin, d'une syphilide pigmentaire du cou qui, par la suite, ne s'est pas sensiblement modifiée et dont la découverte a été pour nous le symptôme révélateur d'une vérole antécédente.

Les manifestations oculaires depuis longtemps stationnaires et silencieuses se sont réveillées au même moment et ont présenté tout de suite un caractère alarmant et tout différent de ce qu'elles étaient auparavant. L'œil gauche d'abord est devenu rouge, très douloureux et très sensible à la pression; les douleurs spontanées irradiaient en élancements pénibles vers le front, la face et même le nez. Peu de temps après, l'œil droit fut atteint à son tour, mais les accidents furent de ce côté moins accusés, et, si l'on en juge par leurs conséquences, d'un caractère tout différent. Tout ce que nous avons pu apprendre de la malade, c'est qu'assez vite la vision se perdit complètement du côté gauche et que du côté droit l'acuité visuelle baissa progressivement et régulièrement.

Actuellement l'œil gauche présente les altérations typiques d'un glaucome secondaire lié à une perforation cornéenne, avec large enclavement de l'iris. Du côté de l'œil droit, la cornée présente des taies multiples et étendus dont l'une, centrale, est particulièrement dense. L'iris régulier, peu mobile, présente, dans son segment externe surtout, de l'irido-donésis. Le cristallin est le siège d'une cataractation pathologique qui, jointe au trouble cornéen, rend impossible l'examen du fond de l'œil. Le tonus est abaissé (10 au tonomètre de Schiötz). La projection reste bonne dans toutes les directions. La malade perçoit confusément les objets qui se déplacent devant elle. Elle accuse en outre des mouches volantes colorées, des photopsies et surtout une tache immuable qui reste toujours fixée sur le même point du champ visuel sur lequel elle se détache « comme un confetti ».

L'éclosion des nodosités juxta-articulaires concorda justement avec l'époque d'apparition de ces précédentes manifestations pathologiques. La malade les attribua à un choc sur les deux coudes reçu quelque temps auparavant à l'occasion d'une chute. Toujours est-il que leur développement se déroula assez rapidement, sans doute aussi progressivement et sans réaction inflammatoire. Du côté droit, la tumeur finit par acquérir la grosseur d'une châtaigne; mais du côté gauche, elle resta moindre et ne dépassa pas le volume d'une petite noisette. En raison de l'absence de douleurs et du peu de gêne qu'elles occasionnaient par suite de leur facile déplacement, elles ne furent l'objet d'aucune préoccupation et l'attention du médecin ne fut nullement attirée sur elles. Un beau matin, la patiente découvrit, à son grand étonnement, que la tumeur du côté gauche avait complètement disparu; par contre, celle du côté droit s'éternisa indéfiniment dans son état qui répond à la description que nous allons maintenant en donner.

A deux travers de doigt au-dessous de l'olécrâne et immédiatement en dehors de la crête cubitale, on constate l'existence d'une masse arrondie, de surface lisse, du volume d'une châtaigne, qui soulève les téguments en un relief hémisphérique, régulier, nettement circonscrit et bien visible à la simple inspection. Sa consistance, partout uniforme, est d'une dureté extrême et rappelle celle du fibrome. Cette tumeur est follement mobile sous la peau qui a conservé sa minceur et sa souplesse normales, mobile également sur les plans osseux et aponovrétiques sous-jacents. Indolente spontanément, elle le demeure également au cours des manipulations diverses nécessitées par son exploration, et ce sont là les raisons pour lesquelles nous n'avons pu obtenir qu'avec peine l'autorisation d'en pratiquer l'extirpation. Inutile d'insister sur la technique et les suites opératoires; mentionnons seulement que l'intervention confirma les données fournies par la clinique : tumeur régulière, arrondie, facilement énucléable de la trame connective ambiante, dont la résistance au scalpel traduit la dureté, et dont la tranche de section se montre uniformément blanche, luisante, compacte, sans modifications macroscopiquement appréciables de ses diverses parties.

En résumé, il s'agit d'une femme, contaminée de la vérole par un mari indubitablement spécifique, et qui a présenté, après un chancre induré vulvaire, les accidents généralisés de l'infection constitutionnelle, c'est-à-dire : une céphalée nocturne, une alopécie transitoire, une altération prononcée de l'état général et, séparées par un assez long intervalle, deux éruptions successives, avérées, de syphilides cutanées et muqueuses. La seconde poussée s'est même affirmée par une diffusion extrême et une intensité particulièrement sévère ; elle s'est accompagnée d'accidents graves des deux yeux et de nodosités juxta-articulaires.

Du côté gauche, les lésions oculaires sont vraisemblablement imputables aux complications cornéennes du trachome ; mais du côté droit, en raison de leurs caractères, de leur siège surtout profond, il est rationnel d'admettre qu'elles résultent, au moins pour la plus large part, d'un retentissement de l'infection spécifique sur le segment postérieur du globe.

Quoiqu'il en soit, comme stigmate indélébile de la syphilis antécédente, subsiste actuellement encore, une syphilide pigmentaire du cou d'une telle netteté, d'une si criante évidence que, grâce à elle, nous dépistons une vérole soigneusement cachée dont nous arrachons l'aveu à la patiente et dont nous reconstituons les étapes successives.

Sur ce terrain syphilitique sont venues éclore, *presque en même temps* que ces diverses manifestations de la diathèse, les nodosités juxta-articulaires des deux coudes dont l'une évolua vers la résolution, mais dont l'autre persistante, figée dans son état, est cliniquement observée, chirurgicalement extirpée, histologiquement examinée.

La clinique nous autorise déjà à les considérer comme une manifestation de la vérole. De fait, nous retrouvons ici, comme dans notre premier cas personnel — et ces caractères se rencontrent également dans certaines observations d'autres auteurs — leur développement sur le terrain syphilitique, leur éclosion contemporaine d'autres manifestations de la diathèse, leur coïncidence avec des lésions spécifiques en évolution.

Les résultats d'un traitement d'épreuve nous firent, ici, défaut, parce que la nodosité existait à l'état solitaire. Son efficacité, en nous privant de l'examen histologique, nous eut enlevé un élément important de contrôle ; d'autre part, son insuccès n'aurait pas suffi à établir la non-spécificité de la lésion, celle-ci pouvant être trop avancée en organisation pour être favorablement influencée par la médication hydrargyrique : le mercure et l'iodure, a-t-on dit avec juste raison, ne mordent plus sur la sclérose.

Nous ne terminerons pas ces considérations cliniques sans insister sur cette « forme solitaire » de l'affection, parce qu'elle est de beaucoup la moins répandue, qu'elle est fréquemment méconnue et qu'en raison de cela même, elle expose à des erreurs de diagnostic. Car, nous ne trouvons pas alors cette multiplicité des nodosités, cette dissémination, cette bilatéralité, cette symétrie, nous pourrions presque dire cette systématisation qui, dans les formes habituelles, constituent un ensemble de caractères qui mettent immédiatement en éveil la sagacité des cliniciens. Il importe donc d'être prévenu de l'éventualité d'une lésion isolée, qu'elle résulte de la disparition ou de la résorption d'autres lésions similaires, soit encore qu'il s'agisse d'une manifestation unique d'emblée comme dans les cas de Brault

(région trochantérienne), de Clapier (1) (région malléolaire), de Foley (région olécranienne), etc...

La tumeur, extirpée en totalité, fut partagée en deux moitiés dont l'une alla aux investigations bactériologiques et dont l'autre servit à nos études anatomo-pathologiques.

Les premières furent confiées, cette fois encore, au docteur H. Foley, de l'Institut Pasteur d'Alger: constatations directes, cultures, inoculations restèrent toutes négatives; mentionnons toutefois que la recherche du tréponème ne fut pas poursuivie.

Dans un but comparatif, nous avons appliqué à l'examen histologique de cette nodosité la même technique que pour les autres précédemment décrites (2); mais c'est surtout la coloration à l'hématoxyline cuivrique, après fixation au mélange (bichromate d'ammonium — formol acétique), qui nous donna les images les plus démonstratives.

Nous pûmes, en outre, grâce à la petitesse relative des objets, les intéresser, en totalité, dans les coupes sériées au 1/200e de millimètre et suivre ainsi, minutieusement, d'élément en élément, sans discontinuité, presque dans un même champ microscopique, les métaplasies structurales délicatement ménagées depuis la zone périphérique jusqu'au centre néoplasique.

Nous allons exposer, brièvement, les résultats de nos investigations histologiques qui nous permettront de considérer la nodosité juxta-articulaire comme une modalité anatomo-pathologique définitivement et rationnellement établie.

Elle apparaît déjà, à la loupe, comme des nodules fibreux, à fascicules étroitement intriqués, dont l'ensemble est enrobé dans une coque de conjonctif lâche et diffus, sillonné par de nombreux vaisseaux.

Nous étudierons successivement l'enveloppe, puis la tumeur proprement dite.

Dans les portions respectées par le trauma opératoire, l'enveloppe nodulaire est isolée du collagène ambiant par des cellules endothélioïdes intéressantes à signaler, car elles localisent nettement la tumeur.

Des lames collagènes de Laguesse ondulent leurs feuillets délicats entre des fibrilles ténues et rares et quelques cellules polymorphes, arrondies, granuleuses, hyalines, etc. La dégénérescence graisseuse imprime, dans cette écorce tumorale, de larges touches claires et vascularisées. C'est, en effet, surtout au sein des lobules adipeux que se montrent de gros vaisseaux à tunique interne proliférante, et il est impossible d'accorder à de pareilles lésions, la valeur d'altérations posthumes, car les pièces, prélevées in vivo, tombaient directement du couteau dans le fixateur. Par endroits, même, l'endothélium a disparu, et le collagène sous-jacent, donnant libre cours à son extension, plonge dans la lumière vasculaire des franges effilochées, subtratum d'une sclérose future. A d'autres endroits, au contraire, l'endothélium prolifère en bourgeons irréguliers qui obstruent d'autant la perméabilité du vaisseau.

L'aspect change brusquement dès le pourtour de la tumeur proprement dite, et cette transformation d'aspect résulte du tassement des éléments constituants. Les trousseaux fibreux dessinent de larges plages nacrées, tandis que, par ailleurs, une trame fondamentale moins dense s'offre à la pénétration des vaisseaux sinueux.

Des manchons de plasmazellen, véritables adventices, signalent encore, sur la coupe, par les méandres de leurs traînées nucléaires, la présence des capillaires engainés. Ces plasmazellen atteignent, ici, leur complet développement. On les voit fréquemment binucléés et de dimensions macrométriques; il n'est d'ailleurs pas rare de les rencontrer avec un hétéromorphisme accusé d'ordre tumoral.

L'intérêt de cette pièce réside précisément, dans l'explication qu'elle nous donne, par son rapprochement avec les altérations décrites dans notre précédent travail, de l'involution et de la destinée des lésions primitives du nodule inflammatoire.

Lorsqu'une nodosité est en pleine activité phlegmasique, des plasmomes diffus couvrent de larges étendues collagènes et de gigantesques polycaryocytes dénudés de tout enveloppement cellulaire (absence de couronne inflammatoire) luttent, en plus de leur pouvoir phagocytaire, en sécrétant des cellules de protection.

De leur surface, en effet, se détachent de longues cellules qui fusent dans le collagène pour y devenir fibroplastiques. Dans le cas que nous décrivons maintenant, au contraire, l'élément cellulaire bien vivant, à noyau bien coloré, semble faire défaut, étouffé qu'il est par le conjonctif envahissant. La métaplasie s'accuse même vers la réalisation tendineuse. Ce sont, en effet, des fibrilles, tellement serrées en plages amorphes, qu'à certains endroits, la mécanomorphose aboutit à des formations chondroïdes, avec des apparences de chondroplastes et de chondroblastes ratatinées, incluses dans les espaces clairs.

Les quelques cellules géantes encore visibles ne persistent guère qu'à l'état de vestiges. C'est à peine si l'on peut reconnaître les immenses plasmodes génétiques du début, dans ces lambeaux protoplasmiques anucléés en voie de nécrobiose histolytique.

En résumé : ce cas répond à un stade très avancé de la nodosité juxta-articulaire vers la sclérose, et nous permet, par comparaison avec des objets semblables antérieurement observés, d'établir les conclusions suivantes :

I. Les nodosités juxta-articulaires sont caractérisées au début : α. par des manchons périvasculaires de plasmazellen; β. par des plages diffuses des mêmes éléments; γ. par des lésions d'endovascularite; δ. par des cellules géantes, sans couronne de cellules inflammatoires.

II. Les cellules géantes, en outre de leur pouvoir phagocytaire, jouent, dans ces nodosités, un rôle génétique très important, en sécrétant, pour ainsi dire, des cellules fibroplastiques, véritables agents de sclérose.

III. Au cours de l'évolution de la nodosité, les plasmomes diminuent d'étendue; les cellules géantes se ratatinent et perdent l'apparence d'élément vivant; le nodule, enfin, tout entier se tasse progressivement en un bloc cicatriciel avec une certaine tendance métaplasique de sa portion centrale vers la structure fibrocartilagineuse.

C'est ainsi que, de plus en plus, s'affirme notre conviction que les nodosités juxta-articulaires constituent une entité anatomo-pathologique se rapportant à un syphilome qui, au lieu d'évoluer vers la dégénération gommeuse, s'achemine lentement vers la métaplasie fibro-cicatricielle.

---

(1) Clapier. *Bull. Soc. pathol. exotique*, 14 fév. 1917.
(2) A. Cange et R. Argaud. *Paris méd.*, 31 déc. 1921, p. 512.

LETTRE D'AMÉRIQUE

Vérité en deçà des Pyrénées, erreur au delà... Trois des numéros de la *Gazette* qui me sont parvenus récemment contiennent des passages qui montrent combien la façon de penser médicale diffère parfois en France et en Amérique.

L'un de ces passages se rapporte à une question d'ordre administratif. Il s'agit des modifications que l'on a récemment essayé d'introduire dans le régime des déclarations de naissances et des présentations d'enfants, modifications sur lesquelles M. Tissier a fait devant la Société de médecine légale (*Gaz. des hôpit.*, 28 et 30 mars 1922, p. 393), une communication dont il faut reconnaître le bon sens critique, encore que l'on puisse ne pas accepter ses conclusions en leur entier. Ce qui me permet de parler de cette question, c'est que le système que l'on propose d'établir *facultativement* en France est celui qui existe *obligatoirement* dans l'Etat de New-York depuis 1901. Or, il est de la plus grande simplicité et fonctionne admirablement, et cela, dans une ville comme New-York, ou une population de 6 millions d'habitants d'un cosmopolitanisme des plus hétéroclites semblerait devoir créer des difficultés spéciales. Ceci répond aux objections de M. Tissier pour l'application du système dans les grandes villes, alors que « les conditions sont tout autres dans les campagnes où tout le monde se connaît. »

Le texte de la loi est très simple et très explicite : « Les médecins et sages-femmes sont tenus de garder un registre des naissances auxquelles ils assistent dans l'exercice de leur profession, lequel registre indiquera, *aussi exactement qu'il leur est possible de s'en assurer*, l'heure et la date de la naissance, les noms, sexe et couleur de l'enfant, les noms, lieux de naissance, domicile et âges des parents, l'occupation du père et le nom de jeune fille de la mère; ils devront en outre déclarer ladite naissance au Department of Health, dans un délai de dix jours au plus », ce qui se fait par certificat reproduisant les renseignements ci-dessus mentionnés : sous peine d'être coupable d'un délit et passible d'une amende de 100 dollars.

Un tel système engage-t-il la responsabilité du médecin au point ou semblent le craindre certains de nos confrères de France, qui entrevoient l'avenir gros de procès? Non; il est de jurisprudence bien établie, d'un côté de l'Atlantique comme de l'autre, que le médecin n'est civilement responsable que pour faute lourde ou négligence. Il le serait évidemment s'il se trompait sur la date, le sexe ou la couleur; mais, pour le reste, il n'est pas un magistrat enquêteur, il n'est que l'agent de transmission de renseignements à lui donnés, dont, sous aucun prétexte, il ne saurait être considéré comme garantissant l'authenticité. C'est ce qui ressort clairement des mots que j'ai mis en italique dans le texte de la loi.

Nous ne pouvons non plus partager les craintes de M. Tissier au sujet du danger que ces nouvelles dispositions feraient courir à la bonne tenue de la comptabilité des naissances. Au point de vue de l'exactitude, les statistiques vitales de la ville de New-York peuvent soutenir la comparaison avec celles de n'importe quelle grande ville du monde; les déclarations fictives et les substitutions d'enfant ne s'y rencontrent point avec une fréquence inquiétante. Si même l'on veut prendre au pied de la lettre le tableau un peu pessimiste que trace M. Tissier (les déclarations fictives abondent), il ne serait pas illogique de se laisser aller à penser qu'il y a moins de risque de fraude quand la déclaration est franchement mise dans les mains des médecins — dont je persiste à tenir la grande majorité pour compétents, honnêtes et incorruptibles — que lorsqu'elle est abandonnée à la merci des parents, qui, eux, peuvent quelquefois avoir intérêt à céler la vérité.

Mais là où M. Tissier a mille fois raison, c'est lorsqu'il affirme qu'un régime qui repose sur la nécessité de complaisances réciproques est bien instable et comporte des risques de malentendus incessants. « Mieux eût valu un texte de loi nettement explicite, ne dépendant point, dans son application, des improvisations des municipalités. » Sur ce point, il ne peut y avoir l'ombre d'un doute. C'est parce que la loi américaine est *formelle* qu'elle s'applique facilement, *protège le médecin* et fait disparaître les difficultés du secret professionnel. Il n'y a vraiment pas de place ici pour un pouvoir discrétionnaire ni d'un côté ni de l'autre.

Le même système sert aussi pour les décès. Le permis d'inhumer est délivré par le *Department of Health* sur la simple présentation du certificat de décès délivré par le médecin traitant. Les seules restrictions sont que le certificat doit être rempli en accord avec les formules établies; que le médecin doit avoir vu le défunt en vie depuis moins d'un an et que rien dans les circonstances ne lui paraisse autoriser un soupçon. Dans ces deux cas, il doit refuser le certificat et avertir le *Department of Health* aux fins d'enquête. Cela revient à dire qu'ici, il n'y a point de médecins de l'état-civil, ou plutôt, que tout médecin est délégué comme médecin de l'état-civil pour sa clientèle. Noblesse oblige; comme on admet *a priori* qu'il est suffisamment honnête pour remplir ces importantes fonctions consciencieusement, les pénalités sont lourdes pour celui qui aurait abusé de cette confiance; mais cela est fort rare.

Il y a ensuite la huitième conclusion votée par le Conseil du S. M. S., à propos des consultations de femmes enceintes : « Les infirmières visiteuses ne constitueraient qu'un nouveau type de fonctionnaires que la collectivité aurait à entretenir. La France ayant besoin d'enfants, il est préférable de recommander aux candidates à ce poste les fonctions de mères de famille. Non seulement ces fonctionnaires sont inutiles, mais elles pourraient encore être nuisibles pour tout le monde; futures mères de famille et médecins (1). » Je ne crois pas que l'on puisse trouver dans toute l'étendue des Etats-Unis une seule association médicale qui donnerait son assentiment, même partiel, à une déclaration de ce genre où les femmes sont invitées, sans ambages et d'une façon qui, aux yeux masculins d'Amérique, paraît tant soit peu dédaigneuse et cavalière, à ne pas venir faire de concurrence aux hommes et à se contenter de la fonction ou le sexe « fort » s'est toujours plu à les reléguer, celle de mères de famille et de ménagères. Ici, nous avons toujours trouvé l'infirmière visiteuse une aide extrêmement précieuse dans toutes les branches de « service social » et la seule demande, c'est d'en avoir toujours davantage, et de niveau toujours plus élevé. D'ail-

(1) *Gaz. des hôpit.*, n° 26, 1er avril 1922, p. 402.

leurs, nous comptons déjà parmi elles beaucoup de diplômées de grandes Universités, ce qui ne les empêche pas, à l'occasion, de devenir d'excellentes mères de famille, fort dévouées et fort pratiques.

Un troisième sujet où l'opinion américaine se sépare nettement de l'opinion française, c'est celle de savoir comment il faut attaquer le problème de la tuberculose bovine (1). Dans l'Etat de New-York, toutes les vaches laitières doivent être soumises à l'épreuve de la tuberculine, les tuberculeuses sont abattues et l'Etat paye au fermier une indemnité de 50 dollars par bête ainsi sacrifiée. En conséquence, la tuberculose bovine a remarquablement diminué de fréquence; tandis que, si on maintient les animaux malades au milieu des troupeaux, elle ne diminuera jamais, au contraire. M. Calmette admet que souvent la fréquence en est de 50 p. 100. Il faudrait avoir un optimisme robuste pour considérer un tel état de choses comme satisfaisant et ne demandant pas de remèdes énergiques. Or, que propose-t-on? Après avoir débuté par déclarer que le bacille bovin ne se transmet que rarement à l'homme, on arrive à la conclusion que le seul moyen d'éviter la transmission de la tuberculose par le lait, c'est de faire bouillir celui-ci. En bonne logique, cette conclusion ne cadre guère avec les prémisses. Mais elle est dictée par la simple prudence. Dans une matière aussi grave que celle de la tuberculose, les présomptions, voire les *quasi-certitudes*, ne sont pas suffisantes; et il n'y a pas tant d'années que des autorités médicales d'une haute compétence attribuaient au bacille bovin les tuberculoses chirurgicales et discutaient vivement sur l'importance relative de l'inhalation et de l'ingestion dans la genèse de la tuberculose de l'enfance, origine de la plupart des tuberculoses de l'adulte, sinon de toutes.

Donc, tant que l'on ne veut pas, ou que l'on ne peut pas, tarir la tuberculose à sa source, il sera bon de suivre le conseil de faire bouillir son lait, tout comme il était bon, il y a quelque vingt ans, d'écouter l'admonition que les journaux donnaient souvent pendant l'été : « Parisiens, faites bouillir votre eau ». Mais le lait bouilli n'est pas, au point de vue nutritif, l'égal ni l'équivalent du lait frais et l'idée que l'on est obligé d'avoir recours à ce moyen pour rendre inoffensif le produit d'un animal étique tuberculeux gâte certainement le plaisir que l'on peut avoir à savourer un bon verre de lait.

Il est évident que, dans cette affaire, les principes d'hygiène ont dû céder le pas à des considérations d'opportunisme économique, rendues impératives, il faut le reconnaître, par les circonstances actuelles. Mais de telles considérations ne peuvent mener qu'à une solution temporaire. Tôt ou tard, il faudra bien attaquer le problème de la tuberculose bovine avec des moyens radicaux et efficaces. Et l'on trouvera alors en France ce que l'on a toujours constaté ici, que l'avantage économique *final*, même calculé simplement et froidement en termes de francs et centimes ou de dollars et cents, *est invariablement du côté de l'hygiène.*

Quelques fermiers de l'Etat de New-York, trouvant l'indemnité de 50 dollars insuffisants, ont essayé de faire abroger la loi, mais sans succès appréciable. De plus, s'ils réussissaient jamais, le *Board of Health* de la ville de New-York interdirait simplement la mise en vente de leur lait dans la ville. Entre la perte de quelques dollars sur les animaux abattus et la perte du marché de la ville de New-York pour la vente de leur lait, les fermiers intelligents n'hésitent pas un seul instant.

(1) *Gaz. des hôpit.*, n° 26, 1er avril 1922, p. 410.

Un dernier mot sur un sujet dont j'ai déjà eu l'occasion de parler, les programmes scolaires. Les commentaires très sensés de M. Brochin (1) m'apprennent que l'Académie n'avait point été consultée par les pouvoirs publics et que le Conseil supérieur de l'instruction publique est d'un avis diamétralement opposé à celui de l'Académie. Cet antagonisme est regrettable, mais il n'est pas difficile à expliquer. Il est très naturel que les universitaires tiennent à garder pour eux le monopole des idées sur l'éducation qu'ils ont détenu jusqu'ici; mais, par la simple force des choses, l'éducation devient de plus en plus une question non plus simplement pédagogique, mais *médico-pédagogique* et le corps enseignant sera bien obligé, dans un avenir pas très lointain, d'avoir recours à la collaboration des médecins. C'est, je crois, dans l'extension de l'emploi des examens et de la classification médico-psychologiques des aptitudes que l'on trouvera la solution du grave problème créé par l'allongement inéluctable des programmes dus aux progrès immenses de la science dans ces dernières années. Il y a maintenant trop à apprendre pour que l'on puisse se permettre de gâcher du temps sur des sujets pour lesquels l'enfant n'a *vraiment* point d'aptitude.

Enfin, on propose huit heures de classe par jour jusqu'à la quatrième, neuf heures pour les classes supérieures. D'après les idées américaines, cela fait une trop longue journée. Le rendement intellectuel, si je puis m'exprimer ainsi, n'est pas proportionnel au nombre d'heures de classe au-delà d'une certaine limite optima. C'est ce que l'on a pu constater maintes fois ici dans des écoles modèles où le nombre des élèves est limité et où l'on dispose de toutes les ressources nécessaires pour se procurer tous les moyens désirables pour arriver aux meilleurs résultats. Cinq heures de classe par jour et une heure et demie au maximum pour le travail à faire à la maison, cinq jours d'école par semaine, trois mois de vacances par an, y compris les vacances de Noël et de Pâques semblent être la formule qui a donné les meilleurs résultats, tant pour le développement intellectuel que pour la croissance physique.

FAXTON E. GARDNER
(de New-York).

LIVRES NOUVEAUX

Anatomie comparative (2), par J. CHAINE, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux.

Le présent ouvrage n'a d'autre but que de montrer que l'anatomie comparative n'est point une science inaccessible et qu'elle est de nature à procurer bien des joies à celui qui l'aime. Il a aussi pour tendance d'attirer vers elle de nouveaux travailleurs.

Testut, dans la préface de son *Anatomie humaine*, écrit : « L'anatomie n'est pas seulement une science utile, mais encore une science aimable. » Cela est vrai pour l'anatomie comparative qui offre à ceux qui l'étudient des aperçus nouveaux, des vues d'ensemble de nature à séduire les esprits curieux des choses de la nature.

L. G.

(1) *Gaz. des hôpit.*, n° 24, 25 mars 1922, p. 376.
(2) In-8 de 280 p. Prix : 14 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS DE LA ROUGEOLE[1]

3. Les SEPTICÉMIES sont fréquentes chez les jeunes enfants. A point de départ cutané ou broncho-pulmonaire, elles se traduisent par de l'hyperthermie, de l'adynamie, une mort rapide. Parfois on peut voir évoluer une endocardite, une néphrite.

4. Les ACCIDENTS NERVEUX peuvent apparaître pendant la convalescence.

Les convulsions sont un phénomène d'ordre banal au début de la rougeole chez les jeunes enfants. Elles constituent un symptôme grave au cours de toutes les autres périodes. On peut noter aussi des paralysies diverses, monoplégie, diplégie ; ces lésions peuvent être d'ordre hystérique ou organique, et dans ce dernier cas relever de troubles médullaires, névritiques ou cérébraux. Dans certains cas, on peut voir certains troubles médullaires rappelant la paralysie infantile. Des troubles intellectuels peuvent persister avec des psychoses diverses, de la confusion mentale, de la manie aiguë.

V. **Les infections spécifiques associées.** — On sait avec quelle facilité et quelle fréquence la rougeole s'associe chez les enfants avec les autres maladies spécifiques. Parmi ces dernières, signalons surtout la scarlatine, la coqueluche, la diphtérie. Plus rarement, on peut voir évoluer aussi la grippe, les oreillons, la varicelle, l'érysipèle, la variole.

1. La COQUELUCHE est souvent associée à la rougeole, et, dans ces cas, il faut redouter de cette association morbide la fréquence des broncho-pneumonies et les complications tuberculeuses ultérieures, toujours très graves.

2. La SCARLATINE : les enfants peuvent contracter simultanément scarlatine et rougeole dans les milieux scolaires, et les deux maladies apparaissent à des intervalles différents, la durée de l'incubation étant différente pour ces deux maladies. D'autres fois, c'est à son entrée à l'hôpital que l'enfant contracte secondairement, soit l'une, soit l'autre de ces maladies. Dans ce dernier cas, l'intervalle qui sépare l'éclosion de ces deux maladies est assez grand pour que leur influence réciproque soit peu marquée. On peut grouper ces divers cas, avec Lereboullet, de la façon suivante :

a. Lorsque la *scarlatine est secondaire à la rougeole*, les deux maladies évoluent pour leur propre compte. Toutefois si la rougeole ne modifie guère l'allure de la scarlatine, cette dernière parait favoriser les complications de la rougeole.

b. Lorsque la *rougeole et la scarlatine apparaissent simultanément*, l'éruption mixte peut donner lieu à des difficultés de diagnostic. Des complications secondaires sont fréquentes, surtout l'otite et la broncho-pneumonie.

c. Lorsque la *scarlatine précède la rougeole de quelques jours*, l'évolution de la rougeole est nettement aggravée. La broncho-pneumonie mortelle est presque de règle.

d. Lorsque la *scarlatine précède la rougeole de longtemps*, le pronostic est bien moins grave et les complications sont rares.

En résumé, de toutes ces variétés d'association de la rougeole et de la scarlatine, la *plus grave est celle où l'on voit la scarlatine ne précéder la rougeole que de quelques jours.* Lorsque, au contraire, les exanthèmes apparaissent simultanément ou inversement sont séparés par un long intervalle, le pronostic ne paraît pas influencé par cette association.

C'est que la scarlatine modifie profondément la virulence du milieu buccal. Le streptocoque existe à l'état très virulent dans la gorge et le rhino-pharynx. Aussi est-il le point de départ de complications broncho-pulmonaires qui viendront se greffer à l'occasion de la rougeole.

La broncho-pneumonie disséminée est ordinairement la cause de la mort dans la scarlatine avec rougeole secondaire survenue précocement.

Enfin, ne pas oublier de signaler les rapports de la rougeole et de la *grossesse.* On sait combien la rougeole revêt une allure plus grave chez les adultes. Chez la femme enceinte, la rougeole a une influence d'autant plus fâcheuse que la grossesse est moins avancée.

En résumé, si l'enfant échappe aux complications aiguës, graves, de la rougeole, il faut encore redouter les *séquelles* : la tuberculose pulmonaire, les adénopathies, la dilatation des bronches, les infirmités sensorielles, la surdité.

LE PRONOSTIC. — En somme, il y a de gros dangers à redouter au cours de certaines rougeoles compliquées. On doit surtout craindre la gravité des *broncho-pneumonies* chez les enfants débilités, amaigris ou présentant des infections bucco-pharyngées. De même la *tuberculose* et les *otites* sont aussi fréquentes. Si l'enfant survit, on peut voir survenir chez lui des suppurations multiples, des abcès cutanés, des suppurations des oreilles, et le malade échappe parfois à la broncho-pneumonie pour succomber quelques semaines plus tard à la tuberculose. Tous ceux qui ont fréquenté des services de rougeoleux ont vu ces rougeoleux convalescents, cachectiques, débilités, couverts de suppurations multiples, véritables « crevards de la rougeole » qui meurent de cachexie ou parviennent lentement à la guérison grâce à des soins éclairés et longtemps prolongés.

Le **TRAITEMENT** doit être prophylactique et curatif.

1. **Prophylactique**, il consistera surtout dans l'isolement hospitalier, l'existence et l'organisation des services de douteux, l'isolement des consultations externes qui permettront de réduire les contagions secondaires ou associées.

La désinfection systématique de la gorge, de la bouche, du rhino-pharynx, des oreilles sera pratiquée. Enfin, le dépistage précoce des broncho-pneumonies.

2. **Curatif.** — Les bains chauds, les bains froids et sinapisés sont à conseiller pour les broncho-pneumonies. On ne saurait négliger non plus les frictions au collargol, les injections d'huile camphrée et d'huile goménolée, la formation d'abcès de fixation dans certains cas.

Les otites réclament des soins spéciaux.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 40, p. 654 ; n° 42, p. 687, et n° 44, p. 718.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 47. — SAMEDI 17 JUIN 1922. 95e ANNÉE. SAMEDI 17 JUIN 1922. — N° 47.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 12 juin. — MM. Paraf, 19; Huber, 19,63 ; Bernard, 19,90; Tzanck, 18; Bouttier, 19,18.

Séance du 14 juin. — MM. Weil (M.-P.), 20 ; Lévy, 18,72; Lecomte, 15,27 ; Dumont, 19,54.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours de l'internat s'ouvrira le 2 octobre 1922. S'inscrire avant le 16 septembre 1922.

— Le concours de l'externat s'ouvrira le 23 octobre 1922. S'inscrire avant le 7 octobre 1922.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS POUR LE CLINICAT. — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine de Paris, à 9 heures du matin.

1° Le lundi 3 juillet 1922, pour les clinicats suivants : I. Clinicat médical : titul., 2; adj., 1 ; II. Clinicat chirurgical : titul., 4; adj., 7; III. Clinicat oto-rhino-laryngologique : titul., 1 ; adj., 2; IV. Clinicat ophtalmologique : titul., 1 ; V. Clinicat des maladies mentales : titul., 2; adj., 2; VI. Clinicat thérapeutique médicale : titul., 1; adj., 1; VII. Clinicat thérapeutique chirurgicale : adj., 1; attaché médical, 1; VIII. Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : titul., 1; adj., 1; IX. Clinicat urologique : titul., 1; adj., 1; X. Clinicat obstétrical : adj., 1; XI. Clinicat propédeutique : adj., 1.

2° Le lundi 17 juillet 1922, pour les clinicats ci-dessous : I. Clinicat médical infantile : titul., 1; adj., 1; II. Clinicat de la première enfance : titul., 1; adj., 2.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, bureau de l'Administration, jusqu'au samedi 24 juin inclusivement pour les premiers, et samedi 1er juillet pour les seconds. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de 15 à 17 heures.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— CONCOURS DU PROSECTORAT. — *Epreuve de dissection.* — MM. Fey, 132; Sénèque, 127; de Gaudart d'Allaines, 126. Sont proposés : MM. Fey et Sénèque.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — La chaire de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées de la Faculté de médecine d'Alger est déclarée vacante.

— LILLE. — La chaire de physiologie de la Faculté de médecine de Lille est déclarée vacante.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Un concours s'ouvrira le 18 décembre 1922, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'école de médecine d'Angers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant la date d'ouverture de ce concours.

LA POLICE SANITAIRE MARITIME DANS LES COLONIES ET PAYS DE PROTECTORAT. — Le *Journal officiel* du 11 juin 1922 publie (p. 6082 à 6089) un décret réglementant la police sanitaire maritime dans les colonies et pays de protectorat.

Ce décret complète celui du 26 novembre 1921 sur la police sanitaire maritime en France et en Algérie.

LE VOYAGE D'ÉTUDES AUX EAUX MINÉRALES DE LA PENTECOTE. — M. le prof. P. Carnot, accompagné par M. le prof. agrégé Rathery, a, comme chaque année, consacré les vacances de la Pentecôte à un voyage aux stations hydrominérales et climatiques de France. Ce voyage, destiné aux étudiants en fin d'études, ayant passé leur examen de thérapeutique, comprenait cette année soixante et onze voyageurs. Il s'agissait de visiter les stations des Vosges : Bourbonne-les-Bains, Martigny, Contrexeville, Vittel, Bains-les-Bains, Plombières, Luxeuil, Bussang. Toutes les villes d'eau ont eu à cœur de faire à leurs visiteurs un très bel accueil. Dans chaque ville d'eau, un des médecins s'était chargé de faire une brève leçon sur les indications et les moyens de cure de la station. La caravane s'est également arrêtée au passage à Auburc, en Alsace, pour visiter un sanatorium alsacien et en comprendre le fonctionnement. A Colmar, enfin, elle a reçu un accueil cordial des confrères de la ville qui se sont efforcés d'expliquer à leurs visiteurs le fonctionnement des lois d'assurance sociale en vigueur dans la région.

Grâce à l'activité de M. le prof. Carnot et à la prévoyance du Dr Geist, l'organisateur matériel du voyage, les étudiants ont pu, en quatre journées, voir un maximum de choses.

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR COLIN. — Un monument sera élevé, à l'Ecole d'Alfort, en souvenir du professeur Colin.

M. Railliet est appelé à représenter l'Académie de médecine à l'inauguration de ce monument.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le Dr Philippe Ollivier (de Fréjus), décédé à l'âge de 94 ans.

CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE. (Professeur : M. CHAUFFARD.) — *Leçons médico-chirurgicales sur les maladies du foie et du pancréas, la goutte et le diabète*, sous la direction des prof. A. Chauffard et Pierre Duval, du 19 juin au 29 juin.

Le droit d'inscription est de 150 francs.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL COCHIN. — Un cours complémentaire sur le traitement des luxations et fractures des membres, sous la direction de M. le prof. Pierre Delbet, par MM. Charles Girode, chef de clinique; Jacques Leveuf et Pierre Mornard, chefs de clinique adjoints, aura lieu du 19 au 29 juin 1922.

Chaque leçon comportera des démonstrations et des exercices pratiques répétés par les assistants.

Le nombre des auditeurs est limité à vingt.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Sont admis les médecins français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés à la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à trois heures.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE. — *Leçons sur la syphilis dans ses rapports avec la fonction de reproduction*, du 19 juin au 1er juillet.

Cet enseignement comprendra, en outre, l'assistance aux consultations données au dispensaire antisyphilitique de la clinique par M. Marcel Pinard, les : mercredi 21 juin, à 15 heures; mercredi 28 juin, à 16 heures; vendredi 23 juin, à 9 heures; vendredi 30 juin, à 9 heures.

CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DU PROFESSEUR MOURE A LA FACULTÉ DE BORDEAUX. — Le cours de perfectionnement annuel aura lieu du lundi 24 juillet au samedi 5 août 1922.

Ce cours s'adresse aux praticiens spécialistes et a pour but de les mettre au courant des nouvelles méthodes opératoires et thérapeutiques; il sera fait par le prof. Moure et M. Portmann, chef de clinique, avec la collaboration des prof. agrégés J. Carles (médecine), Petges (dermatologie et syphiligraphie), Dupérié (maladies des enfants) et Réchou (électrothérapie).

Il comprendra des séances opératoires, des examens de malades, de la médecine opératoire, des conférences sur les sujets d'actualité, des examens de laboratoire.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux. Droit d'inscription : 150 francs.

HOPITAL MARITIME DE BERCK. — DOUZE LEÇONS SUR LA TUBERCULOSE OSTÉOARTICULAIRE ET GANGLIONNAIRE ET QUELQUES ÉLÉMENTS D'ORTHOPÉDIE PRATIQUE, par M. le Dr Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital maritime; avec la collaboration de MM. les Drs Andrieu, chirurgien assistant de l'hôpital maritime; Tridon, chirurgien assistant de l'hôpital maritime; Mozer, chef de laboratoire de l'hôpital maritime; Parin, chef du laboratoire de radiologie de l'hôpital maritime, du 17 au 29 juillet 1922.

Pour tous renseignements, écrire au Dr Parin, hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, professeur de clinique propédeutique, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX, médecins des hôpitaux. Tome XXIX : **Thérapeutique** (1er volume), *Crénothérapie. Climatothérapie. Héliothérapie. Thalassothérapie. Thermothérapie. Cryothérapie. Cinésithérapie. Massothérapie. Photothérapie*, par MM. le prof. CARNOT, LINOSSIER, D'ŒLSNITZ, VENOT, PRUVOST, LORTAT-JACOB, DESFOSSES et LOUSTE. In-8, 1922, 49 figures. — Prix : 20 francs. — Paris, A. Maloine et fils.

Le Problème du cancer, par le professeur S. W. BAINDBRIDGE, chirurgien de l'hôpital du Cancer de New-York, traduit de l'anglais par le docteur Hertoghe (d'Anvers), membre de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Prix : broché, 32 francs; cartonné toile, 36 francs. — Paris, Doin.

Oreillons, coqueluche, grippe, érysipèle médical (Encyclopédie scientifique, Bibliothèque de pathologie médicale), par le docteur H. BARBIER, médecin des hôpitaux de Paris. In-16 de 300 pages. — Prix : broché, 8 francs; cartonné toile, 10 francs. — Paris, G. Doin.

Comment sauvegarder les bébés, par le docteur G. VARIOT médecin honoraire de l'hospice des Enfants-Assistés, président fondateur de la Goutte de lait de Belleville. In-16 de 400 pages. — Prix : cartonné, 10 francs. — Paris, G. Doin.

Collection des maladies de la cinquantaine. Tome I : *L'âge critique. Goutte. Affections paragoutteuses. Obésité*, par le docteur Arthur LECLERCQ, lauréat de l'Académie de médecine, lauréat de la Faculté. In-8 carré de 176 pages. — Prix : 10 francs. — Paris, G. Doin.

La Rœntgenthérapie des tumeurs malignes en oto-rhino-laryngologie, par Georges PORTMANN et A.-P. LACHAPELE. In-8 broché de 104 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Maloine et fils.

Le Médecin devant l'assistance et l'enseignement psychiatrique, par Henri DAMAYE, médecin des asiles d'aliénés. In-8 de 123 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Maloine et fils.

Thérapeutique gynécologique. Indications et technique de la méthode de Brandt, par la doctoresse Hélène SOSNOWSKA. Préface de Victor PAUCHET. In-16 de 112 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, G. Doin.

Traitement des diarrhées chroniques, par le docteur Roger SAVIGNAC. Une brochure de 62 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, A. Maloine et fils.

CONGRÈS DES MÉDECINS DERMATOLOGISTES & SYPHILIGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

(Paris, 6-7-8 juin 1922)

Par le Dr Pierre GASTINEL,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

Le Congrès qui vient de s'achever a eu un très vif succès. Il est dû au nombre des médecins et maîtres de la dermatosyphiligraphie qui sont venus à Paris de la Province et de l'Etranger; il est dû à l'intérêt des questions portées à l'ordre du jour; il est dû enfin à l'incomparable autorité avec laquelle le docteur Darier a présidé les débats.

Nous avons le regret de ne pouvoir dans cette revue analyser toutes les publications des auteurs : Pour préciser les plus importants sujets, nous résumerons d'abord les rapports, les discussions et les communications y ayant trait. Enfin certaines questions d'ensemble ont été abordées; nous les schématiserons sommairement.

I

Le premier rapport est consacré aux *Épidermomycoses* et il est exposé par M. Petges (de Bordeaux).

L'auteur montre qu'à côté des mycoses classiques, il existe toute une série de formes variées d'affections cutanées superficielles provoquées par des champignons pathogènes; leur connaissance a été acquise lentement après des phases successives ayant chacune apporté des notions nouvelles : phase de l'eczéma marginé de Hébra, phase des trichophyties, phase des épidermophyties de Sabouraud, enfin phase actuelle des épidermomycoses. Ces dernières relèvent de parasites multiples principalement de l'épidermophyton. Beaucoup d'autres champignons peuvent être invoqués et le rôle des levures est chaque jour plus important. Cliniquement les épidermomycoses sont très polymorphes, elles peuvent provoquer des états érythémateux, squameux, papuleux, vésiculeux, pustuleux et kératosiques. C'est dire que l'aspect de ces affections est tellement variable qu'elles peuvent être confondues avec les pityriasis, les parapsoriasis et surtout avec l'intertrigo, l'eczéma, la dyshidrose, etc. Il y a donc une similitude quelquefois grande entre l'aspect objectif et celui d'une lésion vulgaire qui ne peut être différencié sans le secours du laboratoire. L'auteur insiste sur la fréquence de l'origine mycosique des diabétides. De même la dyshidrose relèverait souvent d'une origine à épidermophytes, à levures, à trychophytes. Il est intéressant de souligner également que certaines érythèmes et dermites infantiles sont attribuables à des levures.

Petges, étudie les agents les plus souvent incriminés, mais constate qu'il est impossible de fixer la correspondance du type clinique et du type mycosique causal comme Sabouraud le premier l'a fait autrefois pour les teignes. Malgré les rôles des champignons dans certaines dermatoses il ne faut pas considérer le rôle du terrain comme négligeable, on le sait bien d'ailleurs pour les teignes qui ne frappent que les enfants et guérissent à l'âge de la puberté.

Le diagnostic des épidermomycoses est fonction des recherches techniques, mais c'est un diagnostic qui ne s'impose pas et qu'il faut pourchasser. Le traitement tiendra compte à la fois de la cause déterminante mycosique et aussi des causes générales organiques.

— A la suite de ce rapport, M. Favre (de Lyon), a présenté l'observation d'une épidermophytie à types vésiculobuleux ayant duré deux ans avec recrudescence saisonnière et due à un parasite se rapprochant des levures et présentant les caractères des parasites observés par Gougerot, par Hudelo et Montlaur, Dubreuilh et Joulia dans les mycoses à levures des plis.

MM. Pautrier et Rietmann rapportent de curieuses observations de lésions cutanées en peau vague due au microsporone Audouini.

MM. Montlaur et Dumet rapportent l'observation d'un malade porteur de lésions inguino-crurales circinées constituées par des segments de cercles concentriques, le parasite isolé est un trichophyton rubrum vel purpureum de Castellani-Bang.

M. Legrain fait une intéressante communication montrant qu'il existe bien une dyshidrose vraie typique d'origine non parasitaire et que d'autre part il existe des éruptions dyshidrosiformes de causes variées : causes internes, causes artificielles et causes mycosiques.

Cette série de communications ont donné lieu à d'intéressants débats auxquels MM. Brocq, Thibierge, Queyrat, Sabouraud, Bruno-Bloch, etc., ont pris part, il apparaît nettement qu'il faille distinguer dans les éruptions de la dyshidrose comme dans l'intertrigo, d'une part des types qui répondent aux descriptions classiques et qui ne sont pas mycosiques et d'autre part des lésions dyshidrosiformes relevant de causes multiples. Cette opinion a été particulièrement soutenue par MM. Brocq et Thibierge qui s'élèvent contre la confusion tendant à ranger dans les épidermomycoses toutes les états dyshidrosiques, aussi M. Thibierge propose au Congrès de donner à la dyshidrose vraie le nom de maladie Tilbury-Fox.

Le professeur Peyri insiste sur l'importance des réactions cutanées dans la production de la dyshidrose, il y a une question de terrain et de sensibilisation sur laquelle insiste aussi Flandin.

Toutefois notons que contrairement à l'opinion des auteurs précédents, M. Milian pense que beaucoup de dyshidrose, relèvent de l'infection syphilitique : ses arguments sont surtout basés sur l'effet thérapeutique.

II

Une question toute d'actualité a été discutée au Congrès et a donné lieu à l'intéressant rapport de MM. le professeur Nicolas et Favre (de Lyon) sur *la lymphogranulomatose inguinale subaiguë d'origine vénérienne* (*ulcères vénériens adénogènes*).

Nuls n'étaient mieux qualifiés que ces auteurs pour traiter cette question, puisque ce sont eux, en collaboration avec M. Durand, qui ont décrit, en 1913, cette curieuse affection sur laquelle l'attention est tout particulièrement attirée en ce moment. La lymphogranulomatose inguinale à foyer purulent multiple intraganglionnaire est aujourd'hui bien caractérisée. Au début, on note une érosion, une petite ulcération génitale, superficielle, herpétiforme, fugace (chancre lymphogranulomateux, ulcère vénérien adénogène), ou bien on observe un suintement uréthral léger. Mais bientôt apparaît une adénopathie inguinale à type clinique et évolutif, bien particulier, méritant indiscutablement une place à part dans le cadre nosologique. Il s'agit d'une adénopathie polyganglionnaire progressive des ganglions inguinaux avec périadénite et production de foyers parcellaires, donnant lieu à des fistules successives, isolées, interminables.

Cette adénopathie inguinale s'accompagne toujours d'une volumineuse adénite iliaque interne qui ne suppure jamais. Une telle adénopathie s'observe particulièrement chez l'homme en période d'activité sexuelle.

Cette maladie nouvelle autonome a des caractères anatomopathologiques, macroscopiques et microscopiques que les auteurs ont, les premiers, parfaitement individualisés. La nature contagieuse et vénérienne de cette affection ne paraît pas douteuse, mais l'agent pathogène demeure encore inconnu.

MM. Nicolas et Favre, étudiant comparativement le bubon climatérique des pays chauds, l'assimilent à l'adénopathie inguinale qu'ils décrivent. Cette affection qui semble actuellement se répandre en France représenterait la *quatrième maladie vénérienne*, terme que les auteurs proposent de don-

ner à l'adénopathie, plutôt que *lymphogranulomatose*, ce mot pouvant prêter à confusion.

Depuis quelque temps, le nombre de cas observés fut très considérable et dans la région parisienne l'attention est, depuis deux ans, spécialement attirée sur eux.

MM. Teissier, Gastinel et Reilly rapportent l'étude de vingt cas de polyadénopathie inguinale subaiguë, à la suite de l'épidémie de peste bubonique qui a sévi, à Paris, en 1920. Une confusion pouvait être commise entre de telles adénites et les ganglions pesteux. Ces derniers peuvent, dans certaines formes légères de peste, simuler point par point la maladie décrite par MM. Durand, Nicolas et Favre. Les auteurs recherchent les éléments du diagnostic. Ils confirment toutes les données antérieures sur les caractères cliniques de la lymphogranulomatose; ils précisent seulement les différents aspects des courbes thermiques : état subfébrile continu, fièvre cyclique de quelques jours, fièvre ondulante prolongée. Ces différents aspects pouvant exister sans participation évidente d'une réaction hématopoiétique.

Les auteurs retrouvent, au point de vue histologique, la description des rapporteurs, mais ils s'attachent à différencier anatomiquement ces adénites des bubons pesteux. Dans les adénites, on note une réaction d'hypergénèse adénoïdienne avec micro-abcès. Au contraire, dans la peste on trouve des foyers hémorragiques, de vastes nécroses sans réaction inflammatoire et une ectasie très considérable des voies lymphatiques avec thrombose et dissémination de bacilles de Yersin.

MM. Teissier Gastinel et Reilly ont vainement essayé sur toute une série d'animaux, y compris le singe, la reproduction expérimentale de ces adénopathies. Toutes leurs recherches bactériologiques furent également négatives. Ils se rangent à l'avis de MM. Nicolas et Favre, sur l'origine génitale de la maladie qu'ils assimilent également au bubon climatérique.

Le rapport de MM. Nicolas et Favre est encore confirmé par la publication de MM. Sipillmann, Drouet et Michon, qui signalent un cas de lymphogranulomatose inguinale typique évoluant chez une femme et à la convalescence duquel on vit survenir un chancre syphilitique vulvaire. Il peut donc y avoir association et ceci prouve encore que la lymphogranulomatose est distincte de l'infection syphilitique.

M. Joltrain insiste sur tout l'intérêt de ces cas pour le dépistage des formes de peste à type ambulatoire et rapporte de son côté deux cas confirmant, en tout point, les données de MM. Nicolas et Favre.

Cette série de communications ont donné lieu également à un débat qui mit en évidence toute l'individualité de la lymphogranulomatose.

M. Ravaut pense que cette affection peut avoir un siège extra-inguinale et qu'elle représente plutôt une affection du tissu ganglionnaire qu'une maladie vénérienne.

M. le professeur Ehlers se range à la dénomination de quatrième maladie.

M. Borry rappelle sa description si bien faite du chancre granulomateux.

Pour M. Milian, au contraire, la lymphogranulomatose n'existerait pas à titre d'affection individualisée, il s'agirait d'infection à bacille de Ducrey. Cette opinion ne peut être soutenue d'après MM. Nicolas et Favre et d'après les différents auteurs ayant étudié ces adénites, puisque le bacille de Ducrey n'est pas retrouvé dans la lésion, qu'elle n'est pas auto-inoculable, qu'il n'y a jamais de phagédénisme et que les ablations chirurgicales n'amènent aucune chancrélisation des téguments. Enfin, M. Favre précise les caractères histologiques qui opposent nettement le chancre granulomateux au chancre mou.

III

Le troisième rapport lu au Congrès avait été confié à M. Guy-Laroche (de Paris) *sur les réactions colloïdales dans la syphilis nerveuse, réaction à l'or colloïdal, à la gomme mastic, au benjoin colloïdal.* On connaît les travaux de cet auteur avec MM. Guillain et Léchelle sur ce sujet. Il était donc particulièrement qualifié pour le traiter. Laroche passe en revue les diverses méthodes proposées, la première en date est celle de Lange à l'or colloïdal. Le liquide céphalo-rachidien normal laisse l'or intact, les liquides pathologiques le font virer au bleu rouge, au violet, au bleu puis au blanc. Cette réaction est difficile à pratiquer par suite de l'impossibilité d'obtenir à coup sûr une bonne solution colloïdale. Pour les mêmes raisons, la réaction d'Emmanuel à la gomme mastic est peu praticable et donne lieu à des erreurs.

Le rapporteur rappelle tous ses travaux sur la réaction au benjoin dont la technique très simple a donné des résultats excellents confirmés de divers côtés. Cette réaction permet le diagnostic de la syphilis nerveuse dans toutes ses formes cliniques. Dans la syphilis secondaire elle n'est positive que dans les cas graves avec Wassermann positif, la réaction est négative chez les malades atteints d'affections nerveuses non syphilitiques. La valeur pronostique est importante, car elle est proportionnelle à l'intensité des lésions spécifiques.

Les conclusions du rapport de M. Laroche sont particulièrement soutenues par M. Belasmino Rodriguez.

M. Pomaret montre qu'il est possible de substituer au benjoin colloïdal le soufre colloïdal qui répond à une composition bien définie, ce qui évite les variations de composition des benjoins commerciaux. Les résultats obtenus sont superposables à ceux de M. Laroche, mais ce procédé tout récent est encore à l'étude.

IV

En dehors des rapports et des questions s'y rattachant, toute une série de communications furent présentées au Congrès. Plusieurs auteurs ont rapporté les résultats de leurs expériences sur le *traitement de la syphilis par les préparations au bismuth.* Il s'est dégagé du débat fort intéressant à ce sujet que la médication bismuthique apparaît comme une arme puissante dans la thérapeutique spécifique, elle a reçu même du Congrès une manière de consécration qui est à souligner. Citons la communication de MM. Hudelo et Rabut qui notent l'intérêt du bismuth au point de vue prophylactique par la cicatrisation rapide des plaques muqueuses et dans le tabes par la rapide disparition des douleurs. Les sels les mieux supportés, pour les auteurs, sont les oxydes et les iodoquinates.

MM. Clément Simon et Bralez étudient les sels insolubles de bismuth sur 113 cas. Le liséré bismuthique a été observé dans 19 p. 100 des cas; la stomatite dans 12 p. 100 des cas, 4 malades ont eu quelques phénomènes généraux. L'action de ces sels sur les accidents externes est comparable à celle des arsenobenzènes, les tréponèmes disparaissent du chancre après les premières injections.

MM. Lortat-Jacob et Roberti rapportent également le résultat de 400 injections, ils soulignent l'existence de quelques incidents (deux gingivites, une stomatite légère, une érythrodermie après deux injections). Cette médication fut très bien supportée par de grands intolérants aux arsenobenzènes. Ils notent l'action sur l'albuminurie spécifique. Ils ont observé une disparition très lente du Wassermann; cette réaction dans le liquide céphalo-rachidien est moins influencée par les sels de bismuth que la lymphocytose céphalo-rachidienne.

M. Sloth (service du professeur Ehlers) rapporte une statistique également favorable aux préparations bismuthées.

M. Hudelo insiste particulièrement sur le service de ce médicament dans la syphilis nerveuse et oculaire. A ce point de vue il lui réserve une place toute spéciale.

Le docteur Emery rapporte son expérience de l'hydroxyde de bismuth qui se résume ainsi : parfaite tolérance locale, efficacité sur les accidents de tous âges et de tous sièges, action sur la réaction du Wassermann. Il souligne également l'action élective sur le système nerveux.

M. Spillmann (de Nancy), confirme les résultats des auteurs parisiens, il considère les sels de bismuth comme un médicament puissant, très utile surtout dans les cas d'intolérance au mercure et à l'arsenic, et très actif dans la syphilis nerveuse. Pour lui la sérologie est nettement influencée par bismuth injecté à doses suffisantes.

Un intéressant débat a eu lieu concernant les *voies d'injections des arsenobenzènes*, plusieurs membres du Congrès, en particulier M. PETGES et M. EMERY, ont montré le danger des injections sous-cutanées qui tendent peut-être trop à se généraliser. Cette technique ne met pas à l'abri des accidents et des crises nitritoïdes. Il faut prévenir les médecins, car les accidents survenant après injection sous-cutanée sont plus tardifs que par voie endoveineuse (plusieurs heures après la piqûre).

Pour clore ce résumé des publications ayant trait au traitement de la syphilis, nous rapporterons la note de M. BODIN sur l'heureux effet du traitement préventif de la syphilis par les arsenobenzènes pendant l'incubation du chancre.

Enfin, MM. Clément SIMON, POUPARDIN et CHALET, signalent le curieux cas d'une stomatite survenue à la cinquième injection de novarsenic qui évolua avec érythrodermie généralisée, nécrose du maxillaire. Une septicémie à point de départ bucal détermina la mort du malade.

La place nous manque pour analyser dans cette revue toutes les communications diverses portées au Congrès; on nous excusera d'être incomplet.

M. PAYENNEVILLE rapporte des observations de pigmentations, dépigmentation et atrophie cutanée chez des syphilitiques et il émet l'hypothèse qu'il y a une atteinte des capsules surrénales.

MM. LEVY-FRANCK et JUSTER décrivent un syndrome endocrino-sympathique au cours de la pelade. Ils concluent que la pelade est due à la sidération des fibres sympathiques pilaires sous la dépendance de lésions du système endocrino-sympathique. Chez les péladiques le professeur MOREL (de Louvain) note une fréquente lymphocytose sanguine persistante, elle s'expliquerait par un trouble endocrinien.

Le Congrès a entendu de M. CIVATTE, une fort intéressante communication sur une dermatose nouvelle : *La poikilodermie réticulée pigmentaire de la face et du cou*, survenant chez la femme au moment de la ménopause, elle est caractérisée par un réseau érythémato-pigmenté sur fond atrophique. L'auteur en précise les caractères histologiques très spéciaux; l'opothérapie surrénale est particulièrement agissante, cette poikilodermie est à séparer de celle décrite par Jacobi.

D'intéressantes communications sur des questions touchant la réaction du Wassermann et l'examen du liquide céphalo-rachidien ont été traités par MM. SIMON, JOUIN, CHATELIER, BORRY, etc., nous ne pouvons que les signaler.

M. COTTENOT signale les bons résultats qu'il a obtenus en traitant les chéloïdes par le radium.

Les organisateurs du Congrès avaient prévu des présentations de malades particulièrement choisis et groupés, ce ne fut pas là le moindre intérêt d'un Congrès en tout point réussi et qui a été une belle manifestation de la dermato-syphiligraphie de langue française.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 JUIN 1922)

Sur la pluralité des virus aphteux. — MM. H. VALLÉE et H. CARRÉ ont précédemment posé le problème de la pluralité des virus aphteux (1) et démontré par des expériences appropriées qu'une immunité solide contre un virus originaire du département de l'Oise reste sans valeur à l'égard d'un virus d'origine allemande.

De nouvelles expériences confirment leurs premières recherches et éclairent d'un nouveau jour la question des récidives de la fièvre aphteuse. Elles appellent aussi avec une étude comparative des virus des diverses origines une réforme complète des méthodes d'étude de la redoutable épizootie.

(1) Académie des sciences, séance du 29 mai 1922.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 JUIN 1922)

Traitement des fibromes. — M. TUFFIER, dans la dernière séance, a fait une communication qui est un document très important dans la discussion actuelle sur le traitement des fibromes. Il s'est déclaré partisan de la radiothérapie et de la curiethérapie pour certains fibromes. Il reconnaît qu'une grande majorité des fibromes utérins traités par l'hystérectomie deviennent justiciables de la radio ou de la radiumthérapie.

Tout ce qu'il a vu ne fait que confirmer sa première opinion, mais aujourd'hui c'est son efficacité si certaine, son application si facile et si simple et les inconvénients ou les abus qui peuvent en résulter qu'il veut signaler. Stériliser une femme devient maintenant très simple à la portée de tous ceux qui possèdent rayons X ou radium et ne laissant aucune trace de leur passage, il y aurait là, si l'on n'y prenait garde, un véritable danger social. Un de ceux qui a le plus contribué à la généralisation du traitement des fibromes par les radiations, M. Béclère, dont la scrupuleuse pratique, la science et l'expérience et la conscience donnent à toutes ces interventions une valeur spéciale, a stérilisé plus de 700 femmes.

M. Tuffier ne peut cependant pas accepter que sur 700 myomes il n'y en ait pas eu un seul qui fut justiciable d'une opération conservatrice, pas un seul qui put échapper à cette castration.

Tout ce qu'il dit actuellement des radiations, il l'a écrit il y a vingt ans à propos de l'hystérectomie. Il ne pouvait pas plus admettre ces séries de 200 hystérectomies pratiquées par le même chirurgien sans qu'il y ait un seul utérus qui eût pu échapper à la castration.

Entrant dans les détails des observations des malades traitées par les radiations, M. Tuffier fait remarquer que ni l'âge des malades, ni le volume, ni la multiplicité des tumeurs n'ont influencé le mode de traitement. Combien de jeunes femmes auxquelles on a infligé une ménopause anticipée, alors qu'on aurait pu, au moins pour un certain nombre, enlever leur fibrome en leur laissant leurs organes.

M. Tuffier passe ensuite au volume des fibromes. Après examen des faits, il constate qu'un grand nombre de femmes encore réglées ont été traitées par la stérilisation (curie ou rœntgenthérapie) alors qu'elles n'avaient que des fibromes petits ou moyens qu'on aurait pu traiter par une opération conservatrice (myomectomie).

Il n'y a sur ce point aucune espèce de doute. Il y en a pour les cas de curiethérapie, et la voie qui s'imposait, dans laquelle on espère entrer, est celle de la destruction du fibrome sans destruction de l'ovaire. Qu'elle soit possible dans certains cas, qu'elle ait pu être effectuée dans des rares conditions, qu'elle soit une méthode de traitement, M. Tuffier y souscrit très volontiers, mais tant que cette méthode n'aura pas fait ses preuves, il faut bien continuer à traiter les fibromes, et M. Tuffier prend la question telle qu'elle est actuellement, tout prêt d'ailleurs, là comme ailleurs et comme toujours, à modifier ses conclusions quand les résultats thérapeutiques eux-mêmes seront concluants.

Les auteurs insistent beaucoup sur ce point, ils montrent qu'il faut poursuivre cette destruction même quand les accidents dus aux fibromes ont disparu, et que dès qu'une manifestation quelconque d'un retour possible des règles annoncé par l'absence de bouffées de chaleur que présentent ces femmes condamnées à la ménopause anticipée, on doit reprendre le traitement par crainte de voir les accidents se reproduire. Il y aurait ainsi dix cas de récidive après trois à seize mois, et il suffit d'un petit nombre de séances nouvelles, trois à cinq le plus souvent, pour voir réapparaître les bouffées de chaleur, et provoquer une ménopause, cette fois définitive. La reprise du traitement amena rapidement la guérison de ces dix cas de récidive, c'est-à-dire la stérilité.

Il se peut que les radiations agissent également sur le fibrome lui-même, tout le monde le dit, tout le monde l'admet, et M. Tuffier, avec Letulle, a étudié certains troubles de vascularisation dans les utérus ainsi traités.

Les radiations n'agissent donc que par stérilité. Elles ne devraient donc être appliquées que dans les cas qui étaient

justiciables de l'hystérectomie, celle-ci étant plus dangereuse que les irradiations ; il est tout naturel qu'on donne la préférence à ces dernières.

M. Tuffier n'insiste pas sur les contre-indications de la radiothérapie qui ont été déjà bien souvent formulées.

Depuis vingt ans, M. Tuffier estime que le traitement de choix des fibromes utérins est l'énucléation des fibromes, avec conservation de l'utérus et des annexes; la myomectomie. C'est là, l'intérêt principal et le but de sa communication.

Des méthodes qui suppriment la menstruation et, partant, la conception doivent céder le pas à une opération conservatrice de l'utérus et des annexes.

C'est là un fait qui, selon M. Tuffier, n'a pas été assez nettement établi. Et il y a lieu d'insister et d'étendre bien davantage cette pratique de l'énucléation des fibromes, M. Tuffier de 1914 à 1922 a pratiqué soixante-douze myomectomies. Pourquoi cette opération ne s'est-elle pas plus généralisée? A cela deux raisons : 1° la plus grande difficulté de l'opération et son plus grand danger. Alors que la statistique des hystérectomies de M. Tuffier porte 4 à 5 p. 100 de mortalité, celle de la myomectomie monte à 7 1/2 p. 100. M. Tuffier a pu constater quatre grossesses ultérieures parmi ses myomectomisées.

Le reste de cette intéressante communication est consacrée à l'exposé de la technique de M. Tuffier, retenons-en les points principaux : M. Tuffier ne redoute pas beaucoup l'hémorragie résultant de l'incision de l'utérus. Elle s'arrête d'elle-même aussitôt que le ou les fibromes ont été énucléés. On peut toujours avoir recours à un tamponnement temporaire. La suture est très importante; il faut une aiguille ronde.

L'ouverture de la cavité utérine semblait, au début, une complication fâcheuse. Il n'en est rien aux yeux de M. Tuffier qui la trouverait plutôt avantageuse comme permettant un bon drainage.

M. Tuffier attache beaucoup d'importance à la suture séro-séreuse au fil de lin : les fils doivent être très serrés, comme pour une suture intestinale, pour assurer une parfaite coaptation. Il faut, à tout prix, éviter l'écoulement du sang, à travers la suture, dans le péritoine, ce qui constitue, selon M. Tuffier, le plus grand danger de l'opération.

Ainsi conçue et bien exécutée, cette opération devrait être pratiquée bien plus souvent qu'elle ne l'est. Pour éviter toute récidive, quand il s'agit de fibromes multiples, il faut avoir bien soin de les enlever tous. Si malgré tout, il y avait récidive, il resterait toujours la ressource de recourir à l'hystérectomie.

Le traitement des fibromes utérins. — M. Témoin (de Bourges) vient appuyer de son expérience personnelle l'argumentation de M. Tuffier. Comme lui, il estime que traiter des jeunes femmes ou des jeunes filles atteintes de fibromes par la radiothérapie ou la radiumthérapie est une erreur thérapeutique. Trop de jeunes femmes ou de jeunes filles ont été déjà ainsi stérilisées. On n'est pas en droit de dire que la radiothérapie est le traitement de choix des fibromes, quel que soit l'âge de la malade, quel que soit le volume de la tumeur. Pour ces malades, la myomectomie, ainsi que l'a dit Tuffier, est une excellente opération.

Depuis 1892, M. Témoin en a toujours cherché les indications. Il a eu la satisfaction de guérir ainsi bien des malades de leurs fibromes en leur conservant leurs organes génitaux et en leur permettant d'avoir ultérieurement des enfants. Il y a, en effet, un grand intérêt à faire tout le possible pour conserver une fonction d'une telle importance.

M. Témoin rappelle les communications qu'il a déjà faites, sur ce sujet, au Congrès de chirurgie de 1900. Depuis il a toujours cherché à préférer la myomectomie à l'hystérectomie totale ou subtotale. Il a même opéré assez souvent des fibromes prenant un développement très rapide au cours de grossesses, et a eu la satisfaction de voir ces femmes mener à terme leur grossesse après la myomectomie. C'est donc une excellente opération, l'opération de choix.

Il faut reconnaître toutefois qu'il y a quelques récidives. Mais on est toujours à temps, dans ces cas, de recourir à une hystérectomie secondaire ou même à la radiothérapie, s'il n'y a pas de contre-indications du fait de complications salpingiennes ou autres.

M. Témoin pense avec M. Tuffier qu'il y a un trop grand nombre de radiothérapeutes qui traitent systématiquement tous les fibromes par les rayons, qui provoquent ainsi parfois des accidents graves et qui provoquent une fâcheuse stérilisation qui pourrait être évitée dans un très grand nombre de cas.

Il est de toute actualité que des chirurgiens de la valeur de MM. Tuffier et Témoin appellent sur cette grave question l'attention de l'Académie.

De l'introduction en France de remèdes anticonceptionnels. — M. Balthazard donne lecture d'une lettre du Directeur général des douanes qui fait observer que, parmi les nombreux médicaments d'origine étrangère et surtout d'origine allemande qui pénètrent en France, il en est qui portent cyniquement le titre de remèdes anticonceptionnels. La direction des douanes estime qu'elle n'est pas suffisamment armée pour saisir ces remèdes qui devraient être prohibés.

A cela M. Balthazard répond que la direction des douanes n'a qu'à s'en référer à la loi du 30 juillet 1920 qui défend expressément l'entrée en France de tout médicament anticonceptionnel.

Traitement du rhume des foins. — M. Balzer communique à l'Académie une nouvelle et efficace méthode de traitement du rhume des foins, due au docteur Barcat, et qui consiste dans l'irradiation sélectionnée à petites doses (curie ou rœntgenthérapie) des régions nasale et oculaire, voire laryngo-bronchique. Cette méthode essentiellement neuro-sédative, semblable à celle que l'on utilise journellement contre les névralgies ou les prurits localisés, est intéressante non seulement par ses résultats, mais encore par la mise en évidence du rôle des terminaisons nerveuses dans les phénomènes de l'anaphylaxie.

Les lésions filariennes du canal thoracique. — M. Natlan-Larrier. La filaire de Bancroft, contrairement à ce que rapportent la plupart des auteurs classiques, ne détermine pas, en général, la stase lymphatique en obstruant la lumière du canal thoracique, mais elle provoque des lésions inflammatoires de ce vaisseau et des gros troncs lymphatiques du médiastin. Au niveau où siège le parasite, la couche sous-endothéliale du canal thoracique peut être très épaissie, sans que la lumière du vaisseau soit en aucune façon rétrécie. Sur les lymphatiques de plus faible calibre, il peut, au contraire, exister une endolymphite végétante qui parvient même parfois à oblitérer la lumière du vaisseau. Toutes ces lésions sont diffuses et parcellaires. Elles semblent être progressives et débuter par les vaisseaux de dimensions moyennes pour s'étendre ultérieurement aux canaux lymphatiques plus volumineux. L'endolymphite s'associe, d'ailleurs, à une périlymphite plus légère; elle s'accompagne d'altérations du squelette musculo-élastique du vaisseau qui, ainsi modifié, peut facilement se distendre en amont de l'obstacle qui s'oppose à la circulation de la lymphe. Les caractères histologiques de la lésion permettent de croire qu'elle est due à l'action de substances toxiques provenant de la filaire adulte.

Tumeur développée dans un goitre. — M. Pettit présente une forme de tumeur exceptionnelle développée dans un goitre, chez un Savoisien. Dans ce cas encore, faire la carte du goitre c'est faire la carte des tumeurs de la thyroïde.

Le néoplasme en question est caractérisé par des cellules présentant des caractères inconnus dans les éléments qui constituent la thyroïde à l'état normal. Dans ce cas, la doctrine classique veut qu'on explique la présence de ces éléments par une dérivation embryogénique plus ou moins compliquée. Les faits s'expliquent beaucoup plus simplement : les cellules du corps de l'homme ont un arbre généalogique, tout comme les animaux et l'homme lui-même ; à l'état normal, leur évolution est déjà étendue, à l'état néoplasique celle-ci est quasi infinie et peut donner naissance aux formes les plus inattendues.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 JUIN 1922)

Gangrène symétrique des dix doigts des mains coexistant avec des lésions syphilitiques secondaires cutanées diffuses. — MM. Georges GUILLAIN et Ch. KUDELSKI présentent une malade chez laquelle on constate une éruption syphilitique papulo-squameuse, papulo-psoriasiforme diffuse des téguments avec pigmentations et en même temps une gangrène noire, sèche des deux dernières phalanges des dix doigts; cette gangrène a été précédée durant plusieurs semaines de sensations de doigt mort. La tension artérielle au poignet est de 10-9, il n'existe aucun signe d'une lésion médullaire, le liquide céphalo-rachidien est normal. La réaction de Wassermann du sang est très fortement positive.

MM. Guillain et Kudelski rappellent que la plupart des auteurs qui considèrent la syphilis comme un facteur étiologique possible de la maladie de Raynaud, font allusion à la syphilis tertiaire, voire même à la syphilis héréditaire, mais exceptionnels sont les cas où le rôle de la syphilis secondaire a pu être démontré. Il y a lieu de remarquer aussi que dans la plupart des observations de la littérature médicale il s'agit surtout de cas d'asphyxie locale des extrémités et non de gangrène vraie. La gangrène des doigts chez la malade qui fait le sujet de cette présentation ne peut être considérée comme causée par un traitement arsenical, fait mentionné dans quelques observations, car elle est apparue ici avant tout essai de thérapeutique.

On peut se demander dans ce cas si la syphilis a créé des artérites thrombosantes des doigts ou si la névrite sympathique a eu une action sur le tonus vasculaire et la stupeur artérielle. L'origine médullaire des accidents paraît peu vraisemblable.

Cancer vertébral avec compression radiculo-médullaire. Diagnostic radiographique. — MM. SICARD et FORESTIER signalent que certaines algies peuvent évoluer à titre transitoire et d'une façon diffuse avant la période classique des douleurs localisées et définitives du cancer vertébral, ils montrent la dissociation albumino-cytologique plus ou moins marquée suivant l'intensité de la compression et l'intérêt de contrôle de la perméabilité épidurale par l'injection lipiolodée. Ils insistent surtout sur le diagnostic radiographique. Alors que la tuberculose vertébrale efface ou détruit les disques intervertébraux, le cancer vertébral frappe une seule vertèbre et respecte les disques intervertébraux qui gardent leurs caractères radiographiques normaux.

Le pouls veineux dans l'asystolie. Sa valeur diagnostique, pronostique et thérapeutique. — MM. VILLARET, SAINT-GIRONS et BOSVIEL concluent de leurs recherches que : 1° la tension est constamment élevée chez les asystoliques, ce qui traduit et mesure la stase et la dilatation des cavités droites ; 2° que l'élévation de tension veineuse permet de dépister les subasystolies jusque-là insoupçonnées ; 3° que la recherche de la tension veineuse renseigne mieux que les variations de la tension artérielle diastolique sur le pronostic. Si, après un traitement correct, la tension veineuse ne subit qu'une baisse éphémère, le pronostic doit être fort réservé.

Obésité et hypertension. — M. AUBERTIN pense que les divergences des auteurs sur les rapports de l'obésité et de l'hypertension s'expliquent facilement puisque lui-même, en étudiant parallèlement des obèses de ville et des obèses de l'hôpital de Brévannes, a trouvé chez les premiers un nombre restreint d'hypertendus et chez les deuxième une hypertension souvent très élevée en l'absence d'albuminurie et d'artério-sclérose. Il s'agit d'obèses simples par immobilisation à l'hôpital et nourriture trop riche en féculents et graisses. Il y a donc au moins une relation de coïncidence entre l'obésité et l'hypertension, relation qui ne semble pas explicable par l'existence d'une néphrite chronique. Les accidents cardio-vasculaires de l'obésité sont, en réalité, liés à l'hypertension concomitante.

Cancer du poumon traité par la radiothérapie profonde. Régression rapide de la tumeur. Cachexie. Mort. — M. J. ROLLAND rapporte l'observation d'un homme de cinquante-cinq ans, ancien spécifique, tousseur de longue date, chez lequel la radioscopie révéla une opacité hilaire gauche étendue empiétant largement sur le champ pulmonaire adjacent.

Le diagnostic de cancer broncho-pulmonaire fut posé fermement en raison de l'aspect et de la topographie de l'ombre hilaire, d'une réaction de Bordet-Wassermann négative et surtout en raison des caractères cytologiques de l'expectoration qui, non bacillifère, contenait des cellules néoplasiques avec karyokinèses atypiques.

La radiothérapie profonde amena une rétrocession rapide du néoplasme qui fondit en moins de deux semaines. Mais, en même temps, la cachexie du malade s'accentuait et prenait un caractère si grave que la mort dans le marasme avec déglobulisation, diarrhée et anurie survint moins d'un mois après la fin du traitement.

Cette mort rapide qu'il semble impossible de ne pas attribuer à l'intoxication aiguë produite par la destruction brutale du néoplasme montra bien l'un des risques du traitement énergique des tumeurs radio-sensibles.

Ces risques sont bien connus; ils ne doivent, à aucun titre, empêcher de recourir à une méthode thérapeutique qui a déjà rendu et rendra encore de grands services. Mais ils sont peut-être particulièrement à redouter en matière de néoplasmes pulmonaires dont on ignore toujours la nature histologique, partant la radiosensibilité, et dont le traitement forcément un peu aveugle expose par là même à des mécomptes.

Un cas d'hypernéphrome avec syndrome d'hypertension artérielle. — MM. LABBÉ, TINEL et DOUMER rapportent l'observation d'une malade de vingt-huit ans qui présentait des crises solaires intermittentes depuis quelques mois, avec un état d'hypertension artérielle extrêmement variable. D'un jour à l'autre et parfois même d'une heure à l'autre, on voyait se produire des sautes de tension de 14 à 28, de 15 à 26, par exemple.

Au cours de ses crises d'hypertension, la malade a présenté trois crises d'œdème aigu pulmonaire dont la dernière a causé la mort.

A l'autopsie, on constate une tumeur comprimant la surrénale gauche et constituée elle-même par un tissu glandulaire analogue à la substance médullaire de la surrénale, véritable adénome surrénal médullaire ou paragangliome, développé sans doute aux dépens d'une surrénale accessoire.

Cette hypertension paroxystique qu'on ne peut, dans ce cas, expliquer ni par une sclérose artérielle, ni par des lésions rénales, apparaît manifestement liée au développement de la tumeur. Elle semble résulter de décharges intermittentes d'une substance hypertensive, élaborée par cette surrénale géante que constitue la tumeur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 7 JUIN 1922)

Le col chirurgical. — M. MAUCLAIRE, dans la dernière séance, en faisant une présentation, avait parlé du col chirurgical du fémur. Cette expression a soulevé une protestation presque indignée, toutefois très énergique de la part de M. Broca qui a déclaré qu'il n'y avait pas de col chirurgical. C'est pourquoi, à propos du procès-verbal, M. Mauclaire cite plusieurs textes d'auteurs de traités d'anatomie ou de chirurgie qui parlent tous du col chirurgical de l'humérus et du fémur.

Blessures accidentelles de l'hépato-cholédoque. — M. SAVARIAUD, à propos de la discussion soulevée par M. Duval, apporte plusieurs exemples de cette blessure accidentelle : Premier cas, datant de trois ans : femme de vingt-huit ans; comme antécédents, une seule crise de colique hépatique. Vésicule tuméfiée et douloureuse, cholécystectomie, vésicule à parois épaisses, adhérentes, contenant une centaine de petits calculs ; la vésicule enlevée, il s'écoule un peu de liquide jaunâtre ; M. Savariaud place une sonde de Petzer et referme. Peu de temps après formation d'une véritable fistule biliaire ; nouvelle intervention, implantation du

canal hépatique dans l'estomac; deux sondes de Petzer, la fistule se tarit, la guérison date de trois ans. M. Savariaud apporte deux autres cas analogues.

Ces blessures accidentelles de l'hépato-cholédoque sont plus fréquentes qu'on ne croit. Pour les éviter, il faut sectionner la vésicule au ras de sa base d'implantation. Quand l'accident se produit, il est possible d'y remédier.

Mésentérites graves. — M. Abadie (d'Oran) communique plusieurs cas intéressants : Un homme de quarante-trois ans présente un syndrome d'occlusion intestinale; M. Abadie fait une laparotomie; il trouve une occlusion de l'intestin grêle par suite de rétraction de l'intestin et du mésentère, de formation d'adhérences et de fausses membranes. Il arrive à détacher les unes et les autres avec la compresse et à rétablir ainsi le cours des matières. Mais le malade s'affaiblit et meurt huit jours après. On trouve à l'autopsie une cirrhose hépatique. Dans un autre cas, il s'agit d'une jeune fille de quinze ans; syndrome d'entérocolite aiguë, phénomènes d'obstruction, laparotomie : on trouve 1m50 d'intestin grêle soudé, rétracté. Le gros intestin est caché sous des fausses membranes. M. Abadie fait une iléo-sigmoïdostomie. Mort. On ne saurait trop appeler l'attention sur ces cas de lésions inflammatoires qui peuvent entraîner les plus graves accidents.

Rachianesthésie. — M. Abadie a fait une série de recherches sur les modifications de la tension artérielle et sa comparaison avec la tension du liquide céphalo-rachidien après la rachistovaïnisation, la rachicocaïnisation, et la rachisyncaïnisation. D'une façon générale, la rachianesthésie a une action hypotensive; que faire pour la corriger? Il faut recourir à la caféine, à la strychnine ou à l'adrénaline. L'adrénaline serait dangereuse. Il n'y faut pas songer. La caféine a pour effet immédiat de baisser encore la tension artérielle, qui se relève deux ou trois heures après. Il en est de même de la strychnine.

En résumé, il faut recourir à la caféine ou à la strychnine, quatre heures avant la rachianesthésie et, point très important, placer les malades dans une position très déclive, la tête en bas.

L'arthrodèse de la hanche dans les coxalgies anciennes. — M. Tavernier (de Lyon), dans des cas de coxalgies anciennes, restées douloureuses et rendant toujours la marche difficile, a obtenu de bons résultats de l'arthrodèse. Ce n'est pas là une question nouvelle. Mais, M. Tavernier, dans six cas, a eu recours à l'arthrodèse intraarticulaire après réduction, et deux mois d'immobilisation dans le plâtre. Les résultats obtenus ont été satisfaisants.

M. Dujarier, pour ces cas, a adopté la greffe ostéo-périostique.

M. Tuffier a fait de nombreuses tentatives pour le genou, la hanche et l'articulation sacro-iliaque dans des cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse. Pas de bons résultats pour le genou, résultats meilleurs pour la hanche et surtout pour l'articulation sacro-iliaque. M. Tuffier reviendra sur ces faits.

Plaies artérielles. — M. Roux-Berger apporte à la discussion pendante sur ce sujet le résultat de ses recherches personnelles. Sur les effets consécutifs à la ligature des grosses artères des membres. Chez un jeune sujet, la ligature de la fémorale superficielle a entraîné une diminution notable de la tension artérielle, par rapport à l'autre côté. Chez un autre malade, trois mois après la ligature de la fémorale, il a constaté que la tension artérielle commençait seulement à se relever un peu.

Des chiffres fournis par M. Roux-Berger, il résulte que toute ligature artérielle d'un gros membre, frappe ce membre, pour longtemps, dans son fonctionnement.

M. Hallopeau apporte une série de dix-sept observations de ligatures d'artères des membres, sans un seul cas de gangrène. Il établit une comparaison entre les effets de la ligature et ceux de la suture.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 10 JUIN 1922)

Examen histologique d'un cas de membrane pupillaire persistante. — MM. F. Terrien et J. Mawas. Il s'agit d'un cas de membrane pupillaire vraie et non de fragment de membrane pupillaire plus ou moins adhérent au cristallin. Cette membrane qui tenait à l'iris par une série de cordelettes, était entièrement mobile dans la chambre antérieure. Coupée en série, cette membrane se montre constituée par un épithélium pigmentaire épais et un stroma en tous points comparable à ceux d'un iris normal tel qu'on le rencontre au sixième ou au septième mois de la vie intra-utérine, à l'exception des différenciations musculaires qui sont, ici, absentes.

Il s'agit, en somme, d'un clivage de l'iris avec absence de formations musculaires.

Physiologie du pigment purique. — M. Millot montre par des expériences que la guanine qui se dépose dans les téguments des vertébrés inférieurs est indépendante du régime alimentaire de ses animaux.

Autolyse des crachats tuberculeux à la température de 50 degrés. — MM. F. Bezançon, Georges Mathieu et André Philibert, qui ont déjà obtenu des résultats pour le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire par l'autodigestion des crachats à 37 degrés, dans les cas ne renfermant pas de bacilles à l'examen direct, se sont demandé si la digestion obtenue était le fait des microbes d'infection secondaire, ou celui de ferments contenus dans le crachat.

Pour trancher cette question, ils ont placé des crachats dans les mêmes conditions à l'étuve à 50 degrés.

Le résultat pratique obtenu est équivalent au procédé de l'étuve à 37 degrés, les bacilles tuberculeux sont augmentés de nombre dans les mêmes proportions. Mais la culture, aussi bien en anaérobie qu'en aérobie de l'autolysat à 50 degrés, au bout de vingt-quatre heures ne donne aucune colonie microbienne.

L'autolyse est donc due, dans ce cas, exclusivement à la présence des ferments que renferme le crachat.

Cette expérience permet d'éliminer, d'autre part, la cause d'erreur due aux acido-résistants, puisque la culture n'en révèle pas. Les bacilles obtenus sont donc bien des bacilles de Koch.

L'expérience pratiquée en mettant les crachats à l'étuve à 70 degrés, entraîne une coagulation générale du tube, qui n'est suivie d'aucune digestion ultérieure de l'albumine coagulée, microbes et ferments étant tués à cette température.

M. Noël Fiessinger. — Ces faits confirment mes expériences anciennes où j'avais montré que la liquéfaction de pus épais est le fait, non de germes, mais de leucocytes contenant des protéases particulièrement actives, et qu'elle est entravée par la présence de grandes quantités de graisses dans les mêmes pus.

Recherche clinique de l'insuffisance glycolytique par les échanges respiratoires. — MM. Ch. Achard et Léon Binet. On a utilisé en clinique différents procédés pour rechercher l'insuffisance glycolytique. Ceux qui consistent à provoquer la glycosurie ou l'hyperglycémie ne distinguent pas entre la fixation du sucre à l'état de glycogène et sa combustion. Aussi le procédé de choix pour démontrer l'insuffisance de la combustion paraît-il fondé sur la recherche des produits de cette combustion et en particulier de CO^2 exhalé.

L'un de nous avec Desbouis avait essayé de mesurer le quotient respiratoire après l'ingestion de 20 grammes de glycose, en employant la soupape buccale de Tissot, reliée à un spiromètre avec un flacon intermédiaire pour les prélèvements d'air expiré. Mais en raison de la difficulté du dosage précis de l'oxygène, et de la gêne respiratoire provoquée souvent par la soupape, le quotient respiratoire n'était pas mesuré exactement, ni la ventilation, de sorte que c'était surtout la concentration du CO^2 dans l'air expiré qui était appréciée.

Nous avons perfectionné cette technique en remplaçant la soupape buccale par le masque de guerre qui permet la respiration à la fois buccale et nasale, en déterminant avec soin

les mesures spirométriques, et en prolongeant l'examen des malades pendant 1 h. 30 à 1 h. 45.

Chez le sujet sain, l'absorption du glycose est suivie, au bout de 30 minutes environ, d'une augmentation de la ventilation et de la concentration de CO^2 dans l'air expiré : cette réaction dure environ 20 minutes. En cas d'insuffisance glycolytique on note une diminution des échanges respiratoires portant surtout sur la ventilation, pendant 50 minutes à 1 h. 25, puis suivaient une élévation tardive des échanges. C'est ce que nous avons constaté dans le diabète sans acidose, l'insuffisance thyroïdienne, les affections fébriles, et d'assez nombreux cas de cancers.

En somme, ces nouvelles recherches confirment dans leur ensemble celles qui avaient été faites précédemment avec de moins bonnes techniques. Elles les précisent et montrent notamment, dans l'insuffisance glycolytique, la combustion tardive, imparfaite du glycose et une chute initiale des échanges respiratoires après l'introduction de ce sucre dans l'organisme.

Action des oxydants sur la tuberculine. — M. A. Bouveyron. Un grand nombre d'oxydants directs ou indirects suppriment ou atténuent la cutiréaction à la tuberculine. La suppriment complètement à froid les permanganates, les hypochlorites et hypobromites, le chlore, etc., et à l'ébullition le charbon animal. L'atténuent à froid : le monochlorure d'iode, l'eau bromée ou iodée, la peroxydase artificielle de Wolff, l'ozone, etc., et à chaud les persulfates et l'eau oxygénée.

Comme toutes les tuberculines chauffées avec le plombite de soude noircissent et comme le chauffage avec des dilutions très étendues de bases fortes supprime la cutiréaction, on peut supposer que c'est sur le groupement sulfuré et facilement attaquable de la cystine que se porte l'action principale des oxydants de même que l'action des permanganates sur l'ovalbumine qui fixe 4 atomes de O pour chaque atome de S en donnant naissance à l'acide oxyprotéine-sulfonique. L'oxydation par le chlore est encore compliquée par l'attaque des groupements aminés. D'où l'altération plus complète de la tuberculine par les oxydants complexes que par un oxydant simple comme l'ozone.

REVUE DES THÈSES

Le fonctionnement respiratoire et la robustesse de l'individu normal et du tuberculeux. Comparaison des procédés cliniques et des coefficients qui permettent de l'évaluer (1), par le docteur Jean Hassler.

On connaît la difficulté que l'on éprouve souvent, en phtisiologie à discerner au début quels sont les sujets qui vont évoluer ou non. Malgré le faisceau de signes cliniques accumulés, les signes stéthacoustiques et radiologiques sont souvent d'une interprétation délicate, et même s'ils nous renseignent sur l'évolution de la lésion locale, ils ne nous permettent pas d'apprécier le retentissement de la lésion sur l'état général.

Frappé de cette difficulté, le docteur Jean Hassler, s'est efforcé de guider le médecin au milieu de méthodes dont peu sont infaillibles mais qui se complètent heureusement. Voici les conclusions de sa thèse qui est une remarquable mise au point d'une question que bien des praticiens ne connaissent encore que d'une façon assez confuse.

« I. L'examen médical proprement dit d'un malade doit être complété par l'examen de sa résistance ou valeur physique à l'aide de mensurations anthropométriques présentant une valeur anatomique ou physiologique.

Les divers éléments d'appréciation fournis par des méthodes évaluant des fonctions différentes sont étudiés parallèlement et réunis sous forme de coefficients.

Le coefficient de Spehl et le Pelidisi permettent d'apprécier numériquement le fonctionnement respiratoire et l'état de la nutrition.

La détermination de ces coefficients est relativement simple et rapide à effectuer en clinique.

Il est capital, en effet, de suivre le développement de l'enfant, d'évaluer celui de l'adulte, d'apprécier dans quelle mesure le bon état physique leur permet à tous deux de se défendre contre la tuberculose.

II. On en retire des indications :

a. Diagnostiques pour distinguer parmi les suspects le « faux tuberculeux » des « tuberculeux prépulmonaires ».

b. Pronostiques pour le type évolutif, pour le terrain, dans le sens le plus vague de ce terme comme dans le sens précis de terrain thoracique.

III. On en retire des conclusions thérapeutiques :

a. Chez les malades confirmés.

b. Chez les prétuberculeux pulmonaires et les convalescents de pleurésie.

c. Comme moyen de défense sociale.

Nous rappellerons ici la belle œuvre du professeur Spehl, de Bruxelles, qui préconise l'organisation systématique de la lutte contre la tuberculose par des règles de prophylaxie et d'hygiène sociales, et par le traitement préventif des candidats à la tuberculose ou des prétuberculeux dépistés par ces méthodes.

La croisade pour le développement respiratoire de l'enfant et de l'adulte est donc parfaitement légitime et représente une des meilleures mesures de prophylaxie sociale de la tuberculose. »

L. G.

(1) *Th. de Lyon.* — Trévoux 1922. — Imprimerie S. Jeannin.

CHRONIQUE

LA SYPHILIS ET L'ORGANISATION DE LA LUTTE ANTISYPHILITIQUE EN BELGIQUE

C'est une bien belle conférence que nous a faite sur ce sujet, M. le professeur Bayet (de Bruxelles), au Musée social. L'élévation de la pensée, la clarté de l'exposition, l'importance sociale du but, l'énergique volonté de l'atteindre, la ferme conviction d'y réussir en font un document de la plus haute valeur et qui mérite d'être retenu et médité.

M. Paul Strauss, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale présidait; jamais ministre ne fut mieux à sa place. Il rappelle la notoriété mondiale que s'est acquise M. Bayet dans la lutte entreprise contre les maladies vénériennes et les résultats bien encourageants qu'il a obtenus dans la noble et généreuse Belgique que M. Strauss considère comme le laboratoire social où nous avons beaucoup à apprendre, ce qui ne pourra que resserrer encore davantage les liens d'amitiés qui unissent la Belgique et la France.

M. Bayet expose d'abord les mesures qui ont été prises en Belgique pour combattre le terrible fléau de la syphilis. Parmi ces mesures, il n'y a rien d'absolument nouveau, mais ce qui les distingue surtout, c'est la simplicité, la facilité et l'efficacité de la méthode employée, qui repose uniquement sur la prophylaxie de la syphilis par la thérapeutique.

M. Bayet rend un légitime hommage aux efforts qu'a fait notre maître Fournier, dans le même sens, mais il ne fut pas toujours écouté et ne se dissimulait pas les difficultés de la tâche. Ce qui la rend peut-être plus facile en Belgique qu'en France, c'est sa petitesse même, qui a permis de se livrer à des enquêtes à peu près impossibles dans les grandes nations.

Quel est le but de la campagne entreprise par M. Bayet et ses collaborateurs ? Rien moins que la disparition totale de la syphilis, maladie curable et évitable. C'est chez M. Bayet une conviction profonde et, dit-il, « notre volonté sera à la hauteur de nos devoirs. Nous n'en sommes encore qu'à notre première vague d'assaut ».

Quelques chiffres, se rapportant seulement à Bruxelles, donneront une idée de l'étendue du mal. La syphilis atteint 10 p. 100 de sa population. Dans certains villages, la proportion atteint 15 p. 100. Cela représente, pour la population de la Belgique, environ 3 à 400.000 syphilitiques.

Pour cette masse énorme de syphilitiques, quel est le tribut mortuaire? La syphilis prenant tant de masques divers, passant si souvent inaperçue, il est difficile d'arriver à un chiffre

précis. Mais si l'on suit un groupe de syphilitiques pendant de longues années et si on arrive à comparer le nombre des morts à celui d'un groupe d'hommes du même âge, non syphilitique, on constate que le nombre des morts du groupe de syphilitiques est double de l'autre groupe.

M. Bayet multiplie les exemples; il nous donne des chiffres bien suggestifs sur la mortinatalité d'origine syphilitique, sur les avortements, etc. Si on calcule les pertes économiques qui résultent de toutes ces morts, on arrive à un chiffre énorme.

Quels sont les moyens de lutte que nous propose M. Bayet? La propagande morale, les mesures administratives, l'Assistance publique, les notions de prophylaxie thérapeutique.

Au point de vue administratif, M. Bayet considère la surveillance des maisons de prostitution comme des vestiges du passé vermoulu qui s'écroule. Il en donne les raisons. C'est à supprimer et c'est là un des mérites de la réforme belge.

Par propagande morale, M. Bayet entend tout autre chose que la propagande qui a été faite jusqu'ici et qui ne reposait que sur l'indifférence et l'hypocrisie. M. Bayet fait aussi prompte justice de cette fausse pudeur de certaines sociétés qui, péchant par ignorance, ne voulaient même pas qu'on en parlât et, de nouveau, il loue les efforts tentés par Fournier.

Peut-être aurait-il pu citer aussi quelques auteurs, Brieux, par exemple, qui, l'un des premiers, saisit le grand public de la question syphilitique.

M. Bayet trouve d'heureuses expressions pour flétrir à jamais ce terme de « maladies honteuses ». Il n'y a pas de maladies honteuses, on ne saurait assez le répéter. On n'a pas le droit de se désintéresser d'un malade, quel qu'il soit et vis-à-vis d'un syphilitique, être indulgent, c'est être juste. Personne n'est à l'abri de la contagion ou de l'hérédité.

L'intensité de la propagande morale doit être en raison de l'intensité du mal à combattre. Il faut instruire le public par tous les moyens, cours, conférences, cinémas, journaux, brochures, etc.

Le règlement de la prostitution est une mesure administrative inutile, inefficace, vexatoire et injuste. Pourquoi, en effet, ne vise-t-elle que les femmes? C'est une mesure à supprimer, ce qui est déjà fait au Danemark.

Enfin, M. Bayet arrive au seul moyen, moyen médical, capable de tarir dans sa source la syphilis, c'est-à-dire à la prophylaxie par stérilisation du porteur de germe. Cela est devenu possible depuis la découverte du microbe de la syphilis, la découverte de Bordet-Wassermann, enfin la découverte des arsenicaux auxquels M. Bayet accorde la plus grande confiance.

Aujourd'hui, dit-il, la durée des accidents transmissibles est diminuée des trois quarts. La diminution du nombre des contaminants se trouve, par cela même, réalisée dans les mêmes proportions. Il faut donc arriver à cicatriser, le plus vite possible, la première plaie. Il faut faire l'éducation du syphilitique, comme on fait celle du tuberculeux. Il faut installer des dispensaires où le syphilitique trouvera toutes les conditions de diagnostic et de traitement efficace. Enfin, à Bruxelles, s'est fondée une ligue nationale contre les maladies vénériennes.

« La méthode que nous proposons, dit en terminant, M. Bayet, est simple, logique, rapide et humaine. Elle doit aboutir. C'est une question de volonté et nous l'aurons. »

M. Strauss s'est fait l'interprète du public pour remercier et féliciter, en forts bons termes, M. Bayet, de sa conférence, si intéressante, si confiante et si réconfortante.

A. BROCHIN.

HOMMAGE A M. GEORGES THIBIERGE

Les élèves et les amis de M. Thibierge se sont réunis vendredi dernier pour lui offrir son buste, œuvre remarquable du sculpteur Piron.

M. Paul Ravaut, l'un des plus anciens élèves du maître et son successeur à l'hôpital Saint-Louis, puis M. Legrain, le dernier de ses assistants, lui ont dit l'affection et la reconnaissance de tous ceux qui, à la Pitié, à Broca, puis à Saint-Louis, ont eu l'honneur d'être ses élèves.

Le professeur W. Dubreuilh (de Bordeaux) a rappelé la belle carrière de M. Thibierge et l'a loué, non pas seulement pour son œuvre scientifique, pour ses publications, mais plus encore pour ses belles qualités d'équilibre moral et son grand bon sens, qui ont fait de lui, un maître dans toute l'acception du terme.

Le professeur Ehlers (de Copenhague), ce grand ami de la France, a, dans une chaleureuse improvisation, dit l'influence considérable exercée par les triumvirs de l'hôpital Saint-Louis, M. Thibierge, M. Brocq, M. Darier, sur les dermatologistes danois qui, presque tous, ont été leurs élèves.

Enfin, le professeur Pierre Marie a insisté sur la part considérable prise par M. Thibierge dans l'organisation des œuvres médicales de bienfaisance, de l'association des anciens internes en particulier, où sa grande bonté a tant de fois trouvé l'occasion de s'employer à soulager des misères trop fréquentes dans notre profession.

M. Thibierge, très ému, n'a eu qu'à laissé parler son cœur, pour répondre à chacun. Il n'a pas caché la peine qu'il avait éprouvée en quittant son service de l'hôpital Saint-Louis.

Une chose cependant adoucit l'amertume de ce départ, c'est de voir son enseignement continué par un de ses élèves préférés.

L. S.

CONGRÈS

IVe CONGRÈS DE LA PRESSE MÉDICALE DE CUBA

Profitant de la présence à la Havane de 1.750 médecins, dentistes, pharmaciens et vétérinaires, réunis à l'occasion du Ve Congrès national de médecine, la presse médicale cubaine célébra son IVe Congrès, sous la présidence du Dr Jorge Le Roy, assisté des Drs de La Torre, recteur de l'Université, Gonzalo Arostegui et A. Aballi.

Les Drs Fernandez Abreu et Luis de Lipa traitèrent de la question de la publicité médicale, et il fut décidé que les annonces devraient être rédigées sous une forme convenable et exempte de tout caractère mercantile ou charlatanesque.

Ruiz Casabo, Gonzalez Curquejo, Pineiro et d'autres orateurs s'occupèrent d'une question qui accompagne celle de la publicité, la moralité professionnelle. Les Drs Adan Galarreta et Pineiro dépeignirent l'influence patriotique de la presse médicale et la nécessité pour le médecin d'être jaloux de son honorabilité; le médecin doit être un homme d'une moralité impeccable. Le Dr Hoyos esquissa le rôle important qu'il doit jouer dans la presse profane.

Le journalisme est une intéressante occupation pour le jeune médecin, et le Dr Orteaga le recommande même à l'étudiant en fin d'études.

Le Dr Trelles présenta une statistique de la mortalité par fièvre jaune à Cuba au cours de la seconde moitié du XIXe siècle, et on constate les heureux résultats de la campagne menée par les directeurs du service sanitaire.

L'approvisionnement de la Havane en eau potable fut l'objet d'une étude remarquable du Dr Martinez Dominguez.

L'anecdote dans la presse médicale valut au Dr Lopez del Valle un succès justement mérité.

S'il est intéressant de faire connaître les succès qu'on a obtenus, il est souvent plus instructif encore de publier ses échecs, et le Dr Peredo n'a pas de peine à le démontrer.

Après avoir insisté sur la nécessité des qualités de haute moralité que doivent avoir la presse médicale et les médecins, le Dr Lopez Silvelo demande que l'on unifie les questions de statistiques, de nomenclature médicale, etc., qu'on étudie d'une façon particulière les problèmes médico-sociaux, et il termine en disant : « Soyons plus pratiques et moins idéalistes. »

Le rapport du Dr Rodriguez Molina, l'organisation médicale à Cuba, fut l'objet d'un long débat.

Le rôle de la presse médicale dans la lutte contre les maladies vénériennes fut présenté par le Dr Solano Ramos.

Enfin, le secrétaire du Congrès, le Dr F.-M. Fernandez proposa la formation d'une association médicale cubaine ayant pour but de veiller sur la déontologie médicale, sur la défense des intérêts des médecins, l'amélioration de leur culture scientifique et la réalisation de l'assurance sur la vie mettant à l'abri du besoin les médecins âgés et les familles des médecins mourant sans ressources.

Dr L. MATHÉ.

LIVRES NOUVEAUX

Aux médecins morts pour la patrie, 1914-1918.

HOMMAGE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS (1)

Rien n'est plus émouvant que la lecture du *Livre d'or* de notre profession qui vient d'être distribué à ses souscripteurs.

Le comité chargé de la publication de ce livre, et en particulier MM. Paul Carnot et Baudouin, secrétaires généraux, ont droit aux plus vives félicitations pour la façon dont ils ont compris la rédaction de ce beau livre que chaque médecin français voudra conserver pieusement : *in memoriam.*

Le texte en a été confié à ceux qui ont le mieux vu et le mieux apprécié le dévouement du Corps médical.

Ce sont d'abord MM. Justin Godard et Louis Mourier, anciens sous-secrétaire d'Etat du Service de santé, qui apportent leur témoignage, puis M. le médecin inspecteur général Toubert, directeur du S. S. au ministère de la Guerre, le médecin général H. Chevalier, directeur du S. S. de la marine, le médecin inspecteur général Gouzien, directeur du S. S. des troupes coloniales et M. le doyen Roger.

Ensuite, le médecin inspecteur général Sieur, le professeur Pierre Teissier, le professeur Pierre Duval exposent l'organisation du Service de santé et montrent les résultats obtenus en médecine et en chirurgie. Le professeur Balthazard, qui a fait la guerre comme chef d'escadron d'artillerie, fait l'historique de la guerre des gaz. Puis, notre cher confrère, le docteur Helme, consacre une page émue à l'une des gloires les plus pures de la grande guerre : au médecin auxiliaire. Notre ami Le Marc'Hadour dont la bravoure égala celle des légendaires fusiliers marins, dont il fut le médecin de bataillon, raconte l'épopée de l'Yser et la mort héroïque de Félix Castang. MM. Forestier et Max Lumière, médecins aux zouaves font un récit émouvant de l'attaque du mont Cornillet. Ribadeau-Dumas montre la triste vie des médecins prisonniers en Allemagne. Ch. Levassort, Bellencontre, Paul Carnot et Baudouin consacrent enfin de belles pages à l'Effort médical français pendant la guerre.

Cette énumération un peu sèche ne donne qu'une faible idée de l'émotion qui se dégage de cette lecture. Mais que dire de la liste poignante de nos 1.800 morts, dans laquelle chaque nom est accompagné de citations dont certaines sont magnifiques.

Ces listes sont entrecoupées de planches représentant d'émouvantes photographies prises sur les différents fronts. L'ouvrage est, d'autre part, illustré par une série de dessins de Barrère, Fargeot, Larrive, des docteurs Collin et Wagner dont beaucoup proviennent des magnifiques collections du Val-de-Grâce.

Il est luxueusement édité par le Syndicat des éditeurs médicaux, représenté par le docteur Georges Baillière qui s'en est occupé avec beaucoup de dévouement.

Cet hommage rendu par le Corps médical français à ceux des siens morts pour la patrie, les glorifie de la seule manière qui soit digne d'eux en faisant connaître ce qu'ils ont fait, en montrant les immenses services qu'ils ont rendus à la patrie et à l'humanité.

En terminant, signalons l'heureuse idée que vient d'avoir le comité d'organisation. Un certain nombre d'exemplaires de ce magnifique ouvrage restant disponibles, il a décidé de les mettre en vente au profit d'une œuvre de bienfaisance médicale.

Cette généreuse initiative sera, nous n'en doutons pas, accueillie avec la plus grande faveur par les médecins de France. L. G.

Traité pratique d'obstétrique normale et de puériculture pré et postnatale (2), par Jules M. ROUVIER, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine d'Alger.

Ce Traité s'adresse spécialement aux praticiens et aux sages-femmes. Aussi est-il limité à l'étude de l'obstétrique normale et de la puériculture pré et postnatale. Tous les praticiens, sans exception, sont appelés à aborder quotidiennement les problèmes qui s'y rapportent.

Suivant la tradition des anciens Maîtres, l'auteur a cru devoir grouper dans un premier livre, toutes les données d'anatomie et de physiologie gynécologiques en rapport avec l'obstétrique. Son but a été de sélecter, de condenser et de rapprocher tous les renseignements de cette catégorie, utiles aux lecteurs et, de leur éviter ainsi les longues et fastidieusee recherches de documents disséminés dans des ouvrages et des périodiques spéciaux.

Les relations de la menstruation et de l'ovulation avec la fécondation et la grossesse, celles des deux corps jaunes périodique et gestatif sont longuement étudiées.

A propos de l'obstétrique normale, l'auteur s'occupe d'anomalies telles que les présentations et accouchements dystociques du front et du tronc, la mort apparente du nouveau-né, la prématurité et la débilité congénitale, et la thérapeutique qu'elles comportent.

Vient ensuite l'étude anatomique et physiologique du nouveau-né et du nourrisson jusqu'à l'époque du sevrage, avec les modifications imprimées au développement de leur organisme, suivant qu'ils sont allaités au sein ou au lait de vache.

Cet ouvrage étant un traité destiné à l'enseignement, résume, dans son ensemble, l'état des connaissances scientifiques modernes des diverses questions qu'il aborde.

M. DELESTRE.

Traité de graphologie scientifique (1), par le docteur Paul JOIRE, professeur à l'Institut psycho-physiologique, président de la Société universelle d'études psychiques.

Bien que mal connue jusqu'ici, la graphologie est d'actualité. M. Joire nous montre dans son excellent livre que c'est une étude franchement scientifique par ses tendances et qui peut rendre les plus grands services. Tous les médecins voudront lire ce livre qui leur donnera de nouveaux éléments de diagnostic souvent très précieux. L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 21 juin. — Jury : MM. Letulle, président; Balthazard, Legry et Chiray. — M. PUIG (Henri). L'actinomycose médullaire. — M. BOUSSANGE (Georges). Le péril toxique en France.

Jury : MM. Broca (Aug.), président; Legueu, Couvelaire et Lardennois. — M. ESCOUBOUÉ (Jean). Contribution à l'étude du traitement des pyélonéphrites. — M FOURNIER (André). Etude clinique sur les décollements de l'extrémité inférieure du fémur. — M. DAMBIER (Marcel). Contribution à l'étude du traitement des ruptures utéro-vésicales.

Jeudi 22 juin. — Jury : MM. Bezançon, président; Cunéo, Lecène et Nobécourt. — M. HERNU (Paul). Etude sur la syphilis. — M. PÉRIER (Maurice). Contribution à l'étude des empyèmes des sinus. — M. KRAINIK (Rémus). Contribution à l'étude de l'ulcère perforé gastrique et duodénal. — M. CORNET (Paul). Etude sur le traitement de la tuberculose pulmonaire infantile. — M. THIBERT (Jean). De l'hyperparotidie. — M. HILLEL (Simon-Isaac). Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la hernie ombilicale.

Samedi 24 juin. — Jury : MM. Achard, président; Gilbert, Nobécourt et Claude. — Mlle TISSIER (Marguerite). — Eosinophilie sanguine et sputaire. — M. ROMIEU (Julien). Etude sur la vaccinothérapie. — M. JANET (Henri). Le métabolisme banal en clinique (retards de croissance de l'enfance). — M. EL KORTOBI (M.). Sur un cas d'ostéopsathyrosis. — M. FURET (Arthur). Contribution au traitement de la paralysie générale.

(1) Le *Livre d'or* des médecins morts pour la patrie. Un vol. in-4° de 446 pages avec 50 pl. et fig. Prix : 50 fr. — Au profit d'une œuvre de bienfaisance médicale. Chez Baillière, édit., Paris.

(2) In-8 jésus de 832-XII pages. Prix : 50 fr. — Alger, librairie Jules Carbonel, 2, place de la Régence, et Paris, Maloine.

(1) Deuxième édition revue et augmentée avec de nombreux spécimens d'écriture. In-8. — Prix : 12 francs. — Paris, Vigot.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


STANNOXYL


STANNOXYL INJECTABLE


STANNOXYL

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Liste des candidats admis à subir l'épreuve clinique :

MM. Weil et May, 20; Bénard, 19,90; Bloch, Heuyer et Salomon, 19,72; Huber, 19,63; Dumont, 19,54; Weill (A.) et Nathan, 19,45; Jacob, 19,27; Bouttier, 19,10; Donzelot et Paraf, 19.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le Conseil de la Faculté vient de désigner, par 22 voix, M. Richaud pour la chaire de pharmacologie, vacante par suite de la retraite de M. le prof. Pouchet.

— Sont nommés, pour l'année scolaire 1921-1922, à la clinique médicale (hôpital Cochin) :

Chef de laboratoire : M. Laudat, pharmacien de 1re classe; chef du laboratoire de radiologie : M. Raulot-Lapointe; chef du laboratoire de bactériologie : M. Joltrain.

— M. Ribière, agrégé, est chargé, du 1er mars au 31 juillet 1922 (durée du congé accordé à M. Rénon), d'un cours de pathologie interne.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Sont admis, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir leurs droits à une pension de retraite à compter du 1er août 1922, pour cesser leurs fonctions le 31 octobre 1922, les professeurs des Facultés dont les noms suivent :

MM. Pouchet et Bar (de Paris), Wertheimer (de Lille), Florence (de Lyon), Mairet et Tédenat (de Montpellier), Weiss (de Nancy), Mossé et Saint-Ange (de Toulouse).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT-FERRAND. — Un concours s'ouvrira le 18 décembre 1922, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont-Ferrand.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le *Journal officiel* du 15 juin 1922 publie une circulaire prescrivant une enquête générale sur les institutions d'assistance.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA NATALITÉ. — Sont nommés membres du Conseil supérieur de la natalité :

MM. les Drs Grinda, Pinard, Bertillon, Hudelo, Netter, Olive, Richet, Siredey.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE. — Sont nommés membres du conseil supérieur de la protection de l'enfance (section de la commission supérieure de la protection de l'enfance et de l'adolescence) :

MM. les Drs Chauveau, Ch. Debierre, Dron, Goy, Fernand Merlin, Even, Pinard, Bar, Léon Bernard, Georges Paul-Boncour, Boscq, Bué, Calmette, Chatin, André Collin. Commandeur, Couvelaire, Cruveilhier, Devraigne, Dequidt, Dubief, Dufestel, Forest, Genevrier, Guinon, Heuyer, Langlois, Paul Le Gendre, Lesage, Lesné, Marfan, Méry, Moussons, Clotilde Mulon (Mme), Nobécourt, Jules Renault, Richard, J. Roubinovitch, Rousseau Saint-Philippe, Schiklé, Strauss, Variot, Wallich, Weill.

Sont nommés secrétaires-rapporteurs dudit conseil :

Mme Houdré et Mlle Revon, docteurs en médecine.

M. le Dr Lesage, membre de la Commission supérieure de la protection de l'enfance et de l'adolescence, est nommé secrétaire général du Conseil supérieur de la protection de l'enfance.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

(Armée active.) *Au grade d'officier.* — MM. le médecin principal de 2e classe Carret; le médecin-major de 1re classe Gauran.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de 2e classe Péju, Gottenkieny, Arnaud, Tartavez et Monloup. M. le médccin aide-major de 2e classe Bernard.

(Troupes coloniales, active.) — *Au grade de chevalier.* — MM. les médecins-majors Challier et Descuns.

XXIIe CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE (4-7 octobre 1922.) — Le XXIIe Congrès français de l'Association française d'urologie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le mercredi 4 octobre 1922, sous la présidence de M. le Dr P. Noguès.

La question suivante a été mise à l'ordre du jour : « Les diverticules de la vessie. » [Rapporteurs : MM. Gayet et Gauthier (de Lyon)].

Pour tous les renseignements concernant le Congrès, s'adresser à M. le Dr O. Pasteau, secrétaire général, 13, avenue de Villars, Paris (VIIe).

Le **IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPARÉE**, qui devait s'ouvrir à Rome le 20 septembre prochain, est reporté au printemps de 1923, en raison des difficultés d'organisation.

COURS D'ORTHOPÉDIE DE M. CALOT, A BERCK-PLAGE, du 7 au 14 août 1922 (12e année). — En une semaine, de 9 heures du matin à 7 heures du soir. Enseignement de l'orthopédie indispensable aux praticiens (luxation congénitale de la hanche, pied bot, paralysie infantile, scoliose, etc.) et du traitement des tuberculoses externes (coxalgie, mal de Pott, tumeurs blanches, adénites, épididymites, etc.), péritonite tuberculeuse. Traitement pratique des fractures, avec exercices pratiques individuels.

Pour médecins et étudiants français et étrangers. Explications en espagnol et en anglais. Droits d'inscription : 150 fr. Ecrire dès maintenant au Dr Fouchet, Institut Calot, à Berck-Plage (Pas-de-Calais) ou au Dr Colleu, clinique Calot, 69, quai d'Orsay, Paris.

Le programme détaillé sera envoyé sur demande.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Auboyer (de Roanne) et J. Reyne (de Moutiers).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENTS DU TRAVAIL

ÉVÉNEMENTS DE GUERRE. BOMBARDEMENTS AÉRIENS.

Nous avons déjà eu l'occasion d'indiquer que la Cour de cassation décide qu'en principe tout accident provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, *quelle que soit cette cause*, et par cela seul qu'il s'est produit sur le lieu et pendant le temps du travail, doit être considéré comme un accident du travail. La Cour de cassation considère que le chef d'entreprise n'est déchargé de la responsabilité que la loi de 1898 fait peser sur lui, ni parce que la faute d'un tiers a causé l'accident, ni parce que l'accident a été occasionné par des circonstances étrangères au travail, autres que l'action des forces de la nature.

Poussant son raisonnement jusqu'au bout, elle décide qu'on ne saurait assimiler à l'action des forces de la nature les bombardements aériens qui sont le fait de l'homme.

« Attendu qu'il importe peu, dit-elle, que le danger qui en résulte soit commun à tous les habitants d'une ville ou d'une région; que la loi du 9 avril 1898, faisant abstraction de cette considération, envisage les risques courus par les ouvriers et les employés exclusivement au point de vue particulier de leur relation avec le travail et que la généralité de ses termes les comprend tous sans distinction. » (Arrêt du 24 janvier 1922.)

Les Cours d'appel n'admettent pas cette théorie. L'arrêt de la Cour de cassation dont nous venons de donner un extrait a cassé un arrêt de la Cour de Nancy du 3 mars 1920 qui, pour dégager la responsabilité du chef d'entreprise, avait déclaré que l'accident était dû à l'intervention d'une cause étrangère au travail (bombardement lancé d'un aéroplane allemand).

Malgré l'arrêt de la Cour suprême, la Cour d'appel de Paris, dans un arrêt du 13 mars 1922, c'est-à-dire postérieur, a repris la thèse de la Cour de Nancy.

« Considérant, dit-elle, que la loi du 9 avril 1898 a eu pour objet de garantir l'ouvrier contre les risques inhérents au travail, alors même qu'aucune responsabilité du droit commun ne serait engagée; que l'article 1er de ladite loi définissant les faits qui tombent sous son application, spécifie les accidents survenus par le fait et à l'occasion du travail; qu'il y a lieu de reconnaître que si la première catégorie d'accidents est strictement limitée puisqu'elle a sa cause dans le travail même, la deuxième catégorie peut s'étendre à des faits qui n'ont qu'une relation plus ou moins directe avec le travail; mais même en ce cas pour que l'accident puisse être considéré comme un accident du travail, il est nécessaire qu'un rapport de cause à effet existe entre le travail et l'accident survenu;

« Considérant que le tir de l'obus tombé dans l'atelier de la Société des téléphones « Le Las », 131, rue de Vaugirard, et dont l'éclatement a causé les blessures de Camus, constituait un fait de guerre, sans aucun rapport avec le travail dudit Camus; que le risque de guerre auquel était exposé le sieur Camus, ne s'est pas trouvé aggravé par le fait de son travail; que le danger résultant du tir de l'ennemi menaçait indistinctement tous les habitants de la région parisienne, dans quelque endroit qu'ils se trouvassent; que le sieur Camus a été victime non d'un risque professionnel, mais d'un risque de guerre; qu'au surplus une loi spéciale est intervenue, à la date du 24 juin 1919, à l'effet d'accorder des réparations à toutes les victimes civiles de la guerre sans exception. »

Le raisonnement est exact; il s'agit en réalité d'un dommage de guerre. Mais il est peu probable que la Cour de cassation revienne sur sa jurisprudence; car, à s'en tenir à la lettre de la loi de 1898, celle-ci n'exige nullement un rapport de causalité directe de l'accident, mais une simple liaison *occasionnelle* par concomitance de temps et de lieu. Il suffit, dit la Cour suprême, que l'ouvrier ait été blessé ou tué pendant le temps et sur le lieu du travail.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — SERVICES AUTOMOBILES DE LA ROUTE THERMALE D'AUVERGNE, VICHY, CHATEL-GUYON, ROYAT, SAINT-NECTAIRE, LE MONT-DORE, LA BOURBOULE. — Pour permettre aux baigneurs d'excursionner en Auvergne, les Compagnies des chemins de fer de Paris-Lyon-Méditerranée et de Paris-Orléans mettent, en marche, jusqu'au 15 septembre, les Services automobiles désignés ci-après :

1° Les lundis, mercredis et vendredis, un Service spécial, aller et retour dans la même journée et dans chaque sens, entre Vichy, Royat, Le Mont-Dore et La Bourboule;

2° Les mardis, jeudis, samedis et dimanches, deux circuits : l'un, au départ de Vichy, passera par Aigueperse, Châtel-Guyon, Riom, Clermont-Ferrand, Royat, Volvic, Châtel-Guyon, Randan; l'autre, au départ de La Bourboule, passera par Le Mont-Dore, Orcival, Col de la Moreno, Royat, Clermont-Ferrand, Lac d'Aydat, Saint-Nectaire, Lac Chambon, Col de Dyane.

Ces deux circuits sont en correspondance à Clermont-Ferrand et à Royat et permettent aux touristes de se rendre, dans la même journée, de Vichy à La Bourboule ou vice-versa, en voyant, au passage, les différentes stations thermales de l'Auvergne.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

Par M. Edouard ANTOINE,

ASSISTANT DE CONSULTATION DE GASTRO-ENTÉROLOGIE A L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE

A. — ŒSOPHAGE

De la dilatation idiopathique de l'œsophage ou méga-œsophage. (Œttinger et Caballero. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, déc. 1921, t. XI, n° 6.) — Les auteurs admettent qu'il s'agit d'une malformation œsophagienne et mettent en garde contre l'idée trop répandue et généralement acceptée qu'il s'agit d'un spasme œsophagien avec dilatation secondaire de l'organe.

Radiologiquement et anatomiquement, l'œsophage est à la fois élargi et allongé. On a toujours trouvé à l'autopsie ou à l'opération un cardia normal permettant le passage du doigt sans hypertrophie musculaire de l'anneau. Aussi peut-on rapprocher le méga-œsophage du méga-côlon.

Tous les traitements mis en œuvre sont purement palliatifs. Le seul traitement vraiment utile serait d'ordre chirurgical; il devrait réaliser une anastomose entre la grande tubérosité de l'estomac et la partie inférieure de l'œsophage allongé et dilaté qui repose sur le diaphragme.

Traitement de la dilatation « dite idiopathique » de l'œsophage. (Bensaude et Rivet. *Les Sciences médicales*, 15 fév. 1922.) — La dilatation idiopathique de l'œsophage est une affection qui est loin d'être rare et que l'on peut diagnostiquer à l'heure actuelle facilement grâce à la radioscopie et à l'œsophagoscopie.

Dans la grande majorité des cas, le traitement médical donne des résultats satisfaisants : diététique, psychothérapie, certains médicaments (tels que le bromure, les lavements de codéine ou de morphine, l'atropine), les lavages de l'œsophage dans les cas de grande dilatation avec stase importante, l'usage régulier de l'huile tiède au début des repas, etc.

Si la déglutition devient impossible, il faut nourrir le malade par gavage à l'aide d'une sonde en gomme, ou bien par des lavements alimentaires.

Enfin, on essaiera la dilatation de l'extrémité inférieure de l'œsophage : soit la *dilatation progressive* pour lutter contre la contracture du cardia (sonde à mercure), soit la *dilatation brusque* par le dilatateur métallique de Brunnings, Jackson, Einhorn. Ce n'est que dans les cas d'inanition menaçante que l'on proposera la gastrostomie sans attendre.

Phlegmons de l'œsophage. (Guisez. *Soc. des chir. de Paris*, déc. 1921.) — L'auteur rapporte quatre observations de phlegmons volumineux de l'œsophage, consécutifs à des corps étrangers (os, arêtes) ou à des traumatismes. Ces abcès, en général de petit volume, ont été volumineux dans les cas relatés par Guisez. Ils siégeaient au tiers supérieur de l'œsophage. Leur pronostic est grave et ils peuvent se terminer, soit par médiastinite, soit par rupture spontanée avec infection broncho-pulmonaire.

L'ouverture par les voies naturelles, grâce à l'œsophagoscopie, procurerait la guérison.

Cf. — Contribution à l'étude de la dilatation diffuse et généralisée de l'œsophage. (Bensaude et Guénaux. *Revue de méd.*, 1921, n° 2, 38e année.)

Corps étrangers de l'œsophage. (Guisez. *Soc. des chir. de Paris*, mars 1922.)

Sténoses inflammatoires de l'œsophage. (Guisez. *Gaz. des hôpit.*, mars 1922, n° 19.)

Etat actuel de la technique et des applications de l'œsophagoscopie. (Dufourmentel. *Bull. méd.*, 1922, n° 6.)

Examen radiologique de l'œsophage. (Barjon. *Lyon méd.*, 1922, n° 5.)

Diagnostic et traitement des diverticules œsophagiens. (R. Bensaude, R. Grégoire et Guénaux. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1922, n° 3.)

B. — ESTOMAC

1. Aérophagie.

L'aérophagie bloquée. (F. Ramond. *La Vie médicale*, 1er juillet 1921, n° 26.) — Dans l'aérophagie bloquée, l'air avalé reste dans l'estomac par suite de la fermeture du cardia. Le blocage porte, tantôt sur le cardia seul, tantôt sur le pylore et le cardia à la fois. Cette dernière variété est très rare. Les accidents cardiaques, par refoulement du cœur, sont fréquents : palpitations postprandiales, arythmie avec extrasystoles, tachycardie, douleurs précordiales.

La pression gazeuse de la poche gastrique est élevée au début, plus tard elle peut devenir égale à la pression atmosphérique, par suite de l'atonie gastro-diaphragmatique.

Au point de vue du pronostic et du traitement, ces cas-là doivent être considérés comme des plus difficiles à guérir.

L'aérophagie spasmodique et son traitement. (Louis Livet. *Acad. de méd.*, 21 fév. 1922.) — Chez la plupart des malades atteints d'aérophagie, le spasme du diaphragme et celui du cardia sont constatés à la radioscopie. L'état mental est celui d'un obsédé, d'un psychasthénique, déprimé, émotif et anxieux. Aussi l'auteur préconise-t-il un traitement excellent qui consiste dans la rééducation fonctionnelle du diaphragme par la respiration abdominale et dans l'emploi de l'hydrothérapie, les enveloppements humides chauds du thorax, le massage abdominal, les antispasmodiques (opium et belladone).

2. Ulcère, cancer et syphilis.

Cf. — *Les Ulcères digestifs*. (P. Carnot, Harvier et Mathieu. Un vol. de 159 pages et 26 figures, Paris 1922, Baillière et fils.) [Voir Actualité médicale, *Gaz. des hôpit.*, mai 1922, n° 38.]

De l'ulcère linéaire ou en fente de l'estomac. (G. Lion. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1922, n° 2, t. XII.)

Un cas de gastrite ulcéreuse streptococcique. (Cange et Micheleau. *Paris méd.*, 1921, n° 29.)

Le cancer ulcéré du pylore. (Deguignand. *Th. de Paris*, 1921.) — Pour diagnostiquer le cancer ulcéré du pylore, ou tout au moins le soupçonner, il faut, d'après l'auteur, se baser sur :

1° Les signes *radioscopiques* (lacune, encoche, etc.) malheureusement inconstants.

2° La persistance et la réapparition des crises malgré le régime. Tout ulcéreux qui souffre depuis longtemps et malgré le traitement doit être soupçonné de cancer.

3e L'existence d'hémorragies occultes. La constatation répétée, en série, de sang dans les selles est en effet un signe capital.

Cliniquement, il est bien souvent impossible de savoir s'il s'agit d'un cancer ulcérisé ou d'un ulcère cancérisé. Peu importe d'ailleurs; dès qu'on a des raisons de soupçonner le cancer, il faut sans tarder proposer une laparotomie exploratrice.

L'acide chlorhydrique libre dans les cas de cancer de l'estomac. (HARTMANN (Rochester). *Amer. Journ. of the med. Assoc.*, fév. 1922, n° 2.) — L'auteur donne le relevé des statistiques concernant les cas opérés pour cancer de l'estomac à la clinique Mayo, de 1918 à 1920. A propos de 551 malades, il note :

Anachlorhydrie	53,7 p. 100
Un peu d'HCl libre	15,7 —
HCl normal	17,4 —
Hyperchlorhydrie	4,6 —

soit 22 p. 100 des cas, dans lesquels l'acidité chlorhydrique était normale ou exagérée.

Cf. — Le diagnostic radioscopique du cancer de l'estomac. (BOUCHUT et COSTE. *Journ. de méd. de Lyon*, 1921, n° 35.)

A propos de quelques rares aspects radiologiques à différencier du cancer de l'estomac. (Ed. ANTOINE et W. BRAMS (de Chicago). *Gaz. des hôpit.*, mai 1922, n° 40.)

Un cas de linite totale à évolution régressive spontanée. (ENRIQUEZ et DURAND. *Soc. méd. des hôpit.*, 30 juin 1921.)

Manifestations gastriques de la syphilis. (R. BARTHÉLEMY. *Gaz. des hôpit.*, août 1921, n° 67.) — Dans cette étude des plus complètes, l'auteur envisage successivement la syphilis gastrique héréditaire et acquise, les types ulcéreux, sténosants (cardiaque, médiogastrique et pylorique), les types pseudo-cancéreux avec ou sans tumeur. Dans tous les cas, il considère la *boulimie vorace* comme un symptôme qui a la valeur d'un stigmate.

Cf. — Syphilis gastrique. (Prof. CHAUFFARD. *Journ. des prat.*, 3 déc. 1921, n° 49.)

Songez à la syphilis gastrique chez vos dyspeptiques. (G. LEVEN. *La Clinique*, janv. 1922.)

Contribution à l'étude de la syphilis gastrique à forme dyspeptique simple. (L. GRANDJEAN. *Th. de Toulouse*, 1921.)

La syphilis gastrique. (SAVIGNAC. *Journ. de méd. de Paris*, 1921, n° 18.)

3. Divers.

Cure d'alitement et traitement des affections gastriques. (LE NOIR. *Paris méd.*, 1er avril 1922.) — Le repos au lit a des effets utiles au triple point de vue mécanique, physique, physiologique. Les indications de la cure d'alitement sont : les grandes hémorragies gastriques, l'ulcère avec périgastrite, les dyspepsies orthostatiques, les dyspepsies réflexes (lithiase, appendicite, affections utéro-annexielles), la dyspepsie avec amaigrissement, l'anorexie mentale. Dans bien des cas, « le repos au lit combiné à un régime approprié doit remplacer la thérapentique médicamenteuse ».

Les solutions de bicarbonate, phosphate et sulfate de soude en thérapeutique digestive. (P. LEMAIRE. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, fév. 1922.) — De cette étude intéressante, nous tirerons les quelques formules classiques, à la portée de tous les praticiens :

Solution de Bourget :

Bicarbonate de soude	6 grammes
Phosphate de soude anhydre	4 —
Sulfate de soude anhydre	2 —

Pour 1 paquet.

Dissoudre dans 1 litre d'eau. Prendre 100 grammes au réveil, à 11 heures, à 17 heures, à 22 heures.

Solution d'A. Robin :

Bicarbonate de soude	8 à 10 grammes
Phosphate de soude anhydre	2 à 4 —
Sulfate de soude anhydre	2 à 4 —
Eau	1 litre

100 grammes au réveil, à 10 heures et à 17 heures.

Solution de Lyon :

Bicarbonate de soude	4 grammes
Phosphate de soude	6 —
Sulfate de soude	3 —
Eau	1 litre

Un verre à bordeaux avant les trois repas chaque jour.

Solution d'Hutinel :

Bicarbonate de soude	3 grammes
Phosphate de soude	4 —
Sulfate de soude	10 —
Eau	1 litre

par cuillerée à soupe, au cours des troubles intestinaux des enfants.

A propos des anorexies nerveuses et mentales. (Léopold LÉVI. *Soc. de méd. de Paris*, 25 fév. 1922.) — L'auteur rapporte trois observations d'anorexie mentale chez un débile, chez une instable thyroïdienne et chez une jeune fille de dix-huit ans squelettique. L'opothérapie a ramené la faim et rétabli l'état général. Il montre l'action du corps thyroïde sur l'activité diastasique de toutes les cellules, y compris celles de l'estomac, celles du goût et son action sur le centre bulbaire de la faim.

Diagnostic et traitement des affections du tube digestif. (FLORAND et GIRAULT. Un volume de 410 pages et 62 figures, Paris 1922, Masson et Cie.) — En écrivant ce petit traité des maladies du tube digestif, les auteurs ont voulu mettre à la portée du médecin praticien, souvent éloigné des grands centres, les notions aujourd'hui indispensables de radiologie, de chimisme gastrique et de coprologie. Sans être un spécialiste, tout médecin à l'heure actuelle doit être capable de lire et d'interpréter les résultats de ces diverses recherches. L'ouvrage est divisé en trois parties principales : l'œsophage, l'estomac et l'intestin.

A propos de chacun de ces organes, les auteurs exposent comment on doit interroger, puis examiner les malades; une large place est faite aux examens complémentaires : œsophagoscopie, chimisme gastrique, radioscopie et rectoscopie. Deux chapitres importants sont consacrés à la syphilis de l'estomac et à la tuberculose gastrique. Enfin, à propos de chaque affection, une place importante est réservée à la thérapeutique.

Facile à lire, ce livre rendra de grands services à tous ceux qui veulent se tenir au courant de la gastro-entérologie.

La diathermie (d'Arsonvalisation diathermique) dans les affections de l'appareil digestif. (Gaston DURAND et NEMOURS. *L'Hôpital*, n° 13, 1922.) — La diathermothérapie utilise la propriété physique qu'ont les courants de haute fréquence d'élever la température des segments du corps qu'ils traversent.

La diathermothérapie a une action *sédative* sur toutes les algies abdominales, chez les malades atteints de ptoses multiples, avec hyperesthésie des plexus. Elle agit sur les *spasme des sphincters* (surtout du pylore). Elle a une *action excito-motrice* sur le péristaltisme du tube digestif; enfin, elle a une *action résolutive* et antiphlegmasique dans les cas d'épiploïte et de périviscérites diverses.

Les résultats obtenus par cette méthode paraissent encourageants; et sans aller jusqu'à admettre qu'elle soit un moyen infaillible d'action, on peut dire cependant qu'elle doit être essayée dans les cas rebelles aux thérapeutiques usuelles. Les applications seront pratiquées tous les jours ou tous les deux jours, pendant une durée de vingt minutes au moins. Une série de quinze à vingt séances au minimum est nécessaire pour obtenir un résultat durable.

Cf. — Les anorexies dites hystériques. (CHARTIER. *Soc. de méd. de Paris*, 10 fév. 1922.)

La dislocation pylorique. (F. RAMOND. *Paris méd.*, 1922, n° 13.)

C. — DUODÉNUM

Mégaduodénum. (GRÉGOIRE. *Bull. de la Soc. de chir.*, n° 13, avril 1921.) — A côté des occlusions chroniques sous-vatériennes du duodénum, avec dilatation du duodénum, il peut exister une dilatation duodénale, dont la cause échappe et que Grégoire décrit sous le nom de mégaduodénum. Cliniquement, on relève un long passé de douleurs abdominales droites avec vomissements par crises et amaigrissement. La radioscopie, en montrant un duodénum énorme, fait faire le diagnostic.

A l'intervention, on peut trouver le duodénum gros comme un côlon. L'auteur conseille, comme opération, une duodéno-jéjunostomie sous-mésocolique au point déclive de la poche.

Les syndromes duodénaux. (De Luna. *Marseille méd.*, 1921, n° 15.) — A côté de l'occlusion duodénale aiguë, l'auteur décrit les ptoses duodénales isolées ou associées à celle d'autres organes, l'occlusion chronique d'origine pariétale (ulcère cancer), l'obstruction duodénale chronique relevant de malformations congénitales (atrésies, brides péritonéales, striction par l'artère mésentérique, allongement des mésos).

Comme traitement, de Luna discute de l'opportunité des résections coliques, des colopexies, et des dérivations.

Symptômes radiologiques de l'ulcère du duodénum. (Grœdel. *Mitteilungen aus d. Greuz. des med. u. chir.*, 1921, n° 2.) — L'auteur distingue trois variétés :

1. Les ulcères superficiels ou muqueux,
2. L'ulcère chronique du duodénum.
3. L'ulcère pénétrant du duodénum.

I. *Ulcères superficiels.* — Ils se manifestent par des signes indirects et des signes directs :

Les signes indirects sont : l'hypertonie gastrique, l'hyperpéristaltisme gastrique, l'évacuation rapide de l'estomac, la traversée intestinale rapide.

Les signes directs sont : l'ombre du bulbe duodénal constante et de grande dimension, la persistance d'une ombre dans le bulbe, quand l'estomac est vide, l'existence d'un point douloureux persistant sur le duodénum dans les positions debout et couchées, enfin rarement la déformation du duodénum par un spasme.

II. *Ulcère chronique, calleux du duodénum.* — Les symptômes directs : déformation permanente, durable du duodénum ; sténose duodénale avec dilatation au-dessus ; les niches duodénales très rares.

Les symptômes indirects : ou bien on constate les mêmes symptômes radiologiques que dans les ulcères superficiels, hypermotilité, hypertonie, évacuation rapide de l'estomac.

Ou bien l'ulcère chronique s'accompagne d'atonie et d'insuffisance motrice de l'estomac ; ou bien enfin, il y a une évacuation difficile de l'estomac malgré des contractions violentes.

III. *L'Ulcère pénétrant.* — C'est une forme exceptionnelle, qui rappelle l'ulcus perforant de la petite courbure.

Cf. — L'ulcère vrai du duodénum. (Parturier et Vasselle. *Gaz. méd. de Nantes*, 1922, n° 6.)

Le goutte à goutte duodénal dans l'anorexie mentale et les vomissements incoercibles. (Carnot et Libert. *Paris méd.* 1921, n° 13.)

Deux cas de sténose duodénale sous-pylorique. (Ramond, Vincent et Clément. *Soc. méd. des hôpit.*, 22 juillet 1921.)

D. — VOIES BILIAIRES

Le syndrome clinique initial de la lithiase biliaire. (M. Binet. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, août 1921, n° 4.) — Binet a relevé un grand nombre de symptômes, dont aucun n'est pathognomonique, mais dont le groupement permet de faire le diagnostic précoce de lithiase biliaire. Ces symptômes s'associent, en général, de façon variable : hérédité hépatique, cholestérinémie élevée, cholémie, migraines, nausées avec vertiges à jeun, douleurs gastriques au cours ou à la suite des repas, léger état fébrile, apparition nocturne des crises gastro-vésiculaires, déchéance organique plus rapide, localisation de la douleur au bord externe du grand droit à droite, irradiation douloureuse à l'épaule, crises apparaissant par émotion, fatigue, ou pour un seul écart de régime, ou bien à l'occasion des règles. Dans tous ces cas, l'examen radiologique du tube digestif s'impose et peut contribuer à poser le diagnostic.

Cf. — Les crises gastro-vésiculaires. (Enriquez, Binet et Durand. *Presse méd.*, 1921, n° 55.)

La belladone dans la lithiase biliaire. (Binet. *L'Hôpital*, n° 66.)

La tension vésiculaire douloureuse en dehors de la lithiase biliaire. (Loeper et Debray. *Progrès méd.*, 1922, n° 5.)

Acquisitions récentes dans la recherche et la localisation des calculs des voies biliaires. (Henri Béclère. *La Médecine*, n° 9, 1922.) — La proportion de visibilité des calculs biliaires oxillerait pour les auteurs français entre 30 et 35 p. 100. La visibilité de ces calculs dépend uniquement de leur richesse en sels de chaux.

La méthode de choix pour la mise en évidence des calculs des voies biliaires est la radiographie prise dans le decubitus abdominal, après centrage précis sur la région vésiculaire. H. Béclère donne tous les renseignements précis de technique pour arriver à obtenir un bon cliché ; et les observations déjà nombreuses, publiées par l'auteur, montrent qu'à l'heure actuelle, malgré bien des difficultés, le diagnostic de calcul de la vésicule biliaire ou du cholédoque peut être parfois posé. On ne saurait négliger une pareille recherche avant de conseiller une opération à un malade atteint de lithiase biliaire.

Diagnostic et indications opératoires de la lithiase biliaire. (De Martel et Ed. Antoine. *La Médecine*, oct. 1921, 3e année, n° 1.) — Cet article a été le point de départ d'une discussion à la Société d'hydrologie médicale de Paris et en particulier des deux rapports suivants :

Cf. — Traitement hydrominéral et indications opératoires de la lithiase biliaire avec ictère de longue durée. (G. Nivière. *Ann. de la Soc. d'hydrol. méd. de Paris*, 1922, n° 5.)

Cures hydrominérales et chirurgie dans la lithiase biliaire. (R. Durand-Fardel. *Ann. de la Soc. d'hydrol. méd. de Paris*, 1922, n° 7.)

Essai de différenciation clinique et thérapeutique de quelques points douloureux de l'abdomen pour servir au diagnostic des affections digestives, biliaires et des cœlialgies. (G. Avierinos. *Th. de Montpellier*, 1922.) — En présence des signes d'une affection abdominale, on est souvent bien embarrassé pour préciser s'il s'agit d'une affection organique de l'estomac, des voies biliaires, de l'appendice ou d'une cœlialgie.

Les signes fonctionnels sont souvent les mêmes et rien n'est plus trompeur que la constatation d'un point douloureux. Pour arriver à différencier ces divers points douloureux de l'abdomen, l'auteur a essayé l'action des médicaments et des agents physiques, qui lui ont paru avoir une véritable valeur spécifique vis-à-vis des points douloureux.

Ces médicaments ont été employés par voie rectale. Après avoir soigneusement noté les points douloureux et donné un lavement évacuateur, on prescrit un lavement médicamenteux à la belladone, à l'opium ou à l'antipyrine, suivant les cas. Une demi-heure après, on note les changements survenus, la disparition des points douloureux ou leur persistance.

— L'*antipyrine* agit électivement sur les cœlialgies ;

— la *belladone*, sur les points douloureux gastro-duodénaux ;

— l'*opium*, sur tous les points douloureux, mais spécialement sur la vésicule.

— la *chaleur* calme les douleurs vésiculaires ;

— le *froid* calme la douleur appendiculaire.

Cette méthode, facile à mettre en pratique, peut donner d'excellents résultats pour différencier certaines affections chroniques de l'abdomen.

E. — INTESTIN GRÊLE

Le chlorure de calcium dans la diarrhée et les vomissements des tuberculeux. (Rist, Ameuille et Ravina. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, mars 1921.) — Employé en injections intraveineuses, le chlorure de calcium aurait une réelle efficacité sur la diarrhée des tuberculeux. Les auteurs injectent 1 à 2 grammes en solution concentrée à 50 p. 100. Bien supportée, l'injection amènerait dans 50 p. 100 des cas, la disparition ou l'arrêt de la diarrhée.

Traitement des diarrhées chroniques. (Savignac. *Journ. de méd. de Paris*, 1922, nos 3 et 4.) — Le traitement des diarrhées chroniques est une question aussi complexe que leur classification et le médecin praticien est bien souvent dérouté par le grand nombre de traitements vantés. L'auteur

donne dans son travail les règles générales, avec certains détails pratiques, pour établir le traitement des différentes diarrhées.

Les diarrhées chroniques. (L. TIMBAL. Un vol., Paris, 1922, Masson.) — La diarrhée n'est pas seulement un trouble intestinal, qui relève uniquement d'un traitement intestinal. Un grand nombre de diarrhées ont leur origine en dehors de l'appareil digestif et le traitement n'est efficace que si le médecin arrive à préciser cette origine.

Timbal décrit ainsi les diarrhées mécaniques (cardiaque), toxiques (rénales), parasitaires (amibiase), spécifiques (syphilis, tuberculose, etc.). Il faut y ajouter les diarrhées dyspeptiques (souvent gastrogènes) et les diarrhées infectieuses (colites proprement dites).

L'ouvrage se termine par un exposé des méthodes de diagnostic et les divers traitements.

Cf. — La salicaire et les entérites. (MAURIN. *Toulouse méd.*, 1er janv. 1922.)

L'amidon paraffiné dans le traitement de la diarrhée. (DOUMER. *Acad. de méd.*, juillet 1921.)

A propos du diagnostic de l'occlusion intestinale aiguë. L'examen radiologique de l'iléus. (GUILLAUME. *Presse méd.*, 1922, n° 1.)

De la mésentérite rétractile et sclérosante. (J. PIASIO. *Th. de Lyon*, 1921.)

La mésentérite sclérosante et rétractile et ses complications. (MAUCLAIRE. *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 19.)

F. — GROS INTESTIN

La vagotonie appendiculaire. (ENRIQUEZ, GUTMANN et ROUVIÈRE. *Soc. méd. des hôpit.*, 16 déc. 1921.) — Les symptômes de l'appendicite chronique relèvent, soit d'une toxi-infection, soit d'un mécanisme réflexe. Parmi les premiers, on peut placer la fièvre, l'amaigrissement, le mauvais état général. Parmi les seconds, la pâleur, les sueurs faciles, la salivation, l'hypotension, la lenteur du pouls, les vertiges, l'état nauséeux, les vomissements, le spasme des sphincters, la constipation, la fréquence des mictions sont les plus importants. Or, tous ces symptômes traduisent une irritation du pneumo-gastrique, un état vagotonique.

D'ailleurs, l'atropine, la belladone donnent une sédation nette chez les appendiculaires. L'examen du réflexe oculo-cardiaque ne donne aucune indication.

Par conséquent, l'appendicite chronique peut créer un état vagotonique, qui peut se traduire par tous ou une partie seulement des signes, actuellement décrits, de la vagotonie.

Les auteurs ont cherché à mettre en évidence, le *réflexe appendiculaire hypotenseur*. Pour le rechercher, on place le brassard du Pachon sur le poignet du malade et l'on règle les oscillations à 1°5 environ. Sur 29 malades, la pression de l'appendice a amené vingt-quatre fois une diminution nette des oscillations, dont plusieurs cas allant jusqu'à l'arrêt momentané des oscillations de l'aiguille. La pression de l'appendice enflammé provoque un réflexe hypotenseur, qui paraît emprunter la voie du plexus solaire ; c'est un réflexe d'excitation du pneumogastrique.

Les syncopes et les douleurs sous-mammaires gauches des constipés. (LIAN et JOANNON. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 août 1921.) — Il s'agit de malades qui craignent d'être atteints d'une affection cardiaque et qui ne sont que des constipés. Les uns se plaignent de syncopes et ont souvent, à la suite, une selle facile et copieuse. D'autres, habituellement constipés, éprouvent de fortes douleurs abdominales, tombent en syncope et ont, en même temps, ou aussitôt après, une débâcle abondante.

Dans d'autres cas, les malades se plaignent seulement d'éblouissements, de vertiges, au cours ou après la défécation.

Enfin, d'autres malades constipés ressentent des douleurs sous-mammaires gauches, constantes ou passagères. Ces douleurs vont du pincement fugace à la crise douloureuse et même au syndrome angineux. En même temps que la constipation, on note chez eux de l'aérophagie et de l'aérocolie. Ces troubles seraient liés à l'hypervagotonie, et leur traitement doit consister en l'emploi de belladone, atropine, valériane, bromures, hydrothérapie, repos, cures thermales.

L'intestin réveil-matin. (BAUMANN et MATIGNON. *Paris méd.*, 1er avril 1922.) — Ce symptôme est caractérisé par une douleur dans le flanc droit, d'intensité et de durée variables, apparaissant, à heure fixe, la nuit ou aux premières heures du jour. Il indique un état cæco-colique anormal, une sensibilité spéciale et une distension du segment cæco-colique par accumulation de gaz. La circulation intestinale peut être entravée par des brides, adhérences, spasmes intestinaux ou coudures anormales. Un examen radioscopique permettra d'étudier le transit intestinal et permettra de préciser la nature et le siège de l'obstacle. Le traitement variera suivant la cause.

Etude critique de l'appendicite chronique. Importance de l'examen radioscopique. (G. LAROCHE, BRODIN et RONNEAUX. *Presse méd.*, 8 avril 1922.) — Des renseignements importants sont tirés de l'examen radioscopique, associé à la palpation sous l'écran.

L'examen doit être pratiqué debout et couché.

« La constatation, à plusieurs reprises, d'un point douloureux siégeant nettement à la base de l'appendice ou dans son voisinage immédiat, et se déplaçant avec elle, nous semble actuellement le signe le plus précis d'une appendicite chronique. »

Cf. — *Les fausses appendicites. Etude clinique, radiologique et thérapeutique des syndromes douloureux du cæcum et du côlon proximal.* (DE MARTEL et Ed. ANTOINE. Paris, 1922, Masson édit.)

A quoi sert l'appendice iléo-cæcal. (BINET et DUBOIS. *Presse méd.*, 1921.)

Les appendicites sans péritonite. (DESCOMPS. *Paris méd.*, 20 août 1921.)

Formes cliniques de l'appendicite. (WEISS. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1922, n° 2.)

Radiologie du gros intestin et chirurgie. (ROBINEAU. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 13e cahier, 1921.)

La dilatation douloureuse du côlon droit et son traitement. (R. GRÉGOIRE. *Paris méd.*, 1922, n° 4.)

Les rétrécissements cancéreux multiples par métastase du pylore et de l'intestin. (MOLLARD. *Journ. de méd. de Lyon*, 1921, n° 48.)

Salpingite ou appendicite. (DUCLAUX. *La Médecine*, avril 1922, n° 7.)

L'examen clinique d'une appendicite chronique. (GUTMANN. *L'Hôpital*, mai 1922, n° 71.)

Traitement des fissures de l'anus par le permanganate de potasse à saturation. (COMBAULT. *Concours méd.*, 27 nov. 1921.)

Remarques sur quarante cas de dysenterie bacillaire. (VIGOT. *Année méd. de Caen*, n° 3, 1922.)

L'élément colitique dans les affections intestinales et la cure de Châtel-Guyon. (BARADUC et AINE. *Annales de la Soc. d'hydrol. méd. de Paris*, n° 7, 1921.)

L'hématologie et le diagnostic des affections gastro-intestinales. (Ed. ANTOINE et CASPÉRIN. *Gaz. des hôpit.*, n° 1, 3 janv. 1922.)

Artério-sclérose gastro-intestinale. (Francesco CURATOLO. *Il Policlinico*, juil. 1921, p. 946.)

G. — SYMPATHIQUE

Sympathicotonie et vagotonie dans les affections digestives. (Fr. MOUTIER. *Bull. méd.*, 1922, n° 9.) — Pour l'auteur sont *vagotoniques* les sujets à pupilles étroites présentant un réflexe oculo-cardiaque exagéré, une arythmie respiratoire prolongée, des extrasystoles et une forte réaction à la pilocarpine. Sont, au contraire, des *sympathicotoniques*, les sujets à pupilles larges, montrant un réflexe oculo-cardiaque nul ou inversé, un fort éréthisme vasculaire viscéral, c'est-à-dire des battements épigastriques. Ils réagissent fortement à l'adrénaline, à l'atropine ; et ils sont calmés par l'ésérine. Au point de vue clinique, les *malaises* prédominant chez les sympathicotoniques et les douleurs semblent prédominer chez les vagotoniques. Aux premiers,

on opposera l'ésérine, aux seconds la belladone, l'atropine, la jusquiame.

Cf. — Le syndrome sympathique dans les affections gastriques. (J. RENARD. *Th. de Paris*, 1921.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 14 JUIN 1922)

Les amputations partielles du pied. — M. BRÉCHOT fait un rapport sur une communication de M. le médecin principal Coullaud qui a eu l'occasion d'examiner un grand nombre de blessés ayant subi des amputations partielles du pied. Il divise ces amputés en deux catégories : 1° ceux qui peuvent marcher sur un moignon utile; 2° ceux qui sont obligés d'avoir, pour leur moignon, un point d'appui. M. Coullaud donne certaines statistiques se rapportant aux résultats fournis par les divers procédés; il examine donc les résultats que donne l'amputation tibio-tarsienne, le Pyrogoff, le Chopart, le Syme, le Ricard et l'opération ostéo-plastique de J.-L. Faure.

D'après les statistiques, ce serait à l'opération de Syme qu'il faudrait donner la préférence. Les résultats du Pyrogoff seraient inférieurs. Le Chopart peut donner lieu à de l'équinisme, et il y a des cas où les résultats immédiats paraissent satisfaisants et où après six mois ils deviennent moins bons. Dans les centres de mutilés, ne voyait-on pas des blessés ayant subi l'amputation de Chopart ou de Pyrogoff envier le sort de ceux qui avaient subi un Syme ou un Ricard. Or, il faut tenir compte de l'opinion sincère des opérés. L'amputation de Ricard donne aussi de bons résultats.

M. Coullaud examine en détails les résultats anatomiques des divers procédés d'amputations du pied. Ces diverses constatations font de son mémoire un document important relatif à l'histoire des amputations partielles du pied.

Injections intraveineuses de peptone. — M. Louis BAZY fait un rapport sur deux communications, l'une de M. Danton, l'autre de M. Descarpentries, ayant trait au même sujet, c'est-à-dire aux bons résultats obtenus par les injections intraveineuses ou intramusculaires de peptone dans des infections très diverses.

Traitement de la perforation de l'ulcère gastro-pylorique. — M. Pierre DUVAL fait, sur ce sujet, une intéressante communication. Une jeune fille de dix-sept ans est prise brusquement d'atroces douleurs gastriques. On l'opère trente-deux heures après le début des accidents. On trouve à la face postérieure de l'estomac un ulcère calleux perforé. On en fait l'excision, on suture et on ferme sans faire de gastro-entérostomie. Guérison complète après quinze jours. Un homme de quarante-sept ans, ayant des troubles gastriques, le lendemain d'un bon dîner est pris de douleurs épouvantables avec une température de 38 degrés et un pouls à 100 pulsations. Il est opéré huit heures après le début des accidents : ulcère juxtapylorique perforé, suture, gastro-entérostomie complémentaire, mort quarante-huit heures après. M. Duval cite plusieurs observations analogues. Il en réunit ainsi trente et un cas dans lesquels on a eu recours, tantôt à la suture de la perforation, tantôt à la résection. Jusque dans ces derniers temps il était de mode de considérer la résection comme une opération exceptionnelle. L'opération de choix paraissait être la suture. Il se fait en ce moment une évolution et l'on tend à préférer maintenant la pylorectomie à la suture de l'ulcère.

De l'examen des soixante-quinze faits que M. Duval examine successivement, faits dans lesquels on voit des malades atteints d'ulcères perforés arriver à l'hôpital avec une température de 36°2 et un pouls à 128, opérés précocement et guérir. La guérison est obtenue d'autant plus aisément que l'opération est plus précoce. De l'ensemble des faits examinés par M. Duval, il résulte qu'il y a lieu de donner la préférence à la pylorectomie sur la suture.

Anus artificiels continents. — M. LAMBRET (de Lille) fait connaître le procédé auquel il a recours pour rendre les anus artificiels absolument propres et continents, sans recourir à des procédés de compression plus ou moins dangereux. Ce procédé consiste à sectionner l'anse attirée au dehors, à fermer et fixer à la peau le bout inférieur et à constituer avec le bout supérieur une pseudo-verge de 10 centimètres de longueur qu'il laisse pendre au dehors. Cette verge n'est nullement sensible. Un simple pansement avec un leucoplasme imperméable suffit pour éviter tout écoulement. Les malades sont généralement très satisfaits de ces anus contre nature qui sont toujours propres et continents.

Rétrécissement du canal hépatique. — M. GERNEZ rapporte l'observation d'un malade présentant un syndrome d'obstruction biliaire, avec une grosse tumeur dans la région sous-hépatique. Il mit dans le canal hépatique une sonde qu'il fit ensuite pénétrer dans l'estomac, referma le canal hépatique par-dessus la sonde. En quelques jours, ce malade vit disparaître son prurit, son ictère et tous les troubles dont il souffrait. La sonde fut expulsée quinze jours après par l'intestin.

M. Gernez discute les diverses opérations qui ont été proposées dans ces cas, telles que l'hépato-duodénostomie, l'hépato-jéjunostomie, l'hépato-gastrostomie.

Les plaies artérielles. — M. ROBINEAU apporte plusieurs faits qui tendent à prouver que la ligature des gros vaisseaux saignants est préférable à la suture de la plaie artérielle.

LIVRES NOUVEAUX

Etudes sur la pression du sang (1), par George OLIVER, du Collège royal de médecine de Londres. Traduction française sur la 3e édition anglaise. Préface du professeur E. GLEY, du Collège de France.

Ainsi que l'écrit M. le professeur Gley dans sa préface :

« George Oliver, l'auteur de ce livre, devrait être plus connu en France qu'il ne l'est. Quelques médecins instruits n'ignorent pas qu'il a imaginé et fait construire d'ingénieux et utiles instruments, un hémocytomètre, un hémoglobinomètre et surtout un manomètre pour l'étude de la pression artérielle chez l'homme, etc.; mais la plupart ne connaissent ni ces appareils, ni les très intéressantes études que, grâce à leur emploi, leur auteur a pu mener à bien. »

Les lecteurs français liront certainement avec grand intérêt la description du manomètre à mercure réalisé par Oliver, et les conditions de son exact emploi dont ils admireront la clarté, la précision, le soin minutieux; la discussion approfondie des diverses méthodes de mesure de la pression artérielle, méthode palpatoire, oscillométrie, méthode auscultatoire; les chapitres, enfin, consacrés au traitement de l'hypertension et de l'hypotension artérielle. L. G.

Diagnostic, traitement et expertises des séquelles oto-rhino-laryngologiques (2), par le docteur Jean GUISEZ, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien médecin chef du centre oto-rhino-laryngologique de la Xe région.

Ce volume fait partie d'une petite encyclopédie, publiée sous la direction de MM. Mouchet, F. Terrien et M. Villaret, qui comprendra huit volumes se rapportant respectivement aux séquelles oto-rhino-laryngologiques, ophtalmologiques, maxillo-faciales, chirurgicales et orthopédiques, nerveuses, médicales; enfin, au traitement, à l'appareillage et à la réadaptation professionnelle des blessés.

Dans ce précis comme dans tous ceux faisant partie de cette collection, l'auteur, restant sur le terrain exclusivement pratique, n'a pas envisagé seulement les séquelles des plaies de guerre, mais aussi celles des accidents de travail en temps de paix, d'observation journalière. L. G.

(1) In-8 raisin de 190 pages avec figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, G. Doin.

(2) In-16 de 222 pages avec 115 figures. — Prix : 14 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

CONFIGURATION EXTÉRIEURE ET RAPPORTS DU BULBE RACHIDIEN

DÉFINITION. — Le bulbe rachidien, ou moelle allongée, fait suite à la moelle épinière. C'est en somme un carrefour qui unit la moelle épinière en bas, au cerveau et au cervelet en haut. Du bulbe naissent un grand nombre de nerfs dits bulbaires.

DÉVELOPPEMENT. — La troisième vésicule ou rhombencéphale donne le cerveau pénultième et le cerveau postérieur proprement dit. Le plancher et les côtés latéraux de l'arrière-cerveau ou myélencéphale s'épaississent et donnent les pédoncules postérieurs et le bulbe. Les diverses parties du bulbe se différencient peu à peu (olives, corps restiformes, etc...). Quant à la voûte de l'arrière-cerveau elle donne la membrana tectoria.

SITUATION. — Le bulbe rachidien est donc situé à la face inférieure du cerveau et au-dessus de l'extrémité supérieure de la moelle; une coupe horizontale passant par le trou occipital postérieur coupe perpendiculairement le bulbe.

LIMITES. — Le bulbe est limité :

1° En haut par la protubérance annulaire, au niveau de la partie moyenne de la gouttière basilaire.

2° En bas, le plan horizontal passe par le collet du bulbe, qui le sépare de la moelle et de la naissance du premier nerf cervical. C'est au niveau des articulations occipito-atloïdiennes.

DIRECTION. — Suivi de bas en haut le bulbe monte d'abord verticalement, puis il s'infléchit légèrement en avant pour venir se coucher dans la gouttière basilaire de l'occipital. Donc dans l'ensemble courbe à concavité antérieure et inférieure de 135 degrés environ.

FORME. — Tronc de cône à base supérieure, à sommet inférieur et aplati d'avant en arrière.

DIMENSIONS. — La hauteur est de 2 à 3 centimètres, la largeur 1cm5, l'épaisseur 12 à 13 millimètres.

POIDS. — 6 à 7 grammes.

CONFIGURATION EXTÉRIEURE. — On distingue au bulbe rachidien des faces antérieure, postérieure et latérale, une base et un sommet.

I. FACE ANTÉRIEURE. — Au milieu, le sillon médian antérieur, qui se termine en haut par le trou borgne de Vicq-d'Azyr et en bas par la décussation des pyramides. Le fond du sillon est constitué par le raphé.

A droite et à gauche du sillon médian antérieur, se trouvent les deux pyramides antérieures qui paraissent continuer les cordons antérieurs de la moelle.

La pyramide est séparée de la protubérance annulaire par un sillon dans lequel naît le nerf moteur oculaire externe.

En dehors, les pyramides sont séparées de la face latérale du bulbe par le sillon pré-olivaire, où prennent naissance les douze filets radiculaires du nerf grand hypoglosse.

II. FACE POSTÉRIEURE. — Distinguer :

a. La *moitié inférieure*, qui ressemble à la moelle. On y distingue le sillon médian postérieur, les sillons collatéraux postérieurs (filets du spinal, du pneumogastrique et du glosso-pharyngien). De part et d'autre du sillon médian postérieur on voit le cordon postérieur du bulbe, divisé en deux faisceaux (Goll et Burdach).

b. La *moitié supérieure*, qui n'est autre que la moitié inférieure du plancher du quatrième ventricule, limité latéralement par les deux cordons postérieurs qui s'éloignent l'un de l'autre. Le plancher du quatrième ventricule se continue en bas avec le canal de l'épendyme. Il présente sur la ligne médiane un sillon ou tige du calamus scriptorius, sur lequel viennent s'implanter les stries acoustiques.

De chaque côté du sillon, on distingue trois régions :

— l'aile blanche interne répond au nerf grand hypoglosse.

— l'aile grise répond au pneumogastrique et au glosso-pharyngien.

— l'aile blanche externe au nerf auditif.

Latéralement, le faisceau de Goll est devenu la pyramide postérieure et les faisceaux de Burdach deviennent les corps restiformes.

III. FACES LATÉRALES. — La face latérale est limitée en avant par le sillon collatéral antérieur, en arrière par le sillon collatéral postérieur. C'est le cordon latéral du bulbe, différencié à sa partie supérieure en olive bulbaire, sillons pré et rétro-olivaires, fossette sus-olivaire.

IV. BASE. — Le bulbe se continue avec la protubérance annulaire : le sillon bulbo-protubérantiel contient de dedans en dehors le trou borgne, le nerf moteur oculaire externe, la fossette sus-olivaire et l'émergence du facial, de l'intermédiaire de Wrisberg et de l'auditif.

V. SOMMET. — Le sommet tronqué se continue avec la moelle cervicale, au milieu du collet du bulbe.

RAPPORTS. — Le bulbe rachidien est à la fois contenu dans le crâne et dans le rachis.

En *avant*, il répond en haut à la gouttière basilaire, dont il est séparé par la dure-mère, les autres méninges, les plexus veineux, les artères vertébrales.

En bas, il répond à la moitié supérieure de l'apophyse odontoïde, ligaments de l'articulation occipito-axoïdienne, ligament transverse, et plexus veineux.

En *arrière :* la moitié supérieure répond à la membrana tectoria, au cervelet, aux plexus choroïdes.

La moitié inférieure répond à l'espace entre l'arc postérieur de l'atlas et l'occipital. Ligament à ce niveau. Une piqûre du bulbe à ce niveau est mortelle.

Latéralement, on trouve les artères vertébrales, les floccu-lus du cervelet, les articulations condyliennes et les masses latérales de l'atlas.

Le bulbe présente donc dans l'ensemble deux parties : rachidienne et intracranienne. Il est entouré de méninges, d'artères et de plexus veineux. Les nerfs spinaux, grand hypoglosses, faciaux, auditifs, moteurs oculaires externes naissent de lui et ont des rapports intimes à leur émergence avec le bulbe.

ARTÈRES ET VEINES. — Les *artères* proviennent des artères vertébrales soit directement, soit par les spinales antérieures et postérieures, soit par les artères radiculaires.

Les *veines* forment un riche réseau qui communiquent en haut avec les sinus de la dure-mère, les veines du cervelet et protubérantielles et en bas avec les veines de la moelle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Ophtalmologie infantile, par le docteur Etienne GINESTOUS, lauréat de l'Institut, ophtalmologiste de l'hôpital suburbain des Enfants de Bordeaux. Préface du docteur ROUSSEAU SAINT-PHILIPPE, médecin honoraire de l'hôpital des Enfants (de Bordeaux). Un fort volume in-8 raisin de 920 pages avec 98 figures en noir et en couleurs dans le texte. — Prix : 40 francs. — Paris, G. Doin.

La Médecine d'urgence. Symptômes. Diagnostic. Traitement immédiat. Formulaire (5e édition), ouvrage couronné par l'Académie de médecine, par C. ODDO, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Marseille, correspondant national de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux. Un fort volume in-8 carré de 1.010 pages. — Prix : cartonné toile, 24 francs; franco, 26 francs. — Paris, G. Doin.

L'Asthme et sa cure hydro-minérale, publié sous la direction du docteur J. GALUP (Le Mont-Dore), avec la collaboration des docteurs R. CASTELNAU (Le Mont-Dore), J. HEITZ (Royat), H. JUMON (La Bourboule), M. SÉGARD (Saint-Honoré). In-8 coquille de 128 pages de la Collection Etudes d'hydrologie clinique. — Prix : 6 francs. — Paris, L'Expansion scientifique française.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hopitaux de Paris. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 20 juin. — MM. Huber, 18,90 ; Dumont, 18,45 ; Bloch, 18,63.

Séance du 21 juin. — MM. May, 18,53; Heuyer, 18,36; Nathan, 18.

— Concours de l'internat. — *Epreuves de sélection.* — Liste des candidats admissibles (ordre alphabétique) :

MM. Abonneau, Allaire, Amiot, André, Armand, Armingeat, Arrivot, Arviset, Auger.

MM. Baillis, Baize, Bascouret, Mlle Baudry, MM. Béclère, Benda, Berson (Jean), Berson (Pierre), Berthier, Besançon, Bidoire, Blanc-Champagnac, Blanchaud (de), Blanche, Blondel, Bodin, Boehler, Bohn, Boltanski, Bouillié, Boulanger, Bourdon, Bourgeois (Jean), Bourgeois (Pierre), Boyer, Brenniel, Breuillé, Buisson, Bureau (Yves), Burgeat.

MM. Cahen, Callégari, Camino, Casaubon, Castéran, Cayla, Chabrun, Cholot, Chevereau, Christophe, Cohen, Constant, Coudrain, Couturat, Mlle Cros.

MM. Dalsace, Darquier, Debray, Delafontaine, Delalande, Delarue, Demelin, Denis, Derieux, Derocque, Mlle Deschamps, MM. Descharmes, Desprairies, Dessaint, Destouches, Diamantberger, Dreyfus-Sée, Ducourtioux, Duhamel, Dumas (Jean), Duncombe, Durand (Marie), Durand (Paul), Duval.

M. Escalier.

MM. Faure, Fenal, Ferru, Fleury, Fortier, Frémiot.

MM. Gallois, Gallot, Gautier (Jean), Georges, Ghouila-Houri, Girard (Lionel), Gouvenot, Grandperrin, Mlle Gricouroff, MM. Guérin (Maurice), Guérin (Paul).

MM. Harburger, Haye, Huard, Hudelo, Huet (Léon), Huet (Pierre), Huguenin, Hurez (Marcel), Hyvert,

MM. Imbert (Alexandre), Imbert (Antoine).

MM. Jacquet, Jamet, Jany, Jarrige-Lemas, Joffroy, Jondeau, Jonesco.

MM. Kanony, Kesseler, Krief,

MM. Lacapère, Lacassie, Lacombe, Lafont, Lapeyre, Laporte (Antoine), Laroche, Lataix, Launay, Laval, Layani, Le Blay, Leboucher, Lechaux, Lecœur, Lefèvre (Pierre), Leflaive, Leloup, Lemaire (André), Lemière, Lerond, Leroy, Levassor, Lévy (Gabriel), Lévy (Jean), Lévy (Robert), Leydet, Litchenberger, Limouzin-Lamothe, Louvel, Lumière,

MM. Magdeleine, Marchand (Joseph), Marchand (Julien), Martin (Félix), Martin (Henri), Martin (Michel), Martiny, Maurellet, Mauvoisin, Mayer, Mazet, Maziot, Meillère, Ménégaux, Mer, Merle d'Aubigné, Meurdrac, Meurisse, Michaux (Léon), Mirault, Mlle Mircouche, MM. Mollaret, Moraux, Moussoir,

MM. Nativelle, Naveau, Nédelec, Mlles Nicolle, Odier, M. Olivier,

MM. Pagès, Panis, Pannier, Parfonry, Pascal, Patel, Pelissier, Peretti della Rocca (de), Perono, Petit (Pierre), Petrignani, Peynet, Phelipeau, Pichat, Poulain (Maurice), Poulin (André), Poulet, Poussard, Prévost (Félix), Py,

MM. Raoul, Redon, Robert (Paul), Rochard, Romeyer, Rosier, Roux, Roy,

MM. Salmon, Samsoen, Scemla, Schmite, Seguy, Seligman, Seligmann, Servel,

MM. Tambareau, Tariel, Thiolat, Thirion, Thurel, Mlle Tisserand, MM. Triboulet, Trocmé,

MM. Vacher, Vadder (de), Vanbockstaël, Vassitch, Vergez-Honta, Vialard, Mlle Vilter, M. Vincent (Armand),

MM. Wahl, Wallich, Weill (Robert), Widiez, Willemin (Clog-Louis), Willot,

— Concours de l'externat. — Le concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine, vacantes le 1er mars 1923 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu le lundi 18 septembre 1922, à 16 heuree précises, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, 3, avenue Victoria, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, du mardi 1er août au jeudi 31 août 1922 inclusivement.

La réduction des droits de laboratoire afférant aux cours de perfectionnement. — Nous avons annoncé il y a quelques jours que la section de médecine de l'Association générale des étudiants avait obtenu une réduction des droits de laboratoire afférant aux cours de perfectionnement (1). L'A. G. veut bien nous communiquer le rapport qui fut présenté en son nom à M. le Doyen par MM. Crouzat, président, et Gély, vice-président de la section de médecine.

Ce rapport, qui exposait la question de la façon la plus claire et apportait les arguments les plus sérieux a été pris en considération par le Conseil de la Faculté qui en a adopté les termes et a transmis à l'Académie, avec *avis très favorable*, une proposition tendant à abaisser les droits au prix uniforme de 60 francs.

Nos jeunes confrères doivent être félicités pour l'activité et l'intelligence avec laquelle ils défendent les intérêts des étudiants.

Légion d'honneur. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

(A titre posthume.) — *Au grade de chevalier.* — M. de Keating-Hart, docteur en médecine. « Spécialisé dans les travaux d'électrologie et de radiologie, le Dr de Keating-Hart a, pendant vingt-cinq ans, apporté une contribution des plus précieuses au progrès de la science médicale, notamment dans la thérapeutique du cancer. Pendant la guerre, médecin-major de 2e classe, d'un dévouement constant et inlassable auprès des blessés, a toujours fait preuve d'un parfait mépris du danger, se portant au secours des blessés qu'il ramassait sous le bombardement. Atteint par les rayons X, malgré deux opérations à la main droite, il n'en continua pas moins sa vie de travail et d'efforts. Mort, le 25 janvier 1922, a bien mérité de la France et de l'humanité. »

PRATIQUE MÉDICALE

ASSOCIATION MÉDICAMENTEUSE DANS LE TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE (DIALACÉTINE ET BROMURE)

Par G. Paul-Boncour,

Médecin en chef de l'Institut médico-pédagogique.

Récemment, une Société médicale s'occupa du traitement de l'épilepsie, et à ce sujet une discussion intervint : l'un vanta les mérites des médicaments nouveaux (luminal, dialacétine, gardénal); un autre affirma les avantages du vieux traitement bromuré, judicieusement dosé; un troisième insista sur la supériorité du tartrate borico-potassique.

Que prouvent ces divergences ? Que l'épilepsie n'étant qu'un syndrome, naissant sous l'influence de causes variables, peut être modifiée par des thérapeutiques également variables. Si j'avais assisté à cette réunion, j'aurais fait en outre remarquer que certains des médicaments sus-indiqués peuvent parfois être associés, et que de cette association résultent des avantages.

Je souligne que cette conduite donne parfois des succès; il ne faut pas en conclure que je prescris systématiquement la combinaison de la dialacétine et du bromure. Je veux simplement signaler que, dans quelques cas très évidents, où l'emploi du premier médicament ne m'avait pas donné un résultat assez satisfaisant, j'ai obtenu un bénéfice, incontestable de l'administration concomitante de bromure.

Le nombre de ces cas n'est pas assez important pour qu'il me soit possible d'établir les circonstances dans lesquelles il est recommandable d'associer les deux médications : peut-être que les confrères, qui sont partisans de ce *modus faciendi*, pourront énoncer des règles précises : pour ma part je procède par tâtonnement, et ce n'est qu'après avoir constaté l'effet de la dialacétine donnée uniquement, que je lui adjoins un traitement bromuré.

Voici comment je procède à l'Institut médico-pédagogique de Vitry. Si le sujet est soumis au seul traitement bromuré, je commence par supprimer totalement cette médication, après quoi j'administre la dialacétine comme il est prescrit, et pendant trois mois au moins je ne change rien au traitement. Si à ce moment le nombre de crises n'a pas diminué d'une façon évidente, je donne du polybromure à la dose d'un gramme par jour. Il me paraît évident que si cette modification thérapeutique produit une amélioration facile à constater, puisque les trois mois précédents ont permis d'apprécier le rôle de la seule dialacétine, il faut y voir l'effet d'une association médicamenteuse.

D'ailleurs, après un autre trimestre, j'ai tenté à plusieurs reprises de supprimer le bromure : dans presque tous les cas j'ai dû en revenir à l'administration simultanée des deux médicaments.

Comme je l'ai indiqué plus haut, il m'est impossible de donner des règles, et c'est l'empirisme qui m'a guidé jusqu'alors. Je signale seulement à toutes fins utiles :

1° Que mes observations n'ont porté que sur des sujets de sept à dix-sept ans;

2° Que les sujets soumis antérieurement à une bromuration intensive bénéficient moins que les autres de l'association;

3° Que la dose de bromure est régulièrement d'un gramme (1);

4° Que les enfants ainsi traités sont plus aptes au travail intellectuel et moins indisciplinés, même si le nombre des crises n'a pas notablement diminué;

5° Que chez quelques épileptiques à crises rares, mais accumulées (cinq à sept crises par exemple toutes les six semaines réparties sur une période de huit jours), j'ai donné exceptionnellement le bromure à la dose de 3 grammes par jour une semaine avant l'époque présumée de la période convulsive.

Grâce à ce procédé j'ai pu dans deux cas ou supprimer les crises, ou en diminuer le nombre et l'intensité. Avant la période de bromuration forte (3 grammes par jour) les enfants prenaient toujours la dose moyenne de 1 gramme par jour.

De tout cela je puis donc seulement conclure qu'en outre des résultats donnés par la dialacétine employée isolément, et que de nombreux praticiens ont signalés, il en est d'autres obtenus par son association au bromure.

RENSEIGNEMENTS

Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — Facilités de transport consenties aux visiteurs de l'Exposition coloniale de Marseille. — En vue de faciliter la visite de l'Exposition de Marseille, la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée a pris les mesures ci-après :

1° *Trains spéciaux à prix réduits.* — Des trains spéciaux de 2e et 3e classes comportant une réduction de 50 p. 100 sur le plein tarif seront mis en marche, au départ de Paris et des principales gares du réseau, à des dates qui seront fixées ultérieurement. Les billets donnant droit au train spécial auront une validité de 15 jours. Pour le retour au point de départ, les voyageurs pourront emprunter les trains du service ordinaire.

2° *Voyages en groupes.* — Une réduction de 40 p. 100 est consentie aux groupes, effectuant un parcours simple minimum de 25 kilomètres composés de 10 voyageurs au moins et de 25 voyageurs au plus, se rendant à Marseille, sans faire usage des trains spéciaux, pour y visiter l'exposition. Ces billets ont la même durée de validité que les billets d'aller et retour ordinaires, avec un minimum de 8 jours.

3° *Visiteurs de l'Exposition se déplaçant isolément autour de Marseille.* — Pour permettre aux visiteurs de l'Exposition de parcourir le littoral, il est délivré des billets spéciaux d'aller et retour de Marseille à Cannes, Nice et Menton, valables 15 jours et donnant droit, tant à l'aller qu'au retour, à deux arrêts en cours de route.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 39, p. 626.

(1) On verra une exception au 5°.

REVUE GÉNÉRALE

LE PROBLÈME DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

A L'OCCASION DU

CENTENAIRE DE LA THÈSE DE BAYLE (1822)

Par MM. J. LHERMITTE et L. CORNIL.

Parmi les maladies que la psychiatrie peut le plus légitimement revendiquer comme siennes, il n'en est assurément aucune comme la paralysie générale dont l'étude ait été poursuivie avec autant de méthode et de ténacité.

Ces efforts, il faut le proclamer, ont été couronnés de succès et, depuis l'époque de la thèse de Bayle, un progrès très grand a été accompli aussi bien en ce qui touche la symptomatologie que l'anatomie pathologique de la paralysie générale. Mais, sans nul doute, l'évolution des idées relatives à l'étiologie et à la nature de la maladie, nous n'osons pas encore dire au traitement, est celle qui pour tout médecin demeure la plus attachante.

Et ce fut, sans nul doute, une très heureuse inspiration que de profiter de la commémoration du travail fondamental de Bayle pour faire le bilan des apports scientifiques que nous devons aux recherches des neurologistes et des psychiatres qui ont été poursuivies depuis un siècle.

L'initiative d'un pareil recueillement, nous la devons au docteur George Robertson, professeur des maladies mentales à l'Université d'Edimbourg; l'idée émise par notre confrère écossais fut acceptée d'enthousiasme, est-il besoin de le dire, par tous les neurologistes et les psychiatres français, heureux de fêter dans une réunion à laquelle participeraient les pays alliés, la mémoire de l'aliéniste dont le génie novateur isola nettement du chaos des maladies mentales cette affection si fréquente et si affligeante que l'on continue par tradition d'appeler la paralysie générale.

Un comité d'organisation fut formé grâce à l'activité de M. Henri Colin et composé des personnalités les plus éminentes de la psychiatrie française (1) et des rapports furent confiés aux auteurs qui s'étaient consacrées à l'étude des problèmes que soulève encore la paralysie générale.

*
* *

Malgré les immenses progrès réalisés, il s'en faut, en effet, que tout le mystère dont s'entoure la paralysie générale soit dissipé aujourd'hui. Et l'on sait que si nombre de neurologistes et de psychiatres se rallient sans réserves à l'idée d'une paralysie générale *maladie*, c'est-à-dire possédant une étiologie, une anatomie pathologique, une symptomatologie et un pronostic définis, il en est d'autres pour lesquels la paralysie générale n'est qu'un syndrome, aboutissant de causes diverses et conditionné par des altérations cérébrales très disparates.

Aussi n'est-il pas sans intérêt, à propos du centenaire de la thèse de Bayle, d'essayer de préciser les termes dans lesquels se pose aujourd'hui le problème et d'en proposer une solution en nous basant sur les faits les plus incontestés.

*
* *

HISTORIQUE. — On ne saurait trop le redire, c'est à Bayle que revient l'immense mérite d'avoir isolé la paralysie générale en tant que maladie spéciale. En en définissant les contours cliniques et en en rattachant les symptômes à une altération matérielle de l'encéphale et de ses enveloppes, Bayle fut donc, tout ensemble, un observateur génial et un précurseur puisque c'est à lui que l'on doit d'avoir donné à la neuropsychiatrie cette méthode anatomo-clinique qui devait, grâce aux efforts des Andral, des Vulpian, des Charcot et des Dejerine, nous apporter le plus solide de nos connaissances sur les maladies du système nerveux.

Ce que Bayle a parfaitement vu, c'est qu'il existe une maladie très différente de ce que l'on appelle aujourd'hui les psychoses, maladie caractérisée, au point de vue anatomique, par un épaississement des membranes d'enveloppe du cerveau et surtout de l'arachnoïde, par une infiltration séreuse de la pie-mère, une distension des ventricules cérébraux par le liquide céphalo-rachidien, des granulations sur la surface épendymaire et au point de vue clinique, par un ensemble de symptômes caractéristiques. Nous ne pouvons mieux faire, ici, que de citer textuellement ce chapitre inséré parmi les conclusions de la thèse de notre auteur.

« Les symptômes de l'*arachnitis* chronique peuvent tous se réduire à une paralysie générale incomplète et au dérangement des facultés intellectuelles. Ces deux ordres de phénomènes marchent d'un pas égal et proportionnel et peuvent faire diviser la madie en trois périodes. Dans la première, la prononciation est sensiblement embarrassée, la démarche mal assurée, le désordre de l'entendement se manifeste par un affaiblissement de l'intelligence, un délire monomaniaque, qui domine plus ou moins le malade et souvent par un état d'exaltation plus ou moins considérable. Dans la seconde période, les mouvements de la langue et des membres conservent souvent le même embarras que dans la première, ou deviennent plus difficiles; le délire est maniaque et général, fréquemment accompagné d'idées dominantes; il y a de l'agitation qui varie depuis la loquacité et la mobilité, qui fait changer continuellement les malades de place, jusqu'à la fureur la plus violente et la plus incoercible. Enfin, la troisième période est, en général, caractérisée par un état de démence et une augmentation de la paralysie générale et incomplète; la parole est bégayée, tremblante, très difficile et quelquefois inintelligible; la démarche est vacillante, très chancelante et même impossible; les excrétions sont involontaires; l'entendement, extrêmement affaibli, ne conserve plus qu'un petit nombre d'idées complètement incohérentes, qui sont tantôt vagues, et tantôt plus ou moins posées; il y a le plus souvent du calme, et de temps en temps une agitation plus ou moins grande. Cette période se termine quelquefois par une paralysie presque complète de tous les mouvements volontaires et par un état complet d'idiotisme. Chaque malade ne présente pas constamment les trois périodes; il n'est pas rare de voir manquer la seconde; celle-ci offre quelquefois une agitation spasmodique continuelle ou périodique; assez souvent pendant la troisième il survient des attaques

(1) Ce comité était composé de MM. Partet, Klippel, Truelle, Arnaud, Toulouse, H Colin, Laignel-Lavastine, Capgros, R. Charpentier, Delmas, Fillassier, Mignard, Dupain, Dupouy, Mallet.

de congestion cérébrale, accompagnées de perte de connaissance, quelquefois de mouvements convulsifs et de tremblements, et suivies d'une augmentation des symptômes de la maladie; tantôt des attaques épileptiformes. »

Ce court résumé est assez expressif pour ne prêter à aucune confusion; on le voit, la symptomatologie, l'évolution fatalement progressive, les complications de la maladie sont parfaitement indiquées. Nous pouvons ajouter que les observations collectées dans la thèse de Bayle constituent, par la précision de leurs traits analytiques, des tableaux cliniques criants de vérité où le médecin même le moins averti des choses de la psychiatrie reconnaîtrait sans peine aujourd'hui la physionomie classique de la paralysie générale.

* * *

Les précurseurs et les successeurs de Bayle. — Aucune découverte même la plus neuve ne se réalise, *ex abrupto*, et ce serait naïveté que de se demander si Bayle a eu des précurseurs. Le contraire tiendrait du miracle, mais, ainsi que l'ont montré dans deux rapports substantiels, MM. Laignel-Lavastine et Vinchon, d'une part, M. Semelaigne, d'autre part, si la coexistence des troubles du mouvement avec l'affaiblissement intellectuel n'avaient point échappé à l'observation si aiguë d'un Haslam et d'un Esquirol, du moins aucun auteur avant Bayle n'avait soupçonné l'existence d'une maladie véritable à double expression symptomatique : démentielle et paralytique.

Ainsi qu'il est malheureusement de règle, l'idée nouvelle, si féconde de Bayle ne rencontra guère que scepticisme et incrédulité. N'est-ce pas Georget qui, analysant le livre de Bayle, déclare les idées de l'auteur hypothétiques et invraisemblables? Et Calmeil ne va-t-il pas jusqu'à prétendre que dans la *Nouvelle doctrine des maladies mentales*, l'auteur se réfute à chaque instant et s'efforce d'établir un « principe extraordinaire »? Ne nous étonnons pas de ces résistances qui se dressent seulement contre les vrais novateurs et rappelons-nous encore à quel degré l'était Bayle au temps où Pinel, alors à l'apogée de son éclat, critiquait sévèrement « les discussions vagues sur le siège de l'entendement et *la nature de ses lésions diverses*, car rien n'est plus obscur et plus impénétrable ».

Malgré les faits si précis qu'apportait Bayle et la doctrine si lumineuse qui en découlait, Esquirol et ses élèves, Georget, Delaye, Calmeil continuèrent d'admettre qu'une paralysie générale incomplète pouvait survenir chez les anciens aliénés, mais que celle-ci n'affectait aucun rapport direct avec les troubles mentaux dont elle ne constituait qu'une complication au même titre que la phtisie ou le scorbut. Pour ces observateurs, les aliénés paralytiques étaient donc atteints de deux maladies différentes : la folie et la paralysie.

Celle-ci pouvait compliquer toutes les formes de folie et méritait ainsi la dénomination de *paralysie générale des aliénés*. A exposer cette conception, l'on voit combien était méconnue l'œuvre et la doctrine de Bayle. La vérité de cette doctrine devait être proclamée plus tard par Parchappe, dans deux importants ouvrages (1838-1841). Comme le montre, dans un rapport remarquable de finesse et d'esprit critique, M. Arnaud, Parchappe proclame l'unicité de la paralysie générale. Pour cet auteur, comme pour Bayle, il s'agit d'une espèce nosographique distincte; mais celle-ci n'est pas sous la dépendance d'une méningite chronique, ainsi que le pensait Bayle, elle reconnaît à sa base une lésion du cortex cérébral. Il serait donc légitime de la dénommer une « cérébrite corticale générale ».

A l'idée d'une maladie spéciale, se rattache également P. Falret dont les études cliniques ont tant contribué à préciser les caractères mêmes de la folie paralytique. C'était donc un retour complet à la doctrine de Bayle et l'on pouvait croire à son triomphe définitif; mais, c'était compter sans le génie dialectique, l'argumentation spécieuse à force de subtilité, la haute intelligence d'un des esprits les plus pénétrants de l'Ecole de la Salpêtrière : Baillarger. Fidèle disciple d'Esquirol, Baillarger, pendant toute sa vie, qui fut exceptionnellement longue, soutint avec une énergie qui ne faiblit jamais la dualité de la paralysie générale. Selon Baillarger, la maladie décrite par Bayle est constituée par l'intrication de deux syndromes distincts : la folie paralytique et la démence paralytique. Et c'est cette juxtaposition qui rend compte de certaines modalités évolutives de l'affection, en particulier de la guérison de l'accès délirant qui contraste avec la persistance de l'état démentiel. Il s'agit, dans les faits de ce genre, d'après Baillarger, d'une *dissociation* de la folie paralytique qui guérit et de la démence paralytique qui persiste.

Tout de même s'expliquent les rémissions de la paralysie générale, ces guérisons temporaires comme l'on disait alors; « l'accès guéri n'appartient point à la périencéphalite; il n'y a pas succession de deux accès de même nature, mais, au contraire, succession de deux maladies différentes. »

Actuellement, une semblable distinction entre la folie paralytique qui appartient à l'*aliénation* et la démence paralytique qui doit en être exclue, n'a plus de défenseurs et apparaît désuète, marquée au coin d'une période révolue. Mais ce n'est pas à dire que toute discussion ait cessé autour de la paralysie générale, loin de là. En reprenant le problème sous l'angle de l'étiologie, les divergences d'opinion se sont ranimées presque aussi vives qu'au temps de Baillarger. Et aujourd'hui plusieurs auteurs se posent la question de savoir s'il existe des pseudo-paralysies générales, selon le mot de Delasiauve (1851) ou un syndrome paralytique dans lequel se confondent, mêlées, la paralysie générale, maladie de Bayle, et les affections d'origine diverse dont le tableau clinique, à un moment de l'évolution de la maladie, ne peut pas être différencié de la paralysie générale la plus légitime.

Si l'on pose le problème en de pareils termes, il est absolument insoluble. Une maladie, en effet, ne saurait être *opposée* à un syndrome et ces deux termes ne sont nullement exclusifs l'un de l'autre. Des troubles morbides peuvent parfaitement être étiquetés « syndrome » ou « maladie » suivant l'angle sous lequel on les considère. Et on ne nous contredira pas si nous admettons la légitimité d'un « *syndrome* pleurétique » et d'une « pleurésie tuberculeuse, *maladie* », d'un « syndrome typhoïde » et d'une « maladie typhoïde éberthienne », d'un « syndrome parkinsonnien » et d'une « maladie de Parkinson ». Il serait aisé de multiplier, presque à l'infini, les exemples.

En conséquence, il nous apparaît que l'on peut tout aussi bien parler légitimement d'un syndrome paralytique et d'une maladie de Bayle, la paralysie

générale vraie, sans s'exposer au reproche de contradiction antinomique.

Cette distinction fondamentale entre le « syndrome » et la « maladie » étant établie, toute discussion sur le point de savoir s'il existe un « syndrome paralytique » ou une « maladie paralysie générale » apparaît sans objet, puisque les deux propositions sont également vraies.

*
* *

Etiologie. — Envisagé du point de vue « syndrome », la « paralysie générale » reconnaît un très grand nombre de causes qui s'étagent depuis la tuberculose jusqu'au néoplasme en passant par les parasitoses, les intoxications, les infections les plus banales ou les plus spécifiques (trypanosomiase, tréponémose, virus de l'encéphalite épidémique, etc.); considérée, au contraire, du point de vue « maladie », la paralysie générale apparaît déterminée par une seule cause : la syphilis. Telle est la conclusion qui se dégage, lumineuse, des très nombreux travaux récents consacrés à la paralysie générale tant en France qu'à l'étranger et c'est à celle-ci que se rallient sans réserve, on peut dire tous les neurologistes. Les interventions, au cours de la discussion sur l'étiologie de la maladie de Bayle, de MM. Sicard, H. Claude, G. Guillain ont fortement accusé cette manière de voir. Les psychiatres, au contraire, demeurent sinon plus sceptiques sur le rôle de la syphilis, du moins plus réservés. Après avoir, dans un rapport à la fois précis et concis, envisagé les multiples facteurs dont l'intervention peut être suspectée à l'origine de la paralysie générale, M. Pactet arrive à cette conclusion que, provisoirement, peut-être, nous devons admettre que la paralysie générale n'est probablement pas l'effet d'une seule cause pathogène. Et, en dernière analyse, M. Pactet se rallie à la thèse défendue, depuis longtemps, par M. Klippel de la paralysie générale aboutissant d'infections et d'intoxications diverses.

La discussion de l'intéressant rapport de M. Pactet fut malheureulement écourtée ; elle promettait d'être particulièrement animée, car elle touchait au point le plus sensible du problème de la maladie de Bayle. M. Belarmino Rodriguez (de Barcelone) rappela cette notion connue depuis Bayle que la paralysie générale se montre beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, en raison probablement du surmenage cérébral auquel il est exposé et signala, d'autre part, que dans sa statistique personnelle ne figurait aucun cas de paralysie générale. conjugale. Ce qui, au moins, n'est guère en faveur d'un virus neurotrope.

Très justement, à propos d'un cas personnel, MM. Leroy et Cornil rappellent qu'un argument très démonstratif de l'étiologie syphilitique de la maladie de Bayle vient de la constance des antécédents héréditaires spécifiques dans la paralysie générale juvénile.

A propos de la rareté de la paralysie générale aux Indes contrastant avec la fréquence de la syphilis, M. Wright Overbeck rapporta une série de constatations personnelles du plus grand intérêt. Depuis la création d'établissements hospitaliers, la constatation aux Indes, de la maladie de Bayle, est devenue beaucoup moins exceptionnelle qu'autrefois. Et si la paralysie générale demeure cependant peu fréquente, il faut, selon M. Overbeck, en chercher la raison dans l'influence prépondérante des idées religieuses. Celles-ci s'opposent à l'internement hospitalier et suscitent de multiples démarches des familles d'aliénés, près des temples dont les prêtres conservent, aujourd'hui encore, la réputation de guérisseurs des malades de l'esprit.

C'est à une conclusion analogue que parvient M. Auguste Marie; selon cet auteur, la paralysie générale n'est point une rareté chez les Arabes d'Egypte. Et l'on a pu compter, à l'Asile d'Abatia, 480 sujets atteints de maladie de Bayle sur un total de 7.000 malades.

On sait que, pour nombre d'aliénistes, l'alcoolisme joue, en tant que facteur occasionnel, adjuvant, un rôle prépondérant dans le développement de la paralysie générale. Et sans doute cette proposition est exacte. Cependant, il est assez curieux de constater avec M. Salvator Vives que, en Catalogne, c'est précisément l'Asile où se trouvent le plus de sujets alcooliques qui abrite le plus petit nombre de paralytiques généraux.

Pendant longtemps, les tenants de la doctrine de la paralysie générale toujours syphilitique s'appuyaient presque exclusivement sur des arguments de statistique ; et ceux-ci ne laissaient pas de laisser prise à la critique. On se rappelle combien celle-ci fut mordante entre les lèvres d'un Lancereaux. Aujourd'hui, des faits plus précis, plus scientifiques peut-on dire, se groupent et convergent pour imposer la vérité de l'origine syphilitique de la maladie de Bayle. Et, parmi ceux-ci, les plus suggestifs ont trait au *syndrome humoral*. Celui-ci, selon M. Wimmer (de Copenhague), M. Guillain, M. Sicard serait toujours positif dans le liquide céphalo-rachidien.

A tel point que l'on serait en droit de rejeter le diagnostic de maladie de Bayle chez un malade présentant au complet le syndrome paralytique, mais dont le liquide céphalo-rachidien ne contiendrait pas de sensibilisatrice spécifique.

Vraie dans l'immense majorité des cas, cette proposition ne peut pas cependant être adoptée sous cette forme simpliste, et M. Lhermitte a rappelé des faits authentiques, vérifiés par l'examen histo-pathologique, de paralysie générale, dans lesquels, *pendant une certaine période de l'évolution de la maladie*, la réaction de Wassermann, l'albuminose, la pléiocytose du liquide céphalo-rachidien faisaient défaut.

Quoi qu'il en soit de ces exceptions, lesquelles ne sont, au vrai, selon l'adage populaire, qu'une confirmation de la règle, il faut reconnaître que, à l'heure actuelle, tous les documents que peut rassembler l'étiologie viennent très nettement s'inscrire en faveur de la thèse défendue autrefois avec tant d'autorité par Fournier de l'origine syphilitique de la paralysie générale.

*
* *

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique aidée de la bactériologie vient elle-même déposer dans le même sens. Après avoir rappelé les lésions bien connues de la méningo-encéphalite paralytique, M. Lhermitte, dans son rapport, s'attache surtout à préciser les faits d'acquisition la plus nouvelle et la signification des altérations encéphaliques sur l'accord desquelles l'accord n'est pas encore établi.

Nous avons déjà rappelé que, pour Bayle, les lésions fondamentales de la paralysie générale

affectent les méninges et surtout la pie-mère et l'arachnoïde ; en réalité, il est démontré aujourd'hui que, pour fréquentes qu'elles soient, ces lésions n'ont pas l'importance que lui attribuaient les anciens. Et, en effet, non seulement elles ne conditionnent pas les modifications du cortex cérébral mais elles apparaissent souvent parfaitement incongruentes avec celles-ci. Il en est de même pour ce qui est des érosions et des ulcérations provoquées par la décortication du cerveau. Ce sont là des phénomènes tout contingents et le plus souvent liés à une mauvaise fixation du cerveau.

On ne saurait donc tirer de l'examen à l'œil nu aucun élément suffisant pour établir un diagnostic ferme de paralysie générale; et l'on doit toujours recourir à l'étude histologique. Celle-ci met en évidence, dans tous ces faits de paralysie générale vraie, c'est-à-dire de paralysie générale inflammatoire, des réactions intenses qui portent sur *tous les éléments composants de l'encéphale* : charpente conjonctivo-vasculaire, appareil méningé, névroglie, cellules et fibres nerveuses. La lésion de la maladie de Bayle apparaît ainsi tout à la fois *ectodermique* (névroglie et neurones) et *mésodermique* (éléments vasculaires et méningés).

Grâce aux recherches de Nissl et Alzheimer surtout, nous sommes aujourd'hui parfaitement fixés sur les modalités réactionnelles des gaines vasculaires. Les éléments qui les distendent ne sont point exclusivement des lymphocytes mais surtout des plasmocytes, des fibroblastes, des *mastzellen* ; plus rarement des hématies et des corps granuleux. Ces éléments peuvent subir des processus de dégénérescence variés : hyaline, vacuolaire et donner naissance aux formations étudiées par Lhermitte sous le nom de cellules « muriformes » et par Mahaim et de Bück sous le terme de cellules « mastplasmatiques ».

Associées à ces lésions nettement inflammatoires, on constate toujours des modifications des cellules nerveuses et de la névroglie. Les cellules corticales se désagrègent et s'atrophient en présentant des altérations diverses en rapport avec l'intensité et surtout la rapidité évolutive du processus paralytique ; quant aux éléments névrogliques, leur prolifération apparaît directement proportionnelle à la profondeur de la destruction corticale. Il n'est pas indifférent de noter que, dans la vraie maladie de Bayle, outre les cellules névrogliques fibrillogènes abondantes dans les couches superficielle et profonde, la névroglie produit aussi des cellules assez spéciales : les *cellules à bâtonnet*. Dans aucune lésion cérébrale celles-ci ne se montrent aussi abondantes que dans la méningo-encéphalite diffuse syphilitique.

Parallèlement aux lésions cellulaires, s'édifient des modifications des fibres myéliniques corticales, celles-ci se traduisent par une disparition des fibres tangentielles et radiaires parfois. Des recherches récentes ont montré un fait très intéressant sur lequel M. Lhermitte insiste longuement : la formation de *plaques* corticales au sein desquelles les fibres à myéline semblent avoir complètement disparu, absolument comme dans la sclérose en plaques. Et cette ressemblance s'accuse encore par les imprégnations argentiques qui mettent en évidence, dans l'une et l'autre de ces lésions, la *conservation des cylindre-axes*. On ne saurait trop retenir cette notion nouvelle dont l'intérêt est fait surtout de la ressemblance morphologique et biologique de l'agent pathogène de la paralysie générale : le tréponème de Schaudinn et celui de la sclérose en plaques le spirochète *argentinensis* de Kuhn et Steiner.

Deux autres variétés de lésions corticales ont été mises en lumière assez récemment : les foyers de nécrose par Herschmann (1920), la « fonte spongienne de l'écorce cérébrale », par O. Fischer. Il convient d'ajouter que cette dernière altération, qui avait été précédemment décrite par G. Deny et Lhermitte dans la démence sénile, ne semble pas l'apanage exclusif de la paralysie générale.

Les lésions de la maladie de Bayle, pour prééminentes qu'elles soient sur le cortex du cerveau, ne s'y limitent pas et frappent souvent avec intensité la couronne rayonnante, les ganglions opto-striés, le bulbe et jusqu'au cervelet.

Tous ces faits sont aujourd'hui bien connus ; ce qui l'est moins c'est la fréquence relative de ce que l'on peut appeler les « formes focales de la paralysie générale », les formes localisées de Lissauer. Certes, il ne s'agit pas ici de limitation stricte des lésions inflammatoires de l'encéphalite paralytique ; celle-ci est par essence diffuse et elle le demeure dans tous les cas, mais seulement de la *prédominance* frappante des altérations anatomiques. Cette électivité relative ne comporte pas seulement un intérêt histologique, mais aussi et surtout un intérêt pratique et pathogénique. C'est par celle-ci, en effet, que se trouvent expliquées les modalités cliniques si diverses, la physionomie si mobile, si fortement contrastée parfois de la paralysie générale. Parmi les formes focales, M. Lhermitte s'étend surtout sur les localisations cérébelleuses, occipitales et striées. Ainsi que l'ont montré les recherches de ces dernières années, si la paralysie générale, à son début, peut affecter le type de la maladie de Parkinson, de la chorée de Huntington, par exemple, cela tient à ce que, dans ces faits, les lésions s'accusent particulièrement intenses sur le *striatum* (putamen et N. caudé) ou le *pallidum* (segments internes du *globus pallidus*). Les formes cérébelleuses dont MM. P. Marie, Bouttier et Bertrand ont rapporté un saisissant exemple, reconnaissent un pathogenia analogue.

Mais que l'encéphalite soit régulièrement étendue au cortex fronto-rolandique, qu'elle intéresse très fortement telle ou telle région sous-corticale, les lésions caractéristiques de la maladie n'en demeurent pas moins toujours très reconnaissables. Est-ce à dire pour cela que la lésion élémentaire de la paralysie générale puisse permettre, à elle seule, de porter un diagnostic histo-pathologique ? M. Lhermitte ne le pense pas, car cette même lésion nous la retrouvons dans des processus divers qui s'étendent depuis la trypanosomiase jusqu'à l'encéphalite épidémique.

On ne saurait non plus, selon le rapporteur, considérer comme *histologiquement spécifiques* les lésions de l'encéphalite paralytique ; mais ce serait aller directement contre la vérité que de soutenir que ces altérations s'opposent à celles que provoque le virus syphilitique.

Les lésions de la maladie de Bayle s'apparentent de très près à celles que suscitent dans les viscères ou la peau le processus syphilitique, mais ses caractères n'autorisent pas à affirmer, de *par l'histologie seule*, sa nature spécifique.

Celle-ci s'est affirmée depuis la découverte de l'agent pathogène de la syphilis dans l'encéphale

des paralytiques généraux. Et depuis le travail fondamental de Noguchi et Moore s'est ouvert un important chapitre, le plus riche de faits nouveaux, celui de la *bactériologie* de la maladie de Bayle.

* * *

Bactériologie. — Après avoir rappelé la série des recherches bactériologiques grâce auxquelles la présence du tréponème pâle dans le cortex des paralytiques n'est plus discutée, M. Lhermitte envisage le problème de la *localisation* du spirochète de Schandinn, dans le tissu cérébral. Les premiers auteurs qui constatèrent le tréponème dans l'encéphale des paralytiques généraux furent frappés en général par ce fait que le parasite abonde surtout dans les gaines périvasculaires et dans les espaces péricellulaires. Et cette constatation est rigoureusement exacte. Cependant elle n'exprime pas toute la vérité. MM. Jahnel et Manouélian ont montré, en effet, que le tréponème pullulait également dans les parois vasculaires et ne respectait pas même la pie-mère. Bien qu'il soit d'explication malaisée, il convient de signaler ce fait paradoxal que, parfois, les tréponèmes apparaissent surtout très nombreux dans les régions où le retentissement histopathologique est peu apparent ou même fait complètement défaut.

De ceci il ressort que, dans la paralysie générale, le tréponème pullule à la fois dans l'appareil conjonctivo-vasculaire mésodermique et le tissu parenchymateux ectodermique. Peut-on voir là une indication à retenir au point de vue du diagnostic bactériologique entre la syphilis cérébrale et la paralysie générale ainsi que certains auteurs à l'exemple de Mac Intosh et Fildes, Head et Fearnsides, l'ont soutenu? Il ne le semble pas au moins d'une manière absolue. Ce qui paraît correspondre à la réalité c'est que, comme dans les manifestations primaires ou secondaires de la syphilis, le tréponème dans l'encéphalite paralytique, envahit les parois vasculaires et diffuse non seulement dans le tissu inflammatoire néoformé mais dans les cellules propres à l'organe sur lequel se déroule le processus. Aussi M. Jahnel auquel nous devons plusieurs importants mémoires sur cette question, estime-t-il qu'il n'est pas possible de se baser sur la topographie du spirochète dans le tissu de l'encéphale pour établir le diagnostic de paralysie générale.

Le spirochète pâle infiltre donc, en dernière analyse, dans la maladie de Bayle, tous les éléments composants du cerveau : méninges molles, axes vasculaires et tissu nerveux. Des recherches récentes ont permis d'aller plus loin en démontrant que l'agent pathogène de la syphilis était capable non seulement de pulluler autour des cellules nerveuses mais de pénétrer dans leur intérieur.

Déjà Noguchi avait incidemment relevé la présence du tréponème dans une cellule ganglionnaire et Raecke avait constaté, dans de nombreux faits, l'infarcissement des cellules nerveuses par ce parasite. Selon cet auteur, les tréponèmes pénètrent, parfois en grand nombre, dans le cytoplasme des éléments nerveux, s'accumulent autour du noyau en formant une collerette périnucléaire et parfois se disposent dans les dendrites parallèlement aux neurofibrilles. Pour Giannelli ce serait dans les cellules altérées que s'amasseraient les spirochètes.

Cette question vient d'être reprise tout récemment par deux histologistes, MM. Bertolucci et Manouélian ; et ceux-ci indépendamment l'un de l'autre ont pu observer les mêmes faits. C'est-à-dire la présence fréquente du tréponème dans le protoplasma des cellules nerveuses en apparence peu modifiées.

Très souvent, ainsi que nous avons pu nous en convaincre sur les belles préparations que M. Manouélian a bien voulu nous confier, la morphologie du tréponème demeure typique et rien n'est plus aisé que d'en établir l'identité. Mais parfois, ainsi que M. Bertolucci y a insisté, le spirochète se présente sous des aspects plus ou moins modifiés : formes squelettiques, écheveaux embrouillés, conglomérats, formes granulaires ou en bouclettes, en anneaux. Doit-on voir dans ces modifications morphologiques la traduction d'une dégénérescence du parasite ou, au contraire, l'expression d'une adaptation de résistance? le problème ne semble pas résolu. Quoi qu'il en soit d'ailleurs, le fait important c'est que l'agent pathogène de la syphilis et, par conséquent de la paralysie générale, peut vivre d'une vie probablement ralentie ainsi que le pense M. Levaditi, dans l'intérieur des cellules de l'organisme et résister aux effets des substances tréponémicides injectées dans la circulation générale.

La bactériologie de la paralysie générale a fait, on le voit, un immense progrès depuis la découverte de Schaudinn puis de Noguchi et, grâce à elle, la discussion sur la nature syphilitique de la maladie de Bayle est bien près d'être close. Mais il y a plus et de nombreux expérimentateurs : Noguchi, Berger, Uhlenhuth et Mulzer, Wile, Jahnel ont pu avec succès inoculer le virus de l'encéphale des paralytiques au lapin. Le produit de broyage de l'écorce cérébrale inoculé sur le scrotum de l'animal produit, en effet, des érosions superficielles au-dessous desquelles se forment des nodules sous-dermiques au sein desquels fourmillent les tréponèmes.

Nous possédons ainsi, à l'heure actuelle, on peut dire tous les arguments anatomiques, biologiques et bactériologiques qui viennent déposer en faveur de la nature syphilitique de la paralysie générale. Mais ce n'est pas à dire que tout le problème de la maladie soit, de ce fait, complètement résolu. Il reste à mettre en lumière les facteurs déterminants de l'exaltation de la virulence du germe de la syphilis ou de la défaillance des forces de résistance de l'organisme grâce auxquelles le tréponème peut proliférer intensement et détruire en quelques années une partie importante du manteau cérébral.

* * *

Paralysies générales dégénératives. — Telle est la paralysie générale dite inflammatoire, la paralysie générale vraie, légitime, des auteurs pour lesquels la maladie de Bayle est toujours de nature syphilitique.

A côté de cette forme, certains psychiatres à la suite de M. Klippel établissent un autre groupe : les *paralysies générales dégénératives*. Celles-ci présentent un caractère anatomique commun : l'absence de lésions inflammatoires cérébrales contrastant avec la dégénération des éléments nerveux : cellules, dendrites et cylindre-axes. A dire vrai, ces lésions n'apparaissent pas, dans tous les cas, de même type et tantôt le tableau anatomique se réduit aux altérations purement dégénératives, tantôt les méninges ou le cortex se montrent parsemés de formations histologiquement et bactériologiquement tuberculeuses.

Ces paralysies générales dégénératives, ces pseudo-paralysies générales, ainsi qu'on les dénomme souvent, n'offrent donc nullement la cohésion de la paralysie générale inflammatoire puisque du point de vue anatomique les modifications qui sont à leur base apparaissent diverses et que, du point de vue étiologique, des facteurs très différents s'échelonnant depuis le bacille de la tuberculose jusqu'à l'intoxication alcoolique peuvent leur donner naissance.

* * *

Clinique. — La description clinique faite de main de maître par M. R. Charpentier ne prêtait guère à la discussion; sur le tableau sémiologique de la maladie de Bayle, l'accord est fait. Le seul point litigieux consiste dans le problème du *syndrome humoral.* Certes, aucun auteur ne met en doute l'extrême fréquence de l'albuminose, de la pléiocytose, de la réaction de Wassermann, de la réaction de l'or et du benjoin colloïdal de Guillain dans le liquide céphalo-rachidien, de même que l'*irréductibilité* du syndrome par les moyens thérapeutiques actuels. Mais est-on en droit de poser en principe absolu la formule simplifiée : paralysie générale : syndrome humoral *constant.* MM. Sicard, Guillain, H. Claude, Cestan semblent l'admettre. Cependant MM. Anglade, Lhermitte, Targowla, ont fait valoir certains arguments de fait qui ne peuvent être négligés. Il existe effectivement des cas de paralysie générale vérifiés par l'étude histologique dans lesquels, au moins *pendant une certaine période de la maladie*, le syndrome humoral avait nettement rétrocédé et perdu ses caractères pathognomoniques. En général, l'atténuation ou la disparition du syndrome humoral marche de pair avec la rémission des symptômes psychiques et physiques et semble complètement indépendant de toute influence thérapeutique.

Et ainsi se trouve posé le problème de la guérison spontanée de la paralysie générale. M. Charpentier signale de tels faits mais déclare n'en avoir, personnellement, jamais observé. Il semble, en vérité, bien difficile d'admettre une véritable guérison de la maladie de Bayle lorsqu'on connaît les rémissions parfois si longues et d'apparition si inopinée qui viennent, en prolongeant à l'extrême la paralysie générale, donner, en apparence, un démenti au pronostic.

* * *

Traitement. — La réalité indiscutable et d'ailleurs indiscutée des rémissions spontanées au cours de la paralysie générale constitue, on le conçoit, un des plus grands obstacles à l'appréciation de l'efficacité du *traitement spécifique* sur la maladie de Bayle.

Et d'abord, existe-t-il un traitement curatif de la paralysie générale? se demande le rapporteur du chapitre « Thérapeutique et assistance », M. V. Truelle. « On peut et on doit répondre non actuellement » selon cet auteur. Et celui-ci ajoute : « la paralysie générale est une affection actuellement incurable; elle ne comporte pas de traitement. »

Il faut reconnaître que, effectivement, il n'existe aujourd'hui, aucun fait probant, non seulement de guérison, mais même d'amélioration de la paralysie générale par les traitements spécifiques mis en œuvre à l'heure actuelle. Mais est-ce à dire que l'on doit désespérer de jamais trouver une thérapeutique vraiment agissante contre la paralysie générale et qu'une attitude résignée devant la fatalité du pronostic puisse être maintenue. On ne saurait le prétendre, pas plus qu'il n'est permis de s'appuyer sur le sophisme qui consiste à affirmer que la maladie de Bayle étant *dès son éclosion une démence*, il est assez vain de chercher à la guérir puisque, même si la guérison était obtenue, la valeur sociale du sujet serait pratiquement bien faible.

La paralysie générale est, en réalité, si peu une démence *à ses débuts* que l'on a vu nombre de paralytiques généraux authentiques, ainsi que le montra l'évolution ultérieure, redevenir capables, sous le coup d'une rémission spontanée, de reprendre leurs occupations qui n'étaient pas toutes exclusivement manuelles.

Le traitement spécifique employé, suivant la technique préconisée par M. Sicard (petites doses de novarsenic quotidiennes sous-cutanées ou intramusculaires) est-il susceptible de multiplier ces rémissions ?

M. Sicard croit en avoir la preuve et apporte, en effet, des faits très impressionnants : chez un des malades qu'il eut à traiter, le syndrome humoral subit, en même temps que les signes physiques et psychopathiques, une atténuation des plus nettes.

Toutefois, M. Henri Colin estime qu'à l'égard du traitement des paralytiques généraux la plus extrême réserve doit être maintenue et cet auteur insiste sur les aggravations fréquentes que détermine, dans l'évolution de la paralysie générale, l'application d'une thérapeutique intensive. M. Dennèle s'associe aux réserves faites par M. Colin.

Si l'on admet qu'il est néanmoins légitime d'essayer tout au moins un traitement *spécifique*, de quelle préparation doit-on faire choix. Sans doute, le novarsenic, introduit à petites doses fréquemment répétées, soit dans le sang, soit dans le tissu sous-cutané, est encore l'agent thérapeutique le mieux supporté; mais ne peut-on pas penser que les préparations à base de bismuth auront sur la syphilis nerveuse une action tréponémicide plus énergique, maintenant que nous savons, depuis les recherches de M. Sicard, que le bismuth diffuse beaucoup mieux que l'arsenic dans le liquide céphalo-rachidien. M. Auguste Marie déclare avoir obtenu de bons résultats à l'aide de cette médication. Mais n'en a-t-il pas été toujours ainsi pour la paralysie générale dès qu'un nouvel agent antisyphilitique a été trouvé, peut-on répondre avec M. Truelle ? En réalité, nous ne sommes qu'à la période des essais et tout ce que l'on peut conclure de ceux-ci, c'est qu'ils méritent certainement d'être poursuivis.

* * *

Nous avons essayé d'indiquer, le plus succinctement que possible, les lignes générales du problème toujours passionnant et toujours actuel de la paralysie générale tel qu'il se présente aujourd'hui. Certes, sur quelques points, l'accord n'est pas encore établi ; cependant, la doctrine de l'unicité de la paralysie générale apparaît, à la lumière des faits nouveaux plus solide que jamais.

Après un long détour et de multiples vicissitudes nous revenons ainsi à la conception générale que, dans sa thèse mémorable, Bayle soutenait, voici un siècle.

Mais, ce serait profonde ingratitude que de ne

pas rendre hommage à l'effort fructueux des nombreux chercheurs qui, soit par la clinique, par l'anatomie pathologique, la sérologie, la bactériologie ont permis la démonstration de la nature syphilitique de la paralysie générale. Et si, malheureusement, la sanction thérapeutique nous fait encore défaut, il est permis d'espérer fermement que, dans un avenir assez prochain, nous aurons, en mains, un moyen thérapeutique, grâce auquel le dogme de l'incurabilité de la maladie de Bayle ne sera plus qu'un souvenir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 JUIN 1922)

Régime équilibré et acidose diabétique. — MM. A. DESGREZ, H. BIERRY et F. RATHERY. Avec une ration bien équilibrée et adaptée à chaque cas, l'élimination du glucose et des « corps acétoniques » peut, chez le diabétique acidosique, tomber à un taux voisin de celui du jeûne, à condition de donner, progressivement et sans la dépasser, la quantité maxima d'hydrates de carbone qui peut être assimilée. C'est dans cette voie qu'il convient, selon MM. Desgrez, Bierry et Rathery, de chercher la solution du problème diététique pour le diabétique, et non dans la suppression exclusive des protéines, des graisses ou même des sucres, comme l'ont proposé divers auteurs.

Physiologie microbienne et facteur accessoire de la croissance. — M. Pierre GOY.

La durée de la période contagieuse dans la fièvre aphteuse. — M. Charles LEBAILLY. La propagation se fait par les animaux malades aux seules périodes d'incubation et d'invasion et pendant un temps très court. Ces constatations expliquent l'impuissance des mesures sanitaires appliquées lorsque les épidémies ont déjà pris un certain développement. Celles de ces mesures qui paraissent les plus radicales, comme l'abatage, ne peuvent donner rien de plus que la surveillance et la séquestration des premiers foyers.

En période épidémique il faut se méfier beaucoup moins des animaux qui bavent depuis quatre jours, car alors ils sont inoffensifs puisque le virus de la fièvre aphteuse meurt sur place, que de ceux en apparence sains.

A ceux-ci on devrait toujours, au contraire, imposer une quarantaine avant de les introduire dans un troupeau indemne.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 JUIN 1922)

Le traitement des fibromes. — Dans l'avant-dernière séance, M. Tuffier a fait une importante communication sur les avantages de la myomectomie (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 47, p. 759).

M. BÉCLÈRE est revenu sur cette question au début de la séance.

Sous ce titre : **Myomectomie ou rœntgenthérapie**, voici la note dont il a donné lecture :

« Entre les divers modes de traitement des fibro-myomes de l'utérus, le grand avantage de la rœntgenthérapie, une des raisons de la supériorité sur la curiethérapie, c'est que, parmi les milliers d'observations publiées, y compris les 700 cas de la statistique personnelle de M. Béclère, aucun cas de mort n'est attribuable à l'emploi des rayons de Rœntgen.

Cette innocuité contraste avec la mortalité opératoire de 7 1/12 p. 100 au prix de laquelle, d'après M. Tuffier, la myomectomie, dans des conditions assez rarement rencontrées, peut conserver une possibilité de maternité future.

Le traitement vraiment conservateur est celui qui conserve aux femmes, sinon cette possibilité, mais la vie. »

Sur la prophylaxie de la fièvre ondulante (fièvre méditerranéenne ou de Malte). — M. H. VINCENT. Depuis que la fièvre ondulante est cliniquement différenciée et que l'examen bactériologique permet d'en faire le diagnostic avec précision, on constate de plus en plus la fréquence de cette maladie. Il en est actuellement signalé des cas dans le Gard, à Arles (dans un troupeau de chèvres et parmi ses gardiens) à Ajaccio, à Marseille.

On a proposé diverses mesures, les unes administratives, les autres hygiéniques : interdiction d'importer des chèvres malades, inspection des étables, désinfection des écuries et des litières, avis officiels signalant le danger d'utiliser le lait cru et les fromages de brebis ou de chèvres atteintes, etc., la mesure la plus efficace serait l'abatage obligatoire des animaux malades. Mais s'ils ne sont pas imposés par la loi, ces moyens dont quelques-uns sont peu pratiques et difficiles à appliquer, se heurteront à une grande résistance de la part des populations rurales.

Il ne faut pas oublier, en outre, que la diffusion de la maladie est ou peut être facilitée par les troupeaux de chèvres qui circulent dans les grandes villes pour la vente de leur lait, et que ce lait est consommé cru, le plus souvent par les enfants.

M. Vincenta a personnellement soigné 4 malades atteints de fièvre ondulante à forme grave ou mortelle, ayant succédé à l'absorption de lait de chèvre ou de fromage frais fabriqué avec ce lait.

Il lui paraît donc que la prophylaxie de cette maladie infectieuse chez l'homme, doit viser d'abord et avant tout la protection des animaux sains par leur immunisation active, c'est-à-dire par leur vaccination contre le *Micr. melitensis.* Cette vaccination qu'il a proposée et appliquée en 1910, c'est-à-dire, il y a douze ans, réalise le moyen le plus simple et le plus rationnel de protéger l'homme lui-même contre l'infection melitensienne. La maladie charbonneuse, qui faisait autrefois de grands ravages parmi le bétail et qui, par ce dernier, se transmettait communément à l'homme, a disparu presque entièrement par l'application de la vaccination pastorienne.

Le vaccin qui a servi à ses expériences était préparé avec dix races de *M. melitensis* et une race de *M. paramelitensis.* Cinq chèvres adultes et deux chevreaux ayant été vaccinés ont été ensuite inoculés à l'aide de virus vivant injecté dans la veine jugulaire ; trois d'entre eux ont reçu en même temps le virus dans le péritoine et ont, en outre, été nourris avec des aliments arrosés de culture pathogène. Or, ces animaux vaccinés, puis soumis aux inoculations d'épreuve, n'ont présenté aucun symptôme anormal. Ils se sont parfaitement développés, ont grandi ; les chèvres sont devenues pleines et ont mis bas. Enfin, les trois derniers animaux ont été sacrifiés et leur sang, leur suc splénique ou hépatique, la moelle osseuse, l'urine, etc., ont été trouvés complètement stériles.

Il sera rappelé que Zammit a montré que, chez les chèvres inoculées expérimentalement, le *M. melitensis* peut être isolé par la culture, dans les viscères, douze à seize mois après l'inoculation.

La vaccination spécifique confère donc une forte immunité. Elle est facile et ne comporte aucun inconvénient ni pour les animaux adultes ou les chevreaux, ni pour les chèvres pleines ou en lactation. J'ai vacciné, avec le concours de MM. Pilod, Collignon et Emery, plus de 200 chèvres par cette méthode. Il y a donc lieu d'émettre, auprès du ministre de l'Hygiène, le vœu que la vaccination préventive de ces animaux si utiles et si pleins de ressources soit recommandée, spécialement dans les départements où la fièvre ondulante règne à l'état endémique ou épidémique.

Il conviendrait également de prendre des dispositions spéciales à l'égard des troupeaux de chèvres laitières qui circulent dans les villes. Ils devraient être soumis à une surveillance hygiénique, chaque animal devrait être pourvu d'un certificat sanitaire. L'inspection du lait des vaches, prescrite à Paris, ainsi que celle des étables, devraient évidemment s'étendre au lait des chèvres.

Résection des nerfs de l'estomac. Technique opératoire. Résultats cliniques. — M. LATARJET (de Lyon) résume les résultats de ses recherches anatomiques et expérimentales sur le système nerveux extrinsèque de l'estomac. Anatomiquement, il est possible de pratiquer des énervations plus ou moins étendues et de localiser les effets de celles-ci sans toucher aux origines des nerfs. Expérimentalement, l'énervation interrompt les voies de la sensibilité gastrique, diminue la tonicité, l'intensité et la fréquence des contractions, sans modifier les caractères fonctionnels du système nerveux autonome. L'énervation réalise, en quelque sorte, une mise au repos de l'organe.

Après avoir décrit les différents temps de l'opération, M. Latarjet donne les résultats cliniques de l'intervention pratiquée vingt-quatre fois. La résection des nerfs de l'estomac est sans gravité opératoire. Appliquée aux crises gastriques tabétiques qui relèvent le plus souvent de lésions radiculaires, l'énervation gastrique a forcément une action incertaine, aussi incertaine que les autres interventions proposées dans ces cas. Elle a l'avantage sur la plupart d'entre elles d'être une opération bénigne et trouve une réelle indication dans les crises d'origine pneumogastrique.

Les résultats obtenus dans les cas d'ulcère sont très favorables; mais, l'énervation ayant toujours été associée à la gastro-entéro-anastomose, l'auteur pense qu'il est difficile de déterminer exactement son action thérapeutique. Quoi qu'il en soit, elle ne peut qu'être favorable à la guérison et l'auteur conseille de l'associer à la gastro-entéro-anastomose lorsque celle-ci est indiquée.

L'indication essentielle de l'énervation semble devoir être trouvée dans les nombreux cas de gastropathies douloureuses, spasmodiques avec hyperacidité, gastropathies sans lésion, qui relèvent d'une dysharmonie entre le système nerveux intrinsèque et le système vago-sympathique et qu'aucun traitement médical ou chirurgical ne soulage. Les guérisons obtenues par l'énervation seule semblent légitimer cette intervention.

L'auteur pense que les observations sont encore trop peu nombreuses pour fixer de façon absolue le cadre des indications; mais il estime que, dès maintenant, la résection des nerfs de l'estomac, seule ou associée aux interventions classiques, apporte à la chirurgie gastrique une nouvelle arme thérapeutique intéressante.

Transfusion sanguine d'après 61 cas personnels. — M. Victor PAUCHET déclare que la transfusion sanguine qui, jadis, était une méthode exceptionnelle et d'urgence, doit être maintenant employée par médecins et chirurgiens d'une façon courante, car elle rend des services considérables. L'auteur a fait pratiquer par son interne, Bécart, à l'hôpital Saint-Michel, 61 transfusions en l'espace de cinq mois :

Ces 61 transfusions se décomposent ainsi : 49 avec sang citraté; 12 avec sang pur.

Les indications ont été les suivantes : 9 hémorragies aiguës par cancer utérin, fibrome, ulcère et cancer d'estomac; 4 ictères par calculs du cholédoque; 1 insuffisance hépatique; 1 septicémie lente; 1 tumeur vésicale très hémorragique; 2 après radiothérapie profonde pour cancers; 1 après curiethérapie pour cancer du col; 42 cas de sujets affaiblis chez lesquels la transfusion fut pratiquée dans les soins pré et postopératoires lorsqu'il s'agissait des opérations suivantes : amputation abdomino-périnéale du rectum et gastrectomie large pour cancer.

Après avoir employé d'abord exclusivement le sang citraté, l'auteur n'emploie maintenant presque plus que le sang pur, méthode aussi simple et plus sûre, grâce à une instrumentation spéciale.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique.

La liste de présentation portait : en 1re ligne, M. Legry; en 2e ligne, MM. Josué, Klippel, Nattan-Larrier, Pettit et Roussy.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant de 77, majorité 39, M. Legry obtient 49 suffrages; M. Pettit, 12; M. Josué, 7; M. Klippel, 7; M. Roussy, 1, et M. Nattan-Larrier, 1.

M. Legry, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé élu.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 JUIN 1922)

Rhumatisme polyarticulaire chronique déformant d'origine syphilitique. — M. H. DUFOUR et Mme GEISMER présentent trois malades atteints de rhumatisme articulaire chronique chez lesquels la réaction de Wassermann a été positive. Le traitement spécifique doit toujours être institué et aura d'autant plus de chances de réussir qu'il sera fait plus précocement.

Les lésions du plexus nerveux périglandulaire dans l'appendicite chronique. — M. MASSON (de Strasbourg) présente de magnifiques coupes histologiques ayant trait aux lésions du plexus nerveux périglandulaire dans l'appendicite chronique qu'il a étudié dans 134 cas, et insiste sur l'importance des cellules argentaffines.

Relations du zona et de la varicelle. — MM. J. PIGNOT et H. DURAND rapportent un cas de zona chez la mère et de varicelle chez l'enfant (présentation de malade).

M. NETTER insiste sur ces relations de zona et de la varicelle dont il a pu réunir 25 cas. Il rapporte, d'autre part, l'histoire d'un sujet de soixante ans, chez lequel une varicelle généralisée a commencé quatre jours après l'apparition d'un zona occipito-cervical. L'éruption a été si importante que l'on avait pensé à une variole et prescrit des mesures en conséquence. Pareille conduite eût été évitée si les relations entre le zona et la varicelle avaient été de notion courante.

Jeûne volontaire de trente-six jours (*présentation de malade*). — MM. Marcel LABBÉ, STÉVENIN et NEPVEUX présentent un sujet au trente-sixième jour d'un jeûne volontaire. Le sujet a maigri de 700 grammes par jour, pendant les quatorze premiers jours et de 250 grammes pendant les quinze jours suivants. La tension artérielle s'est abaissée à 8/6. Le pouls de 48 est tombé à 38 pour remonter à 54. La température rectale est tombée à 35°5.

Les urines peu abondantes étaient de 200 à 300 centimètres cubes par jour.

L'excrétion de l'azote total urinaire a diminué progressivement ainsi que l'amionurie et les acides aminés.

Le jeûne a provoqué de l'acidose et il y eut d'abord augmentation des corps acétonémiques jusqu'au septième jour (6g24), puis ensuite diminutien progressive. Au quatorzième jour, on notait 1g38. La glycémie est tombée de 0g89 à 0g80.

Le sujet a fait une acidose assez marquée que les auteurs attribuent à ce qu'il existait déjà, avant le jeûne, une légère acidose liée à des troubles fonctionnels du foie.

Les échanges respiratoires se sont considérablement modifiées.

Le métabolisme basal de 43 est tombé à 24,6 ; cette réduction de métabolisme basal peut expliquer le ralentissement de l'amaigrissement.

L'état général du sujet est médiocre, il présente des vertiges, de l'affaiblissement, mais il n'éprouve pas encore la sensation de faim.

Lésion évolutive de la région des tubercules quadrijumeaux et de la calotte pédonculaire. — MM. GUILLAIN et KUDELSKI présentent un malade de vingt-cinq ans présentant une lésion évolutive (tumeur probable) de la région des tubercules quadrijumeaux. Il existe un ptosis double, une parésie des muscles droits supérieurs et inférieurs, une parésie des nerfs pathétiques, une immobilité des pupilles à la lumière et à la convergence, une diminution de l'acuité auditive à droite, des phénomènes d'asynergie et de tremblement du membre supérieur droit à l'occasion de la kinésie volitionnelle des phénomènes transitoires d'arthémie musculaire surtout nocturnes, une légère atteinte des sensibilités superficielles, une thermo-asymétrie des membres supérieurs et inférieurs droits par rapport aux membres gauches. Les réflexes sont normaux. Le liquide céphalo-rachidien est normal.

Les auteurs montrent que l'on peut ici opposer la sémiologie de voies motrices extrapyramidales de la calotte du mésencéphale à la sémiologie des voies motrices pyramidales corticospinales. Il apparaît vraisemblable que la lésion évolutive

de ce malade est une tumeur en raison des symptômes de légère hypertension intracranienne déjà constatables.

NOTES DE PRATIQUE

CHORÉE DE SYDENHAM

Traitement causal (songer à la syphilis).

Instituer la cure mixte d'arsenic et de vanadium par la Vanadarsine : x gouttes par jour données en deux doses avant les deux principaux repas. Augmenter cette dose de II gouttes par jour jusqu'au total de x gouttes. On continue vingt jours, on interrompt dix jours et l'on reprend.

Pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale.

LIVRES NOUVEAUX

L'Esprit d'Esculape (1), par les docteurs CABANÈS et WITKOWSKI.

Les médecins passent pour avoir beaucoup d'esprit, on leur en prête encore, c'est dire combien ce livre, écrit en collaboration par deux de nos plus célèbres conteurs médicaux, est bourré d'anecdotes amusantes. Les unes sont connues, beaucoup sont nouvelles, toutes sont assaisonnées du meilleur sel gaulois.

N'attendez pas qu'il soit épuisé. F. L. S.

Service de santé en campagne (2), [vol. LXXXII].

L'application du règlement du 26 avril 1910 sur l'organisation et le fonctionnement du Service de santé en campagne a rendu, pendant cette dernière guerre, les plus signalés services comme le prévoyait le ministre de la guerre, général Brun, dans son rapport au président de la République.

En effet, si l'on relève que ce service a pour objet : la prévision, la préparation et l'exécution des mesures d'hygiène, les soins à donner aux malades en marche et station, le premier traitement au combat, le relèvement, le transport et l'évacuation des blessés, etc., on reconnaîtra que l'étude et la connaissance complète des prescriptions contenues dans le volume LXXXII du *Bulletin officiel* de l'édition méthodique est indispensable au personnel de direction comme au personnel d'exécution : directeurs, médecins, pharmaciens, officiers d'administration et aux sociétés d'assistance aux blessés et malades militaires.

Annuaire médical de Marseille et de la Provence, 1922 (5e année), du docteur PORCHERON, 107, rue Paradis, à Marseille.

Cet annuaire, d'un format commode, est très exact parce qu'il est local et régional. Il contient les adresses du monde médical de la Provence et de la Côte d'Azur (y compris Monaco et Monte-Carlo).

(1) In-8 de 290 pages, avec de nombreuses figures. — Paris 1922, Le François.

(2) Prix : 2 francs. — Paris, Charles Lavauzelle et Cie et les bonnes librairies.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.
PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 24 juin. — MM. Salomon, 18,63; Bénard et Weil (Mathieu), 19.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le Conseil de la Faculté a présenté M. Cyrille Jeannin par 28 voix contre 11 à M. Potocki pour la chaire de clinique obstétricale vacante par suite de la retraite de M. Bar.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — La chaire de clinique des maladies des enfants de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

— Un concours pour la place de prosecteur sera ouvert, le mercredi 26 juillet 1922, pour la place de prosecteur vacante à la Faculté de médecine de Montpellier.

Le registre d'inscription sera clos le samedi 22 juillet 1922, à 16 heures.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Un concours s'ouvrira, le 15 janvier 1923, devant la Faculté de pharmacie de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de médecine d'Angers.

MINISTÈRE DE LA MARINE. — Le ministre de la marine cite à l'ordre de l'armée :

« L'Ecole principale du Service de santé de la marine : A élevé dans le culte de la science et du devoir toutes les générations de médecins de la marine et des troupes coloniales qui, au cours de la grande guerre, ont magnifiquement affirmé sur mer et sur terre, avec les plus solides qualités de leur profession, les plus hautes vertus militaires. »

CONGRÈS. — Les journées bretonniennes de Tours, qui devaient avoir lieu ces jours-ci, sont renvoyées au mois d'octobre.

LE CENTENAIRE DE PASTEUR ET L'EXPOSITION D'HYGIÈNE DE STRASBOURG. — La France se prépare à célébrer solennellement, l'an prochain, le centenaire de la naissance de Pasteur. Dans ce tribut d'hommages qui s'élevera de partout, en l'honneur du grand savant français, la part la plus importante reviendra à Strasbourg, car c'est à l'Université de cette ville que Pasteur fit ses premières découvertes.

Un monument en l'honneur de Pasteur sera élevé sur la place de l'Université, grâce à des souscriptions qui affluent de tous les points du monde.

Une exposition rétrospective de son œuvre sera édifiée dans un musée permanent pour montrer les étapes successives de sa vie scientifique.

A côté des salles réservées à ce musée rétrospectif, on fera figurer tous les appareils et documents provenant de l'Institut Pasteur de Paris, des autres Instituts Pasteur et des divers laboratoires français et étrangers du monde entier, pour mettre en évidence le développement et l'extension des études bactériologiques, nées des travaux de Pasteur.

Enfin, une grande exposition industrielle et agricole permettra de constater la véritable révolution qu'entraînerent les découvertes de notre grand savant dans le domaine de la médecine, de l'hygiène, de l'industrie et de l'agriculture.

Les bâtiments de l'exposition installés sur un terrain spécialement aménagé aux portes de Strasbourg, dans un site agréablement ombragé seront mis à la disposition des exposants qui viendront nombreux faire connaître les progrès de leur industrie. Ceux-ci trouveront, dans les récompenses attribuées, la consécration légitime des efforts qu'ils ont fait pour fonder leur fabrication sur une base scientifique ; la composition des jurys des diverses sections réunissant les spécialistes les plus qualifiés en chaque matière donnera aux récompenses accordées à cette occasion une valeur toute particulière.

De grands champs d'expériences seront organisés qui recevront la visite régulière des cultivateurs avides de connaître les derniers progrès de la technique agricole.

Une série de congrès, notamment ceux de la tuberculose, du cancer, de la syphilis, de la puériculture, de la natalité, de

l'hydrologie, du froid, de la zootechnie se tiendront à Strasbourg pendant la durée de l'exposition.

Enfin, de grandes réunions sportives auront lieu dans un nouveau stade édifié sur le terrain de l'exposition.

Les fêtes que l'on organise à Strasbourg en l'honneur de Pasteur montreront une fois de plus le rayonnement du génie français et auront un retentissement mondial (1).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DE L'ARTICLE 64

M. Antier, député, demande à M. le ministre des pensions si les médecins peuvent refuser les tickets qui leur sont offerts comme honoraires par les pensionnés de la guerre venus d'autres départements pour les consulter. (*Question du 24 mai 1922.*)

Réponse. — En aucun cas, les médecins ne sont obligés d'accepter, en payement de leurs honoraires, les bons extraits des carnets de soins gratuits délivrés au titre de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919. (*J. O.*, 21 juin.)

JURISPRUDENCE ET LEGISLATION

TRANSPORTS AÉRIENS

COLIS. RETARDS. RESPONSABILITÉ

Des compagnies de transport par voie aérienne se sont formées depuis quelque temps pour transporter rapidement des marchandises, de Paris à Londres, par exemple. La question s'est posée de savoir quelle était la conséquence des retards existant dans la livraison de ces marchandises, alors qu'il est annoncé par voie de circulaires que les colis remis le matin sont livrés le même jour à Londres.

G... et Cie avaient confié à C... et Cie qui avaient accepté, l'expédition par avion d'un paquet contenant des robes à destination de Londres; ce paquet devait être remis en cette ville à un M. S... dans le courant de l'après-midi du 15 juin 1920. Le colis n'arriva à destination que le 19 juin; il fut refusé en raison de ce retard, parce que M. S... qui s'était embarqué, le 16 juin, pour l'Amérique, n'avait pas pu en prendre livraison. C... et Cie manquèrent donc à l'obligation qu'ils avaient librement acceptée de livrer le colis litigieux dans l'après-midi du 15 juin; ne l'ayant pas fait, ils avaient causé un préjudice à G... et Cie. Pour évaluer ce préjudice, le tribunal de commerce de la Seine, dans son jugement du 29 mars 1922, tint compte de la valeur des robes contenues dans le paquet, de ce qu'elles avaient été faites spécialement sur les indications de M. S..., qu'elles avaient perdu la plus grande partie de leur valeur commerciale et que c'était à bon droit que G... et Cie les avaient refusées. Il estima le préjudice à 5.900 francs.

Comment le transporteur a-t-il été déclaré responsable? C... et Cie qui avaient accepté de faire l'expédition, s'étaient adressés à une compagnie de transports aériens « L'Air Express » qui leur avait envoyé une circulaire et qui avait pris l'engagement de remettre le colis confié le jour même, moyennant une rétribution. C'est cette Compagnie qui était, en réalité, la cause du retard et qui supporta finalement l'obligation de faire face aux condamnations encourues par C... et Cie ; ceux-ci, en effet, l'avaient appelée en garantie.

La Compagnie ne put invoquer aucun cas de force majeure, comme la survenance inopinée d'une tempête empêchant tout vol de l'avion. Si elle avait pu le faire, il est vraisemblable que la décision prononcée contre elle eût pu se trouver modifiée; car le jugement déclare : « Attendu que « L'Air Express » ne justifie d'aucune force majeure susceptible de le dispenser de cette obligation et ainsi de le décharger de sa responsabilité qui reste entière et est cause des condamnations qui vont être prononcées contre C... et Cie. »

C'est l'application, aux transports par voie aérienne, des règles qui régissent le contrat de transport.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Communiqué par le directeur de l'agence Rhin, au nom de la Commission de propagande.

Le Professeur Armand IMBERT

Cet admirable savant que le 6 juin dernier la science française a eu la douleur de voir disparaître laisse une longue série de travaux, tous, peut-on dire, devenus classiques. Universitaire dans l'âme, le professeur A. Imbert a enseigné durant plus de quarante ans la physique médicale à l'Université de Lyon d'abord, à celle de Montpellier ensuite, enfin à celle d'Aix-Marseille. Ses premiers travaux ayant trait à l'optique physiologique font et feront toujours autorité. Ses recherches sur le mécanisme de la contraction musculaire et ses expériences sur la phonation sont aujourd'hui aussi classiques que les lois déduites de ses études sur l'élasticité du caoutchouc. Enfin, le *Traité élémentaire de physique biologique*, publié par le professeur A. Imbert, est entre les mains de tous ceux qu'intéresse cette science, de même que ses travaux sur la physiologie du travail sont le vade-mecum de ceux qui désirent arriver à réaliser une bonne utilisation de la main-d'œuvre et une organisation scientifique de l'apprentissage.

En radiologie, le professeur A. Imbert, aidé de son agrégé M. H. Bertin-Sans, a fixé dès 1896 la technique de la radiographie. Après avoir montré l'importance de l'emploi du diaphragme en radiographie, ils ont réalisé les premiers au moyen des rayons X des images stéréoscopiques.

Le professeur A. Imbert n'a pas été seulement un physicien et un sociologue, un biologiste et un technicien radiologiste, il s'est révélé un véritable médecin en étudiant l'atrophie osseuse. Cette affection des os décrite par Südek le 18 avril 1900 au XXXIXe Congrès de la Société allemande de chirurgie, à Berlin, avait été identifié dès mars 1899 par le professeur A. Imbert. Si cette constatation ne permet point de contester la priorité de Südeck, elle permet, du moins, de montrer que, fin observateur, le professeur A. Imbert avait eu son attention attirée sur ce point. Ce sont ses premières études qui, ayant entraîné peu à peu des recherches de tous ordres qu'il inspira toujours, ont permis à l'heure actuelle d'établir l'identité de ces lésions avec celles de l'ostéoporose adipeuse de Cornil et Ranvier, entité morbide autrement grave et intéressante qu'une simple décalcification du squelette.

Le professeur A. Imbert est mort sans avoir cherché à retirer de ses importantes recherches ni honneurs, ni fortune. Il laisse une œuvre complète et qui lui survivra car des laboratoires pour l'étude de la physiologie du travail sont aujourd'hui créés pour continuer les recherches qu'il avait commencées en suppléant, comme tous les créateurs, par sa science à l'insuffisance des moyens mis à sa disposition.

J.-L. PECH,
Professeur agrégé de physique à la Faculté de médecine de Montpellier.

— Le professeur Armand Imbert était le frère de notre cher collaborateur et ami le professeur Léon Imbert (de Marseille). Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de la bien affectueuse sympathie de toute la rédaction de la *Gazette des hôpitaux*.

CE QUE LE PRATICIEN DOIT SAVOIR

SUR

LES FRACTURES DU COL DU FÉMUR

ET SUR LEUR TRAITEMENT

Par M. SOUBEYRAN (de Montpellier),
Professeur agrégé,
Membre correspondant national de la Société de chirurgie de Paris.

La vieille question des fractures du col du fémur a subi au cours de ces dernières années un remaniement complet portant à la fois sur la classification des diverses variétés de ces fractures et sur leur traitement. Le premier de ces points a été étudié par MM. Pierre Delbet et Basset; le second a été l'objet de recherches encore plus attentives de ces mêmes auteurs qui ont créé une méthode chirurgicale : l'enchevillement sans arthrotomie, mais il a fait aussi l'objet de nombreux travaux de chirurgiens américains qui nous ont apporté une méthode de traitement plus orthopédique, plus simple et plus à la portée des praticiens ainsi que nous aurons l'occasion de l'établir.

Ces divers efforts nous montrent une fois de plus combien le traitement des fractures du col du fémur était incomplet, et combien peu nous avions le droit d'être satisfaits des méthodes anciennes et réputées classiques jusqu'ici.

Classification. — Tout le monde connaît la division d'Astley Cooper :

en fractures intra-capsulaires,
et en fractures extra-capsulaires.

Personne n'ignore aussi que Tillaux reconnaissait ces deux grandes classes et les appelait :

fractures intra-articulaires,
et fractures extra-articulaires;

mais il ajoutait un troisième groupe : les fractures mixtes, qui était intra-articulaire en avant, extra-articulaire en arrière, car la capsule s'insère plus en dehors, en avant qu'en arrière.

A. **Le trait.** — Les belles recherches de MM. Pierre Delbet et Basset ont modifié complètement la question. Il existe pour ces auteurs deux groupes principaux :

1° Les fractures cervicales vraies [C. V.] (I, fig. 1).

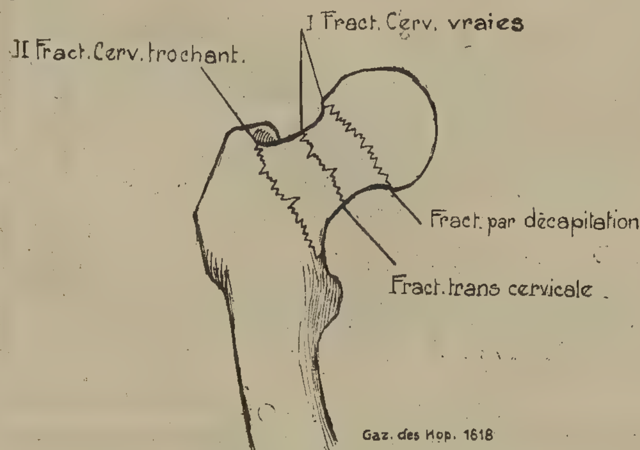


Fig. 1. — *Schéma des fractures du col du fémur.*

2° Les fractures cervico-trochantériennes [C. T.] (II, fig. 1).

I. Fractures cervicales vraies (C. V.). — *a*. Les unes sont des fractures *sous-capitales* ou par décapitation quand le trait passe à l'union de la tête et du col.

b. Les autres sont *transcervicales*, le col étant divisé à sa partie moyenne.

II. Fractures cervico-trochantériennes (C. T.). — On les appelle aussi basi-cervicales; le trait est à la limite du col et du grand trochanter; mais il peut glisser plus en dehors, en plein massif trochantérien.

B. **Etude des fragments et du déplacement.** — I. Fractures cervicales vraies (C. V.). — Dans cette variété, il existe deux fragments, denses et durs, qui ne se pénètrent jamais, bien qu'ils soient quelquefois engrenés.



Fig. 2. — *Fracture cervicale vraie.* — La rotation externe est peu marquée; il existe une tumeur à l'aine (signe de Laugier); ascension du fémur et raccourcissement du membre, corrigible par traction manuelle (signe du ressaut quand on cesse). Le raccourcissement primitif est faible (2 centimètres), mais il augmente secondairement jusqu'à 4 et 6 centimètres; adduction.

Le fragment externe, attiré en haut et en arrière par les muscles pelvi-trochantériens, subit un mouvement d'ascension qui explique le raccourcissement (fig. 2).

De ce fait l'affrontement n'existe plus. Avec ce non-affrontement, il existe de la mobilité fragmentaire.

La vascularisation médiocre du fragment interne suffisante cependant par l'artère du ligament rond qui empêche la tête de se nécroser comme l'a montré Basset; l'interposition capsulaire peut-être, et surtout le faible pouvoir ostéogénique du col fémoral dont le moignon cervical externe s'use par raréfaction osseuse et finit par se résorber en laissant une surface lisse, mamelonnée et dure; toutes ces causes rendent la formation du cal difficile, d'où la pseudarthrose si fréquente de ces fractures quand le traitement n'amène pas une coaptatation des surfaces osseuses et les laisse abandonnées à leur sort comme on le faisait jusqu'ici.

II. Fractures cervico-trochantériennes (C. T.). — Cette variété de fracture du col est souvent à plus de deux fragments; le troisième étant détaché de la face postérieure du grand trochanter; plus rarement un autre fragment est constitué par le petit trochanter [fracture cervico-bitrochantérienne (fig. 5)].

On peut donc distinguer quatre groupes dans cette deuxième variété :

1° Fracture C. T. à deux fragments; fracture type (fig. 3 et 4).

2° Fracture C. T. à trois fragments, le troisième étant détaché de la face postérieure du grand trochanter.



Fig. 3. — *Fracture cervico-trochantérienne.* Rotation externe.

3° Fracture cervico-bitrochantérienne à trois fragments, le troisième comprend la face postérieure du grand trochanter, plus le petit trochanter.

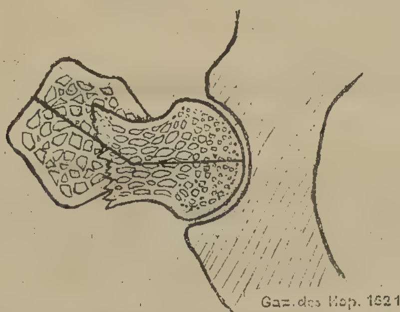


Fig. 4. — *Fracture cervico-trochantérienne, vue sur une coupe, angle du col à sinus postérieur.* — Pénétration surtout postérieure des fragments. Grand trochanter élargi; raccourcissement de la face postérieure du col; adduction, rotation externe très accentuée. Raccourcissement primitif important (3 à 4 centimètres), mais fixe et incorrigible.



Fig. 5. — *Fracture cervico-trochantérienne à quatre fragments.* — Pénétration du fragment externe par l'interne, plus forte à la partie inférieure du col.

4° Fracture cervico-trochantérienne à quatre fragments, chaque trochanter étant isolé (fig. 5).

Dans les fractures cervico-trochantériennes, il y a presque toujours pénétration : le col pénètre dans le fragment externe atteint d'ostéoporose sénile. Cette pénétration est plus marquée en *arrière* et en *bas* (fig. 3 à 5), d'où raccourcissement de la face postérieure du col fémoral et rotation externe de la cuisse; de plus, l'angle d'inclinaison du col (angle que fait le col sur la diaphyse qui est en moyenne de 128 à 130 degrés) se rapproche de l'angle droit.

C. **Siège suivant l'âge.** — *A.* Chez les adultes. — P. Delbet a montré que l'on observe la moitié des fractures du col chez les adultes (1); et l'on voit chez eux surtout des fractures cervicales vraies.

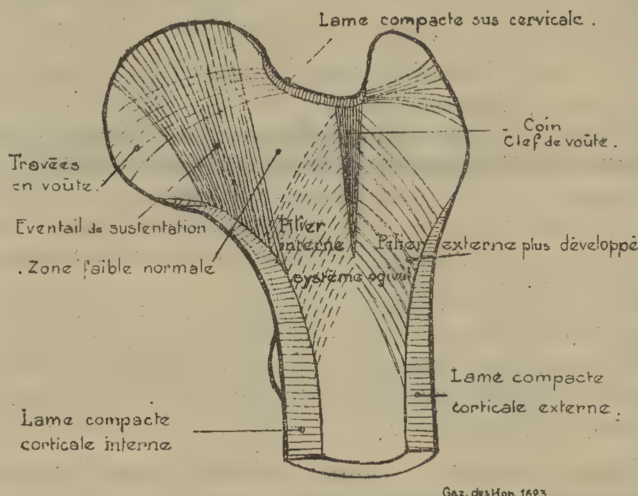


Fig. 6. — *Architecture de l'extrémité supérieure du fémur,* d'après P. Delbet et Basset.

En effet, l'étude de l'architecture du col montre chez l'adulte l'existence d'un point faible en plein col, près de la tête. Il existe, en effet, à ce niveau un espace vide entre les travées osseuses de l'éventail de sustentation qui occupe la tête fémorale et le pilier interne du système ogival (fig. 6).

B. Chez les grands vieillards, on observe surtout des fractures cervico-trochantériennes d'après Delbet. En effet, la raréfaction sénile des travées osseuses se produit chez le vieillard, surtout dans le massif du grand trochanter, à la base du col dans le système ogival externe où de véritables géodes se creusent. C'est à ce niveau que se produit la fracture.

De plus, à la base de l'éventail, l'implantation de son manche sur la lame compacte interne, ce que l'on est convenu d'appeler l'éperon de Merckel, partie très solide, effondre les géodes et s'enfonce dans le massif du grand trochanter; elle s'enfonce davantage en arrière qu'en avant parce que la face postérieure du col ne possède pas comme la face antérieure une lame compacte résistante.

Traitement. — On doit chercher d'abord à éviter les complications immédiates qui sont la bronchopneumonie par hypostase et les escarres sacrées ou fessières, et qui entraînent souvent la mort chez le vieillard.

Puis on s'efforcera d'éviter les résultats défectueux : attitudes vicieuses en coxa vara ou coxa

(1) Cette opinion n'est pas partagée par tous les auteurs ; personnellement, nous n'avons vu des fractures du col du fémur que chez des vieillards.

valga, pseudarthroses, arthrite déformante et ankylose.

Classification des méthodes. — *A.* MÉTHODES NON SANGLANTES. — 1° *Extension continue* avec l'appareil de Tillaux ou avec celui d'Hennequin (en abduction); ou bien extension dans une gouttière de Bonnet articulée.

Ces procédés sont insuffisants et incapables d'amener les fragments au contact. On sait que pour abaisser le grand trochanter chez un sujet anesthésié il faut 80 kilogrammes.

2° *Méthode de Lucas-Championnière.* — Dans cette méthode on ne se préoccupe pas de la réduction de la fracture; on pratique simplement le massage, la mobilisation précoce, et l'on ordonne la marche le quinzième jour.

3° *Grand plâtre en abduction.* — La réduction est faite sous anesthésie générale et l'on immobilise dans un grand appareil plâtré en abduction forcée et rotation interne ; c'est la méthode de Royal Whitman (*Soc. de chir. de New-York,* 8 avril 1908).

A cette méthode américaine nous ajouterons la manière de Judet qui fait le plâtre en flexion et abduction de la hanche ; et celle de Ruth très en faveur en Amérique.

B. MÉTHODE SANGLANTE. — C'est l'enchevillement (sans arthrotomie) de Pierre Delbet, à l'aide d'une vis d'acier ou d'os mort.

Les interventions avec arthrotomie (résection de la tête fémorale, suture, vissage, greffe) sont à rejeter, surtout chez le vieillard.

Du choix de la méthode. — *A.* **Fractures cervicales vraies des adultes et des enfants.** — Les mauvais résultats obtenus, aussi bien chez les adultes que chez les vieillards, par la méthode classique de l'extension à la Tillaux, ou par celle de Lucas-Championnière, trouvent leur excuse dans l'âge du malade, dans la vascularisation moins bonne du fragment interne et dans les dangers de l'anesthésie générale, de l'immobilisation prolongée et de la pneumonie hypostatique.

En réalité, c'est l'insuffisance du traitement qui doit être incriminée ; une fracture du col du fémur correctement réduite et immobilisée le temps voulu doit se réparer comme une autre fracture.

Deux méthodes sont en faveur en Amérique : celle de Royal Whitman et celle de Ruth-Maxwell (extension continue avec traction latérale).

MÉTHODE DE ROYAL WHITMANN, GRAND APPAREIL PLATRÉ EN ABDUCTION ET ROTATION INTERNE. — Pour obtenir un cal osseux, il faut une bonne mise au contact des fragments et un bon maintien de la coaptation par l'immobilisation dans un appareil plâtré en abduction et en rotation interne. Cet appareil rappelle celui que l'on applique dans la seconde position de réduction des luxations congénitales de la hanche.

En effet, l'abduction de la hanche à 50 degrés, unie à la rotation interne de la cuisse, permet la coaptation des fractures cervicales, qu'elles soient sous-capitales ou transcervicales, c'est ce que montrent les figures 7 et 8.

Grâce à cette position d'abduction les muscles pelvitrochantériens qui portaient en haut et en dehors le segment externe sont relâchés; le psoas et les adducteurs sont tendus ainsi que la partie inférieure de la capsule articulaire, et ils appliquent les deux surfaces osseuses cruentées l'une sur l'autre, maintenant ainsi la coaptation. Enfin le grand trochanter accroché au sourcil cotyloïdien ne peut plus remonter (fig. 7 et 8).



FIG. 7. — *Fracture du col du fémur* (C. V.). — Ascension du grand trochanter, non correspondance des fragments, action des muscles sur le déplacement (d'après Whitman).



FIG. 8. — *Fracture du col du fémur* (C. V.). — L'abduction forcée du membre permet la mise au contact des surfaces fracturées, le relâchement des muscles et la fixation des fragments par le psoas (d'après Whitman).

Whitman applique la même méthode qu'il y ait ou non engrènement.

Technique du spica plâtré en abduction. — Endormez le malade (ou anesthésie épidurale) et placez-le sur un pelvi-support.

Un aide porte la cuisse *saine* en extension et abduction maxima pour bien immobiliser le bassin, le col butant contre le sourcil cotyloïdien.

Un autre aide *fléchit* légèrement le *membre fracturé* en le portant *en rotation interne maxima;* puis

il *tire* fortement et le porte en *abduction forcée* tout en maintenant la rotation interne et l'extension. Donc rotation interne, traction et abduction forcée. Le chirurgien refoule en bas le grand trochanter, au-dessous de la ligne de Nélaton-Roser. Cotton en plus frappe avec un maillet de bois garni de feutre sur la face externe du grand trochanter pour réaliser l'engrènement artificiel des fragments.



Fig. 9. — *Fracture du col.* — Appareil plâtré maintenant le membre en abduction forcée et rotation interne et permettant la marche avec des béquilles (Whitman).

Il ne reste plus qu'à appliquer dans cette position un grand spica plâtré comprenant l'abdomen, le bassin et le membre inférieur jusqu'aux orteils. Déprimez le plâtre au niveau des crêtes iliaques et au-dessus du grand trochanter pour empêcher qu'il ne remonte.

Le malade peut marcher avec des béquilles deux ou trois jours après, il garde l'appareil de huit à douze semaines. Si la consolidation est insuffisante à l'ablation de l'appareil, appliquez-en un second.

Il peut aussi rester au lit, s'asseoir, changer de position, changer de côté, se tourner sur le ventre. On prendra la précaution d'élever fortement la tête du lit et de caler le dos avec des coussins; tout cela pour lutter contre l'hypostase pulmonaire.

Dans les fractures intracapsulaires l'union osseuse est assurée et la fonction bonne dans 89 p. 100 des cas; la proportion est de 94,9 p. 100 dans les fractures extra-capsulaires. (R. Whitman. *The journ. of orthop. chir.*, 1920, t. II, n° 10, p. 547.) Pour cet auteur il faut huit à douze semaines de plâtre; puis massage, mobilisation progressive et lever avec des béquilles; le malade sera autorisé à marcher seul au sixième mois.

Cela fait en somme environ deux mois d'appareil plâtré; puis pendant quatre à cinq mois il est bon de faire porter un appareil orthopédique de soutien prenant point d'appui sur l'ischion, par exemple, une attelle de Thomas dont l'anneau supérieur est bien matelassé; le talon du côté sain étant surélevé et le malade utilisant des béquilles.

En effet le col ne doit pas supporter le poids du corps avant le sixième ou le septième mois qui suit la fracture (R. Whitman); cela pour éviter les incurvations secondaires du col.

Ce traitement préconisé d'abord chez l'enfant, puis chez l'adulte et le vieillard, jouit d'une grande faveur en Amérique où l'enchevillement a perdu peu à peu du terrain; il peut être considéré comme la méthode de choix dans toutes les variétés de fracture du col du fémur et à tout âge. (Lance, *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 22.)

La durée du traitement peut d'ailleurs varier suivant les cas; Barbarin (*Soc. de méd. de Paris*, 11 nov. 1921) vient de présenter quelques cas de fractures du col du fémur chez des octogénaires (82, 84, et 88 ans) qui ont bien guéri par l'appareil plâtré en abduction, pendant quatre à huit semaines; marche, massage, mobilisation ensuite.

Henderson désengrène les fragments et emploie le plâtre en abduction qui réduit très bien le déplacement.

Appareil platré en flexion et abduction de la hanche. — La méthode de R. Whitman utilisait l'appareil plâtré de la seconde position de la réduction de la luxation congénitale de la hanche.

Judet (*Paris chir.*, 1921, p. 70) et nous-même à sa suite, avons obtenu d'excellents résultats chez les gens âgés en utilisant la manœuvre de la réduction de la luxation congénitale de la hanche et en immobilisant la hanche dans la position du premier appareil plâtré (fig. 10).

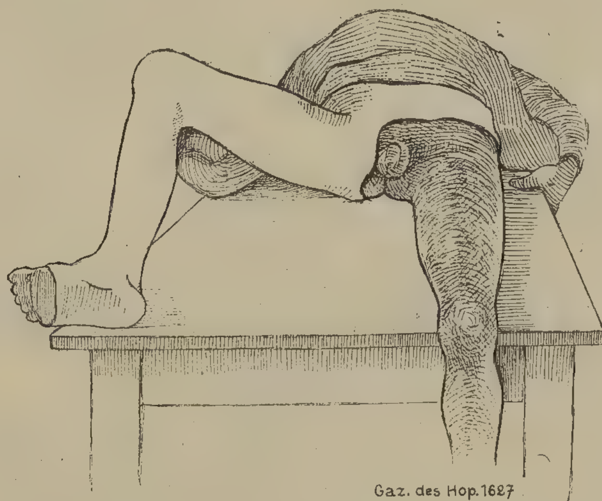


Fig. 10. — *Position de réduction de fracture du col du fémur en flexion et abduction de la hanche maintenue par un appareil plâtré.*

L'anesthésie est obtenue, soit par les anesthésiques généraux, soit par la cocaïne locale, soit par l'*injection épidurale de Cathelin*, ou simplement on se contente de faire une injection de morphine chez les sujets âgés.

On place la cuisse en flexion à 90 degrés sur le bassin, puis en abduction extrême pendant que l'on exerce une pression d'arrière en avant sur le grand trochanter. Dans cette position le col va presser fortement à l'entrée de la cavité cotyloïde comme s'il voulait y pénétrer; c'est là que se trouve préci-

sément le fragment interne ; dans ces conditions, le contact intime entre les surfaces fracturées paraît devoir s'établir (Judet).

Application d'un grand appareil plâtré après un ouatage soigné. Cette position transversale donnée à la cuisse transforme l'action des muscles pelvi-trochantériens et des muscles longs étendus du bassin à la cuisse; au lieu de tirer verticalement sur le fémur et de le faire remonter, ces muscles tirent dans le plan horizontal et leur action n'a plus d'autre effet que de presser le col contre le cotyle, c'est-à-dire contre le fragment interne; la réduction, si elle existe, a donc toute chance d'être stable sous la condition qu'un bon spina plâtré maintiendra l'attitude du fémur (Judet). L'appareil comprend le bassin, la cuisse et peut s'arrêter à mi-jambe. Le malade peut s'asseoir dans son lit, la jambe pendante ; il peut dormir demi-assis et se lever dans un fauteuil.

On enlève le plâtre du cinquantième au soixantième jour, massage, mobilisation ; ne permettre l'appui de la jambe sur le sol qu'après le troisième mois. Dans quelques cas, Judet a pu vérifier pour des fractures cervicales l'existence de la consolidation osseuse.

Méthode de Ruth-Maxwell. — Ce procédé, utilisé par des chirurgiens américains, utilise une double extension continue, l'une dans le sens de la longueur du membre, l'autre dans le sens transversal.

Il est nécessaire d'avoir à sa disposition de fortes bandes de diachylon, ou des bandelettes adhésives, ou mieux encore des bandes de toile qu'on appliquera après les avoir enduites d'une colle appliquée, sans rasage du membre. Une bonne formule est la suivante (colophane, 50 grammes; alcool à 90 degrés, 50 grammes; térébenthine de Venise, 5 grammes; benzine, 25 grammes; s'emploie à froid).

Il faut aussi deux poulies avec une courte gouttière en carton, concave, que l'on applique sur la face interne de la cuisse pour éviter la compression des vaisseaux fémoraux.

Les deux pieds du lit seront surélevés : celui du côté blessé sera surélevé de 30 centimètres, celui du côté sain de 20 centimètres; la tête du lit sera surélevée du côté blessé de 10 centimètres.

Une traction latérale est instituée et enlevée au bout de quatre semaines; la traction longitudinale est enlevée à la huitième semaine. Puis le malade se lève avec des béquilles dont il se sert jusqu'au huitième ou dixième mois après l'accident.

Peckham traite aussi les fractures du col par l'extension continue; il applique d'abord une traction avec contre-extension jusqu'à ce que le membre soit réellement un peu plus long que le membre sain. On y arrive après dix à quatorze jours de traction. La radiographie montre bien le fragment externe descendu un peu au-dessous de l'interne. Quand le malade marchera, le fragment externe a tendance à remonter; s'il est au-dessous de l'interne, au lieu de basculer en crosse, il a tendance à redresser encore le col.

Une fois le fragment externe abaissé, sans abduction notable, on fait de la rotation interne forcée du membre qui coapte exactement les fragments, et on la maintient à l'aide d'une grande attelle externe allant de l'aisselle au pied, sur laquelle la jambe est maintenue en rotation interne par trois bandes adhésives. Bien entendu on ne cesse pas l'extension continue. L'auteur a presque toujours obtenu des cals osseux. (Lance. *Gaz. des hôpit.*, 1922, p. 503.)

B. **Fractures cervicales vraies chez les sujets âgés.** — Chez les malades âgés traités par la méthode de Lucas-Championnière, la pseudarthrose est fatale, aussi y a-t-il place pour une méthode plus scientifique, celle de l'*enchevillement*, sans arthrotomie, de Pierre Delbet, vulgarisée par ses élèves Marchak et Basset.

L'*enchevillement* nécessite le contrôle radiographique et un appareillage spécial.

a. On repère par la radiographie le centre de la tête fémorale qu'on marque sur la peau de la région inguino-crurale.

b. Sous l'anesthésie générale on réduit la fracture par l'extension continue appliquée sur les deux membres inférieurs mis en rectitude et au contact.

c. Incision verticale sur le grand trochanter et perforation avec une mèche (guidée par un appareil qui lui donne la bonne direction) du grand trochanter, du col et de la tête. Aubourg recommande de perforer sous le contrôle de l'écran.

d. Introduction d'une vis d'acier argenté de 6 millimètres de diamètre et longue de 7 à 9 centimètres.

e. Suture sans drainage et application de l'appareil ambulatoire de Delbet sur la cuisse et la jambe, afin de permettre la marche au bout de quelques jours pour éviter les escarres et les accidents pulmonaires.

Les résultats de cette méthode sont excellents, il se fait un col osseux solide. Malheureusement son application est délicate, elle réclame un matériel spécial, un chirurgien entraîné à la pratiquer, un contrôle radiologique à la bonnette pendant l'intervention; enfin on a signalé même des erreurs dans la direction de la vis. Lance (*Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 22), nous donne une bonne étude critique de la méthode et de ses difficultés. On conçoit donc qu'elle ne puisse entrer dans la pratique journalière, pour laquelle le traitement orthopédique offre toute facilité : méthode de Whitman, ou méthode de Judet.

C. **Fractures cervico-trochantériennes chez l'adulte.** — Nous savons que dans cette variété de fracture il y a presque toujours engrènement, le col du fémur ayant pénétré dans le fragment externe ou trochantérien. Pour obtenir une bonne mise en place des fragments il ne faut pas craindre de réduire le déplacement; pour cela, la manœuvre de Royal Whitman, par la rotation interne et la mise en abduction du membre, nous offre un procédé d'exécution facile; on immobilisera ensuite à l'aide de l'appareil plâtré que nous avons étudié et en suivant les mêmes règles de position et de durée.

Pierre Delbet utilise son appareil ambulatoire de la fracture de la diaphyse fémorale; il prend cependant la précaution de placer la tige externe de l'appareil sur la crête iliaque, et non plus sur le grand trochanter.

D. **Fractures cervico-trochantériennes chez le vieillard.** — Il est inutile d'insister sur les dangers de l'immobilisation prolongée au lit, que tout le monde connaît; il faut donc faire lever ces malades le plutôt possible, ou tout au moins les faire changer de position et leur permettre de s'asseoir.

Lucas-Championnière recommandait de les faire lever du dixième au quinzième jour; on soutient le malade d'abord, puis on le fait marcher seul en poussant une chaise devant lui, puis avec des béquilles. Cet auteur conseillait de ne pas s'occuper de la réduction de la rotation externe qu'il considé-

rait comme négligeable, la rotation du pied en dehors se corrigeant plus tard spontanément.

La réduction et l'enchevillement de Pierre Delbet (sans arthrotomie) a donné de bons résultats à cet auteur et à ses élèves, la marche est permise quelques jours après avec l'appareil ambulatoire de cuisse et de jambe.

Whitman, Cotton et bien d'autres ont obtenu des résultats excellents par leur manœuvre et leur appareil pâtré; mêmes bons résultats par la méthode de Judet. La méthode orthopédique, exposée plus haut, nous offre donc de précieuses ressources.

E. **Pseudarthroses et fractures vicieusement consolidées.** — Il n'y a dans le cas de pseudarthrose du col du fémur, aucune hésitation possible; si le sujet n'est pas trop âgé, la méthode d'enchevillement de Pierre Delbet nous offre toute garantie; on enfonce à travers le col, non plus une vis métallique, mais un fragment dépériosté du péroné du malade, c'est une véritable auto-greffe, on applique l'appareil ambulatoire de cuisse, et la marche est permise au quinzième jour; Pierre Delbet utilise aussi des fragments d'os de bœuf (os tué par l'alcool).

Autres méthodes : appareil prothétique pour maintenir la hanche ; résection de la tête fémorale avec implantation du col dans le cotyle, suture osseuse avec arthrotomie. Bien entendu, ces opérations, importantes sont contre-indiquées chez les malades âgés.

Les *fractures vicieusement consolidées* chez l'adulte et chez l'adolescent, surtout la coxa vara, réclament une intervention qui est l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne; puis on immobilise en hypercorrection à l'aide du grand plâtré en position de Whitman.

De même, s'il y a ankylose, ou productions ostéophytiques douloureuses de l'arthrite déformante, il pourra être indiqué de réséquer la tête fémorale.

F. **De quelques autres variétés.** — Nous avons en vue, dans cet article, les fractures du col de fémur. Nous laisserons donc de côté les autres variétés de fracture de l'extrémité supérieure du fémur. Ce sont :

Les fractures isolées de la tête fémorale;
Immobilisez avec extension continue s'il existe des douleurs, puis massez).

Les fractures du grand trochanter;
Immobilisez en abduction et rotation externe par extension continue ou par plâtré, vissage s'il y a lieu.

Les fractures du petit trochanter;
Immobilisez la cuisse en flexion et rotation interne légère avec des coussins de sable, massage.

Les fractures trans ou intratrochantériennes;
Extension continue, deux mois, en forte abduction (appareil d'Hennequin, suspension américaine).

Les décollements épiphysaires de la tête chez l'enfant et l'adolescent.

Ces derniers, qui sont loin d'être rares, sont voisins des fractures du col par décapitation. On sait que la tête fémorale se soude au col, à l'âge de dix-neuf ans. Ils sont purs ou mixtes, complets ou incomplets (le plus souvent). Si la consolidation est vicieuse, il survient une coxa vara traumatique juxta-capitale.

Chez l'enfant, les fractures basi-cervicales sont les plus fréquentes, jamais on n'observe de pénétration.

Employez chez eux, la méthode de Withman (1), la réduction sous chloroforme et le grand plâtré en abduction forcée et rotation interne, qui sera laissé huit semaines. Pendant six mois, le malade ne devra pas prendre point d'appui sur le membre fracturé.

Les *décollements incomplets du col*, surtout dans le bas-âge, déterminent l'affaissement progressif du col, dont l'angle d'inclinaison se ferme, d'où coxa vara traumatique, caractérisé par l'adduction et la rotation externe du membre; on note aussi du raccourcissement, l'ascension du grand trochanter et sa saillie externe plus marquée; la limitation des mouvements d'abduction, de rotation interne et de flexion, et une claudication rappelant dans certains cas la démarche de la luxation congénitale de la hanche.

L'ostéotomie sous-trochantérienne est le procédé de choix dans la plupart des cas.

(1) S'il y a irréductibilité, la tête ayant basculé en arrière et en bas : reposition sanglante.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 21 JUIN 1922)

Injections de sérum dans les articulations. — M. Louis Bazy revient sur cette question qu'il a déjà traitée devant la Société. De nouvelles observations, il résulte qu'après trois ou quatre injections celles-ci deviennent de nouveau très douloureuses et difficilement tolérées. Il estime qu'il faut alors les cesser et revenir à l'intervention chirurgicale, si elles n'ont pas donné de résultats.

Péricardite hémorragique, péricardotomie. — M. Jacob fait un rapport sur une très intéressante communication de deux médecins de l'armée, MM. Mouchet et Maniel (de Constantinople). Il s'agit d'un homme qui entre à l'hôpital le 21 octobre 1921 pour une bronchite aiguë, mais la température s'élève, le pouls devient fréquent et on constate un foyer de condensation pulmonaire, puis du frottement péricardique. Une ponction péricardique amène un liquide hémorragique; en même temps apparaissent des signes de tuberculose pulmonaire. Vingt-deux jours après le début des accidents, on pratique une péricardotomie; on trouve un péricarde épais et on donne issue à plus d'un litre de sang. Au fond de la cavité, on aperçoit le cœur qui présente une coloration foncée; fermeture complète de la paroi péricardique, drainage, injections de sérum glucosé, suites bonnes, guérison opératoire. Mais l'évolution tuberculeuse suit son cours, la dyspnée reparaît et la malade succombe. A l'autopsie, on constate une réunion parfaite et complète des parois péricardiques très épaisses et des lésions avancées de tuberculose dans les poumons et le foie. Le malade a succombé à une tuberculose miliaire généralisée. Pas de lésions tuberculeuses au péricarde ni dans le tissu cellulaire propéricardique. Mais l'autopsie a permis de constater un nouveau succès de la péricardotomie dans un cas de péricardite hémorragique.

Chirurgie des voies biliaires. — M. Cunéo intervient dans la discussion pendante pour appeler l'attention sur les erreurs assez fréquentes que l'on commet relativement au véritable siège du ou des calculs. Il peut ainsi arriver que dans la dissection des adhérences on coupe un des canaux déviés ou

déplacés. Il faut donc y porter la plus grande attention quand on pratique la cholécystectomie rétrograde.

M. ALGLAVE n'a pas eu à se louer de ce procédé. Il l'a abandonné et il est revenu au vieux procédé de son maître Terrier.

Plaies artérielles. — M. MOCQUOT insiste sur la gravité des plaies des gros troncs artériels des membres. Quand il s'agit d'une plaie latérale on peut tenter la suture. Quand la section de l'artère est complète, la ligature des deux bouts est préférable. Sans doute il y a toujours à craindre la gangrène. Des faits qu'il a observés, M. Mocquot croit pouvoir conclure que la ligature immédiate exposerait plus à la gangrène que la ligature retardée. Il apporte des exemples à l'appui de cette manière de voir. M. Mocquot envisage successivement les complications de l'hématome, les troubles circulatoires immédiats, l'hypotension artérielle comparativement à la tension du côté sain, les dangers de l'infection, etc.

M. Mocquot attache beaucoup d'importance à l'examen de la tension artérielle. Quand il s'agit d'une intervention immédiate, il pense qu'on peut tenter la suture. Il insiste également sur les résultats éloignés, sur les troubles nerveux consécutifs. Il cite des exemples de paralysie radiale à la suite de la ligature de l'axillaire. Il semble, d'après tous ces faits, que les indications de la suture se feraient de plus en plus rares.

M. PICQUÉ entend surtout parler de la suture. Il rappelle les travaux et les observations de Demoulin, de Morestin en 1900, les faits de Gérard-Marchand, de Ricard. M. Picqué s'étonne de la rareté exceptionnelle de la suture dans les cas de section totale des grosses artères; on semble ne la réserver qu'aux plaies latérates. Il faut, à cette suture des artères, une étanchéité parfaite, car la récidive de l'hémorragie serait extrêmement dangereuse.

D'une façon générale, ajoute M. Picqué, nous sommes restés fidèles à la ligature, avec, le plus souvent, des résultats parfaits. Le rétablissement de la circulation se fait très rapidement, grâce à la richesse des anastomoses collatérales. La radiographie confirme les bons résultats obtenus.

M. Picqué a observé un cas de gangrène à la suite d'une suture. Il a vu aussi survenir des accidents graves de gangrène à la suite de la ligature des deux bouts de l'artère axillaire, accidents ayant nécessité la désarticulation du coude, puis la désarticulation de l'épaule. Dans ces cas, il se fait généralement un épanchement sanguin considérable qui, comprimant les vaisseaux, empêche la circulation collatérale de s'établir.

En résumé, M. Picqué conclut à la supériorité de la ligature sur la suture dans la majorité des cas.

M. LAPOINTE revient sur les accidents résultant des plaies artérielles, les épanchements sanguins nécessitant la ligature des collatérales ou un tamponnement, la mortification à distance, les troubles fonctionels. Il est certain, dit-il, qu'une artère réparée vaut mieux qu'une artère ligaturée. M. Lapointe apporte au débat plusieurs observations, l'une, entre autres, de suture de plaie latérale de l'artère axillaire et de double ligature sur l'artère sous-clavière rompue par suite d'une traction trop forte faite sur le fil d'attente qui avait été posé sur cette artère. Il s'est aussi appliqué à observer les résultats éloignés de la suture et de la ligature.

M. PROUST insiste sur les accidents particuliers, parfois effroyables qui peuvent suivre la ligature de l'axillaire. Pour tous les autres vaisseaux la ligature donne généralement de bons résultats.

M. MATHIEU apporte un cas de quadruple ligature des artère et veine poplitées qui lui a donné un très bon résultat, mais avec des troubles fonctionnels de la jambe qui ont persisté longtemps.

M. DELBET rappelle avoir traité déjà toutes ces questions il y a fort longtemps.

Traitement de l'arthrite gonococcique par les injections de sérum antigonococcique. — M. MICHON présente une malade qui était atteinte d'une arthrite grave, aiguë, gonococcique. Il l'a traitée par quatre injections intraarticulaires de sérum antigonococcique à la dose de 10 centimètres cubes. Une amélioration immédiate est survenue, puis après la quatrième injection la fièvre a reparu et les douleurs sont revenues. Immobilisation plâtrée pendant trois semaines, ensuite mobilisation et guérison à peu près complète, avec une légère impotence fonctionnelle et une limitation des mouvements de l'articulation du genou.

M. AUVRAY présente également une malade qu'il a traitée, avec succès, par la sérothérapie antigonococcique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 JUIN 1922)

La diminution des hématoblastes dans les affections hépatiques. — MM. P. EMILE-WEIL, BOCAGE et ISCH-WALL. Parallèlement aux prolongations du temps de saignement et irrétractilité du caillot déjà décrites, les auteurs signalent une diminution notable des hématoblastes au cours des affections hépatiques. Sur les vingt cas rapportés, l'abaissement était dix-huit fois au-dessous du taux de 160.000, dans deux cas seulement le chiffre était supérieur et approchait de la normale. Cette diminution a été observée en dehors de toute hémorragie.

L'émiettement et la redissolution aseptique du caillot chez les hépatiques. — MM. P. EMILE-WEIL, BOCAGE et ISCH-WALL décrivent tout d'abord l'émiettement et le télescopage du caillot, puis ils donnent une technique simple permettant d'observer aisément les modifications tardives du caillot; on recueille le sang aseptiquement dans une petite fiole d'Erlenmeyer penchée, puis remise à plat après coagulation; on recouvre d'huile de paraffine et on met à l'étuve. On suit pendant quelques jours et on note le degré d'adhérence au verre du caillot et sa redissolution. Chez les hépatiques, en général, le caillot se décolle rapidement (souvent en quarante-huit heures) et subit une redissolution notable. Deux causes d'erreur sont à prendre en considération : la dessication du bord supérieur du caillot, et la formation d'une couenne fibrineuse par sédimentation des globules.

M. Ph. PAGNIEZ. Ces recherches, pour être entièrement démonstratives, doivent être effectuées à la température fixe de 37 degrés.

Une méthode simplifiée d'inclusion à la paraffine. — M. LIMOUSIN présente une nouvelle méthode simplifiée d'inclusion à la paraffine, dont le principe consiste à déshydrater les pièces sans le secours de l'alcool. Il s'adresse à un déshydratant solide, le sulfate de cuivre anhydre mélangé à l'acétone. De cette façon, les manipulations et le matériel sont réduits au minimum, un seul flacon suffit à assurer en même temps la déshydratation et la pénétration par un salvant de la paraffine.

Sur la recherche de l'urobiline dans le sang et dans la bile. — MM. Marcel BRULÉ et Charles WEISSMANN. Lorsque, pour rechercher l'urobiline dans le sang où elle n'existe toujours qu'en faible quantité, on emploie des procédés complexes d'extraction, loin d'obtenir une plus grande sensibilité, on peut ou perdre ou détruire une partie du pigment.

Les auteurs préfèrent employer le procédé simple préconisé depuis longtemps par Schlesinger et employé depuis par plusieurs auteurs, mais avec une technique encore critiquable, puisque leurs résultats positifs sont beaucoup plus rares que les leurs.

Les auteurs ajoutent à 2 centimètres cubes de sérum 2 volumes d'alcool à 96 degrés et une petite quantité d'acétate de zinc en poudre; après filtrations répétées on voit très aisément la fluorescence caractéristique. Ce procédé est beaucoup plus sensible que celui qui a été préconisé par Grigaut. Il leur a permis de déceler l'urobilinémie dans presque tous les cas où il existait une forte urobilinurie; cirrhoses, cancers, foie cardiaque, insuffisances hépatiques de causes diverses, ictères hémolytiques.

La dialyse du sérum en sacs de collodion n'est pas un bon procédé de recherche de l'urobilinémie, le pigment étant peut-être absorbé par les albumines du sérum.

Par contre, la dialyse se montre une excellente technique pour déceler la présence de l'urobiline dans la bile.

Recherches expérimentales sur la perméabilité cellulaire. Perméabilité de la cornée de l'œil vivant. — MM. W. Mestrezat, P. Girard et V. Morax. La cornée, recouverte sur sa face externe par l'épithélium stratifié du bulbe et sur sa face interne par l'endothélium de la chambre antérieure de l'œil, constitue une double barrière épithélio-endothéliale que l'on peut utiliser pour l'étude de la perméabilité cellulaire.

Les essais de perméabilité de dehors en dedans montrent, par des techniques d'analyse fine, que les deux ions d'un même électrolyte ne traversent pas, en un temps donné, la cornée en quantités chimiquement équivalentes. Les rapports anion : cation trouvés varient de 2 : 0,03 à 2 : 0,54 pour le nitrate de calcium et de 1 : 0,38 à 1 : 0,65 pour le sulfate de magnésium, dans les conditions expérimentales réalisées par les auteurs. Ces chiffres posent la question de la nature ionique de la perméabilité cellulaire et de son caractère sélectif que les auteurs aborderont dans une prochaine note.

Du mode d'action de certaines substances considérées comme agents antichoc. Action comparée de la choline. — M. J. Gautrelet. L'injection préalable de choline, excitant parasympathique quinze minutes auparavant, tout comme celle d'argent colloïdal ou de peptone, empêche le complexe thionine nigrosine introduit par l'auteur en physiologie comme réactif vaso-moteur, de manifester son action hypotensive normale. L'immunité temporaire au choc observée par les auteurs, à la suite d'injections de peptone ou d'argent colloïdal, se trouve donc expliquée de façon précise par les réactions vaso-motrices, d'origine parasympathique, qui s'opposent durant vingt-quatre heures au moins à toute chute de pression, symptôme cardinal du choc.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 26 juin. — Jury : MM. Broca (Auguste), président; Letulle, Bernard et Couvelaire. — M. Bove (Charles). Considérations sur la mortalité du cancer chez le vieillard. — M. Lefai (André). Tuberculose du maxillaire inférieur. — M. Yver (Maurice). Contribution à l'étude des embolies. — M. Boissel (Abel). Lésions et évolution de l'œdème du col au cours de l'accouchement. — Mlle Ponsolle (Jeanne). De l'organisation d'un centre départemental de puériculture. — M. Grégoire (Henri). Les procédés actuels de dératisation par les gaz toxiques. — M. Boizy (Yves). Contribution à l'étude de la maternité et de l'enfance.

Mardi 27 juin. — Jury : MM. de Lapersonne, président; J.-L. Faure, Lejars et Cunéo. — M. Leboucher (Marcel). Des contusions du globe oculaire. — M. Deschamps (Jean). Les injections très hypertoniques de chlorure de sodium dans la rétine. — M. Auneau (Jean). Contribution à l'étude anatomique et clinique de la sténose chez le vieillard. — M. Poissonnier (Jules). Traitement des pancréatites aiguës. — Mme Guinier (Marie). Pathogénie de l'ovarite sclérokystique.

Jury : MM. Gilbert, président; Bezançon, Rathery et Villaret. — M. Lucy (André). Diagnostic radiologique de l'éventration du diaphragme. — M. Delage (Paul). Contribution à l'étude des troubles rénaux par les sels de bismuth. — M. Vérin (Charles). Etude comparée et anatomie pathologique des poumons tuberculeux (pièces anatomiques).

Jury : MM. Jeanselme, président; Carnot, Sergent et Philibert. — Mme Chartier. Contribution à l'étude du traitement de l'encéphalite épidémique. — M. Aymard (Marc). Sur quelques faits concernant la bactériothérapie. — M. Signeux (Henri) Contribution à l'étude des intoxications carnées. — M. Moineau (Jules). Essai sur la pathologie du territoire du Tchad. — Mlle Lecharny (Cécile). Le traitement de la syphilis héréditaire du nouveau-né. — M. Piéri (Jean). Le vitiligo chez les addisonniens.

Jeudi 29 juin. — Jury : MM. Marfan, président; Nobécourt, Demelin et Villaret. — Mlle Blaignan (Yv.) La fièvre typhoïde chez le nourrisson. — M. Deflou (Robert). La bactériologie de la coqueluche. — Mlle de Neufvillé (Agnès). De l'hypertension artérielle dans les néphrites des enfants.

Samedi 1er juillet. — Jury : MM. Achard, président; Marfan, Brindeau et Nobécourt. — M. Debray (Maurice). La diffusion de la pepsine dans l'organisme. — M. Bitterlin (Jean). Le lait sec chez le nourrisson malade. — M. Ristérucci (Joseph). Cancer du sein et grossesse. — M. Duhazé (Pierre). Coutumes et prescriptions religieuses concernant la femme pendant la menstruation et les suites de couches. — M. Benoist (Henri). L'hystérectomie dans la fièvre puerpérale. — M. Delbois (Albert). La typhobacillose chez l'enfant.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Rappellons que les billets d'aller et retour délivrés de toute gare française, pour Marseille, pendant l'exposition, ont une validité exceptionnelle de 8 jours, lorsque leur validité normale est inférieure à cette période. D'autre part, les voyageurs porteurs de billets simples ou d'aller et retour pour les gares au delà de Marseille peuvent s'arrêter à Marseille pendant 72 heures. Ce délai de 72 heures s'ajoute à la durée normale de la validité du billet.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES COMPLICATIONS DU DIABÈTE SUCRÉ

Les complications, qui peuvent survenir au cours du diabète sucré, sont extrêmement nombreuses et fréquentes, et il n'est pas un organe qui ne puisse être lésé. Bien souvent d'ailleurs certaines complications peuvent être le signe révélateur de la maladie, demeurée latente jusque-là.

L'apparition de ses complications est favorisée, d'une façon générale, par la dénutrition générale et la diminution de défense de l'organisme.

ETIOLOGIE GÉNÉRALE. — Les causes favorisantes peuvent relever de nombreux facteurs : la forme même de la maladie, la nature de l'alimentation et le sujet diabétique.

1° *La forme de la maladie.* — Avec M. Labbé on peut distinguer deux variétés principales de diabète :

— le *diabète arthritique*, sans dénutrition, qui survient chez des sujets gras, et chez lequel la glycosurie se produit aux dépens de l'alimentation hydro-carbonée. Ce sont les formes de diabètes en général bénins.

— le *diabète avec dénutrition*, dans lequel la glycosurie est d'origine alimentaire et organique; c'est le diabète maigre, pancréatique, exposant au maximum aux complications graves, et très rebelle au régime.

2° *L'alimentation du diabétique.* — Au point de vue du régime à prescrire à un diabétique, deux écueils sont à éviter également :

— ou bien l'alimentation est trop riche en hydrate de carbone et provoque de l'hyperglycémie et de l'hyperglycistie, ce qui va exposer le malade à des accidents multiples, tenant à l'imprégnation des tissus par le sucre. De là des complications portant sur les nerfs périphériques, les infections secondaires des tissus cutanés, etc.

— ou bien l'alimentation est exclusivement carnée; et dans ce cas, si l'on évite les accidents précédents, on s'expose à l'apparition de l'acidose des humeurs et aux accidents comateux.

3° *Le sujet diabétique.* — Le diabète est particulièrement grave chez l'enfant, alors qu'il est mieux supporté chez l'adulte arthritique. La gravité d'un diabète dépend du milieu dans lequel vit le sujet et qui l'expose plus ou moins aux infections secondaires; l'hôpital par exemple, prédispose à la tuberculose pulmonaire.

Enfin des conditions accidentelles peuvent amener la production de complications, tels que des traumatismes accidentels ou chirurgicaux. C'est ainsi qu'on peut voir s'installer brusquement le coma diabétique à la suite d'une simple intervention portant sur une hernie étranglée, une cataracte, un phlegmon.

On peut classer les complications du diabète sucré de différentes manières. C'est ainsi qu'on peut les grouper en plusieurs chapitres :

Les petits accidents (furoncle, anthrax, diabétides, troubles digestifs, etc.);

Les grands accidents (névrites, accidents centraux, paralysies, gangrènes, etc.);

Les maladies associées (érysipèle, tuberculose, syphilis, etc,);

Enfin le coma diabétique.

Nous étudierons les diverses complications du diabète d'après leur groupement par appareils : digestif, circulatoire, respiratoire, rénal, cutané et nerveux.

I. APPAREIL DIGESTIF. — 1. Au niveau de la *bouche*, les complications sont fréquentes, tenant à l'altération de la salive acide et sucrée et à la grande richesse de la bouche en germes infectieux divers. La *langue* est souvent sèche; elle peut présenter des fissures; parfois elle est noirâtre, pileuse, avec une hypertrophie très marquée des papilles. Les *gencives* sont souvent très molles et peuvent saigner abondamment. Les *altérations dentaires* sont la règle ; les dents se carient avec la plus grande facilité et sans grande douleur. La carie débute fréquemment au niveau des deuxièmes molaires (orifice du canal de Sténon).

Enfin parfois il se produit le phénomène de la gingivite expulsive. Il se forme des fongosités au fond des alvéoles dentaires, qui repoussent peu à peu les dents. De là l'allongement des dents, puis leur chute précoce. Un édenté précoce doit faire toujours penser au diabète.

Les inflammations du *pharynx* ne sont point rares : angines chroniques, rougeur diffuse du rhino-pharynx avec dilatation des vaisseaux.

L'*estomac* est le siège de troubles variés : les phénomènes dyspeptiques relèvent d'erreurs de régime et de la boulimie des malades. Il survient au début une simple dilatation gastrique, comme celle que l'on voit chez les gros mangeurs. Plus tard des accidents de gastrite chronique peuvent apparaître avec vomissements.

L'*intestin* est paresseux. La constipation peut devenir opiniâtre dans certains cas. Parfois au contraire s'installe une diarrhée abondante, fétide, liquide, noirâtre. Ces troubles intestinaux sont aussi facteurs de l'alimentationn.

Le *foie* peut réagir différemment : on sait d'ailleurs que Claude Bernard faisait jouer au foie un rôle considérable dans la pathogénie du diabète. La fonction glycogénique du foie est exaltée et le sucre formé en excès passe dans la circulation pour s'éliminer par les reins. Gilbert et Hanot insistent sur l'hypertrophie du foie dans le diabète. Ils distinguent deux cas :

— les *diabètes avec hyperhépatie* : le foie est gros, augmenté de volume, résistant et un peu douloureux,

— et les *diabètes avec anhépatie*, dans lesquels le foie est plutôt atrophié. La cellule hépatique altérée est impuissante à fabriquer du glycogène aux dépens des matières sucrées. Le sucre non fixé dans le foie reste dans la circulation, augmentant le taux de la glycémie.

Enfin, dans certains cas, on peut constater une véritable *cirrhose* qui peut même s'accompagner d'un épanchement ascitique sucré. Les diabétiques sont sujets à présenter des poussées de *congestion hépatique* s'accompagnant de subictère, de troubles intestinaux et pouvant aboutir à la sclérose hépatique.

Hanot et Chauffard ont décrit la *cirrhose hypertrophique pigmentaire* au cours du diabète bronzé. Le début est parfois brusque à la suite d'une pneumonie, d'une grippe, d'une bronchite. Parfois il est lent, au contraire, insidieux : des troubles digestifs attirent l'attention, dégoût pour les graisses, diarrhée, douleur dans l'hypocondre droit. On voit bientôt apparaître du ballonnement du ventre, de l'ascite, un foie hypertrophié et lisse, d'une dureté ligneuse, avec douleur à la palpation. L'ictère vrai est exceptionnel. Mais la teinte subictérique des conjonctives est fréquente. La rate est assez grosse et l'amaigrissement est considérable.

C'est au cours de ces symptômes qu'apparaît la *mélanodermie* : cette pigmentation cutanée apparaît uniforme, généralisée à tout le corps, surtout nette à la face, aux extrémités, au niveau des organes génitaux. La peau est comme enfumée et présente une teinte bronzée; les muqueuses sont indemnes le plus souvent. L'*évolution* est rapidement mortelle. La fièvre s'installe; l'anémie est très marquée, les urines sont abondantes et azoturiques, il n'y a pas de pigments urinaires. A la fin on peut voir survenir du purpura, des hémorragies diverses, la cachexie bronzée. A l'*autopsie*, on trouve un foie gros, surchargé en pigments.

La *pathogénie* de cette cirrhose pigmentaire est très discutée; pour M. Letulle, il s'agit d'une altération de l'hémoglobine du sang. Le résidu de cette altération est le pigment qui se dépose dans tous les organes, et spécialement le tissu hépatique.

Pour d'autres, il y a à la fois hémolyse exagérée et lésions des cellules hépatiques chargées d'éliminer cette hémoglobine, d'où l'accumulation du pigment au niveau du foie.

Pour M. Lafitte, cette cirrhose pourrait être liée à des lésions du pancréas.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve supplémentaire.* — Séance du 27 juin. — MM. Huber, 20; May, 19.

Sont nommés médecins des hôpitaux : MM. Weil (M.-P.), Bénard (René) et Huber.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — M. Dufour, professeur, est chargé, en outre, d'un cours complémentaire de physique pharmaceutique.

M. Méris, pharmacien de 1re classe, est nommé chef des travaux de matière médicale et botanique.

M. Musso, professeur de pharmacie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1921-1922, d'un cours complémentaire de législation et déontologie pharmaceutiques, en remplacement de M. Micheleau, appelé à d'autres fonctions.

M. Giraud, agrégé, est chargé d'un cours de médecine légale.

M. Malosse, pharmacien de 1re classe, chargé des fonctions d'agrégé, est nommé chef des travaux de chimie.

M. Dubouchet, préparateur d'histologie, est nommé chef des travaux d'histologie.

M. Fourest est chargé d'un cours complémentaire de stomatologie.

M. Malosse, chef des travaux de chimie, est chargé, en outre, d'un cours de chimie minérale.

— LILLE. — Le titre de professeur est conféré, depuis le 1er avril 1922, à MM. Bédart, Gérard (Georges), Ingelrans, Dubois, agrégés.

VOYAGES MÉDICAUX AU MAROC. — Devant le succès des précédents voyages médicaux au Maroc, la *Presse thermale et climatique*, en collaboration avec la Compagnie générale transatlantique, en organise deux nouveaux.

Ces voyages ont pour but non seulement de procurer à leurs adhérents le plaisir d'une randonnée touristique exceptionnelle, mais encore de leur faire connaître les institutions médicales et hospitalières, les œuvres de bienfaisance et d'hygiène et les ressources climatiques de la grande colonie Africaine.

Le premier voyage aura lieu du 20 septembre au 22 octobre; le deuxième du 19 octobre au 23 novembre.

L'itinéraire suivi sera le suivant pour le premier voyage : Bordeaux, Casablanca, Marrakech, Rabat, Meknès, Fez, Taza, Oudja, Tlemcen, Oran, Tenès, Hammam R'Ihra, Alger, Marseille.

Le deuxième voyage (19 octobre-23 novembre) suivra le même itinéraire en sens inverse avec départ de Marseille.

Le prix de chacun de ces voyages a été fixé à 4.750 francs pour les médecins et 4.950 francs pour les femmes de médecins accompagnant leur mari. Il est inférieur environ de 20 p. 100 à celui réclamé au public, il comprend :

Les passages Bordeaux, Casablanca, Marseille, Alger, ou vice-versa, en excellente installation de première classe. Transport en confortables auto-cars à siège tournant Pullmann sur tout le parcours Maroc-Algérie. Séjour dans les hôtels en Afrique du Nord, pendant toute la durée du voyage (vin ordinaire compris aux repas). Visite des villes et des curiosités. Services d'un guide expérimenté appartenant aux auto-circuits nord-africains. Tous les pourboires à bord et dans les hôtels.

Chaque auto-car comprend seulement dix places. le nombre des adhésions est donc limité; les inscriptions seront faites dans l'ordre des demandes.

Ceux de nos confrères qui désirent participer à ces voyages sont donc invités à se faire inscrire le plus rapidement possible en s'adressant au Dr Victor Gardette, Directeur de la *Presse thermale et climatique*, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e), qui leur adressera tous renseignements utiles.

PROPHYLAXIE MENTALE. — Le service libre de prophylaxie mentale destiné à hospitaliser sans internement les malades atteints d'affections nerveuses et mentales (états de

confusion, neurasthénie, états de mélancolie, phénomènes hallucinatoires, états délirants périodiques, obsessions et impulsions, psychopathies sexuelles, toxicomanies, arriération mentale, épilepsie, séquelles de commotion, etc.), organisé par le Conseil général de la Seine à l'asile Sainte-Anne, sous la direction du Dr Toulouse, s'est ouvert le 16 juin Ce service, dont on a beaucoup parlé, réalise avec le dispensaire et les laboratoires qui y sont annexés un système complet de lutte contre la psychopathie. Pour y être hospitalisé, se présenter le matin à 9 heures à la consultation de psychiatrie générale faite par le Dr Genil-Perrin au dispensaire de prophylaxie mentale (asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, métro Glacière) où a lieu l'admission.

Ce dispensaire, organisé comme les dispensaires contre la tuberculose, assure également le traitement externe, la distribution de médicaments et de secours, le patronage et la sélection pour le travail professionnel. Le Dr Marie dirige le patronage familial et le service social à domicile. Des consultations spéciales ont lieu au dispensaire : Psychopathies organiques (Dr Rogues de Fursac) ; Enfants arriérés et anormaux (Dr Roubinovitch) ; Etats délirants (Dr Capgras) ; Dégénérés antisociaux (Dr Colin) ; Epileptiques (Dr Marchand) ; Psychothérapie (Dr Mignard) ; Toxicomanes (Dr Dupouy) ; Ophtalmologie (Dr Darrieux) ; Oto-rhino-laryngologie (Dr Vincent) ; Médecine générale (Dr Teisseire) ; L'examen des malades sera complété dans les laboratoires annexés au service (chimie biologique, sérologie, hématologie (Dr Lanzenberg) ; Psycho-physiologie et orientation professionnelle (M. J.-M. Lahy).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE.

LES CONSULTATIONS EXTERNES DES HOPITAUX DE PARIS

L'ordre du jour suivant a été voté par le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, dans sa séance du 13 juin 1922 :

« Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine :

Attendu que l'administration de l'Assistance publique délivre à tout venant, dans ses hôpitaux une consultation en échange du paiement de 4 fr., et que seuls en sont dispensés les inscrits au bureau de bienfaisance.

Attendu que, pour le paiement de ces 4 fr., qu'ils tiennent pour des honoraires, les malades s'attendent à recevoir une consultation d'un médecin des hôpitaux de Paris.

Attendu que lorsqu'il en est ainsi, le médecin des Hôpitaux de Paris tout en ne recevant naturellement aucune part de la somme versée se trouve par les règlements de l'Administration contraint de faire néanmoins une concurrence regrettable et injuste aux médecins praticiens.

Attendu que les médecins praticiens, par suite de leurs charges fiscales et autres sont tenus de demander dans leur Cabinet, des honoraires évidemment plus élevés que cette somme infime ;

Emet le vœu que :

1° Les consultations externes des hôpitaux soient essentiellement réservées aux indigents ou aux nécessiteux ;

2° Le Service des consultations à 4 fr., soit supprimé dans l'intérêt des médecins des hôpitaux, dans l'intérêt des malades pauvres et dans l'intérêt des médecins praticiens. »

RÈGLEMENT DES NOTES D'HONORAIRES POUR SOINS DONNÉS AUX BÉNÉFICIAIRES DE LA LOI DES PENSIONS

Ordre du jour voté par le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine.

Le Conseil d'administration du Syndicat, réuni le 20 juin 1922,

Attendu que l'origine des erreurs nombreuses et des malentendus jusqu'à présent relevés à propos des soins donnés aux bénéficiaires de la loi des pensions dans le département de la Seine notamment, provient de ce fait que le Corps médical exerçant n'a jamais été appelé à collaborer aux mesures d'application de ladite loi.

Attendu que l'administration n'a pas usé en temps opportun de son droit de contrôle technique tel que l'avait institué l'article 14 du décret du 26 septembre 1919, qu'elle est dès lors mal fondée dans ses prétentions de réduire des notes d'honoraires sous le couvert d'une Commission de contrôle nommée très tardivement, et, partant, dépourvue des seuls bons éléments d'appréciation que donne l'examen direct du malade.

Attendu que l'administration s'est constamment refusée à toute explication directe et orale entre les médecins traitants et le contrôle,

Attendu que le paiement des honoraires médicaux a été retardé au delà de toutes les limites prévues,

Attendu que le mode de rémunération des médecins contrôleurs comporte un pourcentage d'honoraires sur les réductions faites par leurs soins, que ce mode de rémunération ne paraît nullement approuvé par eux et qu'il est réprouvé par tout le Corps médical,

Demande :

Qu'à l'avenir, et pour éviter de nouvelles difficultés, l'administration prenne l'avis du Syndicat des médecins de la Seine, et qu'en particulier elle remanie, d'accord avec lui, le texte du bulletin de visite.

Que, pour les notes litigieuses, les médecins traitants soient entendus, sur leur demande, par la Commission de contrôle ou qu'une Commission d'arbitrage soit créée, dès à présent, et conformément à celle prévue pour l'avenir.

Que les notes d'honoraires ne puissent subir de réduction sous l'unique prétexte que le médecin traitant n'a pas mentionné sur le bulletin de visite le diagnostic détaillé de la maladie en cours, les phases de son évolution ou les symptômes actuels, ces précisions n'ayant jamais été officiellement demandées par l'administration.

Que le règlement des honoraires soit rapidement terminé.

Que le pourcentage de 10 p. 100 accordé aux médecins contrôleurs sur les réductions faites par eux soit immédiatement supprimé.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 3 juillet. — Jury : MM. Roger, président ; Letulle, Balthazard et Chiray. — M. Lopez-Lomba. Les poissons réactifs biologiques très sensibles des alcaloïdes. — M. Nikonoff (André). Arthro-typhus. — M. Labadie. Mensuration des membres et quelques constatations. — M. Arnaud Houeix de la Brousse. Difficulté du diagnostic dans certaines contusions du segment de l'œil.

Mercredi 5 juillet. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Hartmann, Guéniot et Lévy-Solal. — M. Guillaume (André). L'examen radiologique et l'auscultation. — M. Longepierre (Jacques). Contribution à l'étude de la bactériothérapie lactique dans l'infection puerpérale. — Mlle Dupie (Odette). L'hérédosyphilis dans les maternités. — M. Corticchiato. Etude des malformations cardiaques. — M. Medwedowsky (S.). Etude des rapports de la tuberculose du larynx et de la gestation au cours de l'accouchement. — M. Portes (Louis). Etude de l'apoplexie utéro-placentaire.

RENSEIGNEMENTS

COMPAGNIE DE NAVIGATION MIXTE. — Deux places de médecins sanitaires sont vacantes :

1° Compagnie mixte Algérie, via Cette-Port-Vendres ;

2° Société anonyme coopérative de navigation faisant actuellement le voyage de Syrie.

Pour conditions, s'adresser au Dr Lop, chargé du service médical, 2, quai Joliette, Marseille.

REVUE GÉNÉRALE

DIAGNOSTIC CLINIQUE ET RADIOGRAPHIQUE PRÉCOCE DE LA COXALGIE

Par le Dr Raoul THOUVENIN,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Diagnostic positif. — De tous les symptômes classiques de la coxalgie au début, un seul est constant : la *limitation des mouvements de la hanche.* C'est lui qui constitue vraiment la base, ou mieux le point de départ du diagnostic. Mais ce signe n'indique en somme qu'un peu de raideur articulaire, expression d'une arthrite chronique commençante qui n'est vraisemblablement tuberculeuse que parce que l'arthrite tuberculeuse est infiniment la plus fréquente de toutes. Mais il est quatre symptômes qui viennent plaider surtout en cette faveur et qu'il importe de rechercher avec le plus grand soin :

1° La *douleur à la pression directe ou indirecte sur la tête fémorale*;

2° L'*hypotonie du grand fessier*;

3° L'*épaississement antéro-postérieur de la hanche* avec effacement plus ou moins marqué de la dépression rétro-trochantérienne;

4° Enfin, et surtout, l'*adénopathie iliaque.*

Telle est vraiment la BASE CLINIQUE du diagnostic.

La BASE RADIOGRAPHIQUE est également faite de quatre éléments :

1° Le *flou ostéo-articulaire*;

2° Le *pincement* sourciller de l'interligne et son écartement ischiatique;

3° La *rupture du cintre* que forment normalement le bord inférieur du col et le rebord supérieur du trou obturateur;

4° L'*atrophie* et la pâleur *diaphysaires*.

1. Le *flou ostéo-articulaire* est dû à la fois à la décalcification, à la congestion et aux fongosités. Mais c'est, au début, surtout la décalcification qui l'emporte. L'architecture des travées osseuses de l'épiphyse apparaît avec moins de netteté que du côté sain.

2. Le *pincement sourciller et l'écartement ischiatique* résultent de ce que les cartilages articulaires en présence s'amincissent en haut du fait d'une dystrophie et peut-être déjà d'une ulcération compressive commençantes, et qu'ils sont écartés en bas par l'épanchement et les fongosités intra-articulaires (schéma II).

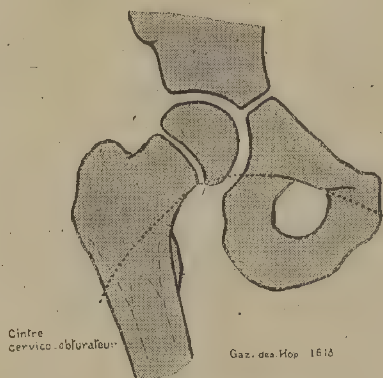


Schéma I. — *Aspect radiographique d'une hanche normale.*

3. Normalement (schéma I) le bord interne du col forme avec le rebord supérieur du trou obturateur un *cintre* régulier dont les deux moitiés cervicale et pubienne sont séparées par une clef de voûte un peu



Schéma II. — *Pincement sourciller. Ecartement ischiatique.*

massive : l'ischion. Dans la coxalgie, par suite de l'ulcération compressive commençante de la tête et du cotyle, le cintre se trouve brisé. La moitié externe s'élève, et cette ascension qu'on peut mesurer à un millimètre près indique le degré de l'ulcération pathognomonique (schéma III).



Schéma III. — *Rupture du cintre cervico-obturuteur.*

4. Enfin, l'*atrophie diaphysaire,* accompagnée d'agrandissement de la cavité médullaire par résorption médullaire excessive, traduit la dystrophie osseuse à distance, si caractéristique de toute arthrite tuberculeuse (schéma IV).

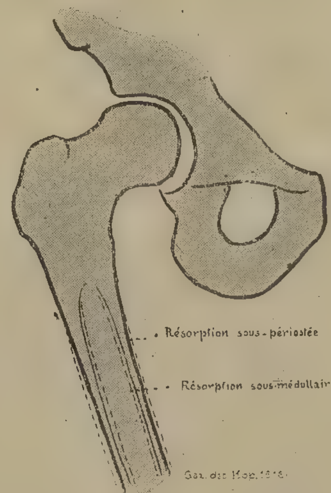


Schéma IV. — *Atrophie diaphysaire.*

Mais ces quatre signes — qui constituent une véritable tétrade radiographique venant confirmer la tétrade clinique — ne sont pas des signes très pré-

coces (1). Et si leur présence est presque pathognomonique, leur absence ne doit pas faire écarter d'emblée le diagnostic de coxalgie au début. A leur défaut, le diagnostic basé uniquement sur les signes cliniques essentiels énumérés plus haut n'est dès lors qu'un diagnostic de probabilité.

Bien plus, tout à fait au début du mal, peuvent manquer non seulement les signes radiographiques mais même la tétrade clinique essentielle :

Douleur de la tête,
Hypotonie du grand fessier,
Epaississement antéro-postérieur de la hanche,
Adénopathie iliaque.

On ne se trouve en présence que d'une raideur plus ou moins douloureuse coxo-fémorale. C'est alors qu'il importe de passer méthodiquement en revue toutes les affections pouvant déterminer ou simuler cette même raideur, mais dont la plupart avouent plus vite leur vraie nature, afin d'étayer sur leur élimination successive un diagnostic d'exclusion.

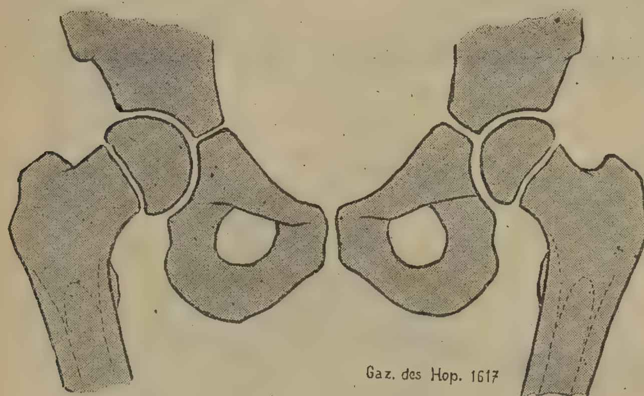


SCHÉMA V. — *Troubles ostéogéniques précoces.*

1. Hypertrophie de l'épiphyse supérieure. — 2. Amincissement par hyperostéogenèse du cartilage en Y.

Diagnostic différentiel. — Il faut alors établir successivement les points suivants :

1° Il s'agit d'une affection de la hanche,
2° Acquise,
3° Non traumatique ;
4° Organique ;
5° Inflammatoire ;
6° Chronique ;
7° Tuberculeuse ;
8° Et, ceci fait, faire le diagnostic entre la hanche tuberculeuse et les foyers paracoxaux.

I. Il s'agit de s'assurer tout d'abord qu'il s'agit bien d'une AFFECTION DE LA HANCHE. Quatre affections, plus ou moins lointaines de celles-ci, peuvent, en effet, simuler la coxalgie. Ce sont :

La sciatique,
Le mal de Pott,
L'appendicite,
La sacro-coxalgie.

Qu'une *sciatique* avec ses douleurs fessières avec irradiations multiples — l'impotence, l'atrophie musculaire, la limitation de la flexion qu'elle entraîne parfois — puisse simuler une arthrite de la hanche, on ne saurait a priori s'en étonner outre mesure ; mais qu'un *mal de Pott* et qu'une *appendicite* aient pu causer la même erreur, voilà qui peut surprendre davantage. Mais l'abcès pottique qui commence à fuser dans la gaine du psoas, l'appendicite compliquée de contracture de ce muscle peuvent déterminer une attitude plus ou moins permanente en flexion, et partant une véritable claudication. Nous avons observé cette erreur, et nous avons notamment présente à la mémoire l'histoire d'une jeune malade qui, après avoir été immobilisée et plâtrée pendant plus d'un an, fut guérie comme par enchantement de sa « coxalgie » par une appendicectomie. A vrai dire, il s'agit là non de diagnostics à faire, mais d'erreurs à éviter.

Un examen attentif montre rapidement en cas de *sciatique* que, s'il y a un point douloureux au niveau de la hanche en arrière, il n'y en a pas en avant, que d'autres points s'étayent tout le long de la face postérieure de la cuisse et même du mollet.

En cas de *mal de Pott* que s'il y a limitation de l'extension de la hanche, il y a surtout contracture dorso-lombaire, sinon déjà une gibbosité.

En cas d'*appendicite*, enfin, qu'il y a un point douloureux dans la fosse iliaque.

Que, dans tous ces cas surtout, si un mouvement (flexion dans le premier cas, extension dans les deux autres) est limité, tous les autres sont libres et que, dès lors, la hanche ne saurait être en cause sans qu'il y ait besoin d'insister davantage.

Reste la *sacro-coxalgie*. Elle se manifeste assez souvent comme la coxalgie par une claudication douloureuse avec irradiations dans l'aine et dans le genou à laquelle s'ajoute plus tard une attitude en flexion et abduction avec allongement apparent du membre par inclinaison pelvienne.

Mais il suffit de penser à l'articulation sacro-iliaque pour constater qu'il y a à son niveau des douleurs et peut-être déjà de l'empâtement, et que, par contre, il n'y a aucun signe *physique* net au niveau de la hanche, en effet indolore et libre.

II. IL S'AGIT D'UNE AFFECTION DE LA HANCHE ACQUISE ; autrement dit il s'agit d'éliminer la grande affection congénitale de la hanche : la *luxation*. Cette élimination se fait d'emblée, même à défaut de tout antécédent. La coxalgie et la luxation congénitale sont les deux affections de la hanche qui se ressemblent le moins. La hanche luxée est mobile et indolore ; seule l'abduction est limitée, mais non douloureuse. Il y a un raccourcissement réel du membre, ascension trochantérienne. On sent la tête rouler dans la fesse.

Mais la hanche luxée est sujette à des poussées d'arthrite. Elle devient alors le siège de douleurs et de raideur. On ne méconnaît pas sans doute la luxation congénitale, mais on se demande si celle-ci n'est pas *compliquée de coxalgie*. A vrai dire, il s'agit là d'une éventualité exceptionnelle ; la tuberculose ne se localise guère sur les tissus dystrophiés. Mais ces poussées d'arthrite cèdent vite à quelques jours de repos après lesquels on voit la mobilité de la hanche réapparaître.

III. IL S'AGIT D'UNE AFFECTION NON TRAUMATIQUE. — Un gros diagnostic se pose alors. Ne s'agit-il pas

(1) A une période plus précoce, chez l'*enfant*, on peut constater, avant l'apparition des signes que nous venons de voir, d'autres signes traduisant un trouble dans l'ostéogenèse des extrémités articulaires.

1° Une légère hypertrophie de la tête, par hyperactivité du cartilage dia-épiphysaire fémoral irrité par l'arthrite commençante ;

2° Un amincissement du cartilage en Y par hyperostéogenèse de l'acétabulum (voir schéma V).

d'une *fracture du col* méconnue? On connaît bien maintenant, grâce surtout à la radiographie, ces fractures du col chez l'enfant, sans grand symptôme immédiat, qui ne succèdent pas à un traumatisme important et n'entraînent pas cette impotence complète et brutale habituellement observée dans les fractures. L'enfant continue à marcher, mais il souffre et boite; les troubles s'accentuant l'amènent un jour à la consultation. Les parents parlent bien d'un traumatisme, mais cette accusation est si fréquente et d'ailleurs ils en précisent si mal l'intensité et même la date qu'on n'y prête guère attention. On fait faire une radio, pensant à une coxalgie. La radio montre nettement alors une solution de continuité qui ne laisse aucun doute ou un élargissement du cartilage conjugal indiquant un décollement épiphysaire.

Mais parfois elle ne montre rien. S'agit-il alors d'une simple disjonction, de ce qu'Ollier appelait une *entorse juxta-épiphysaire*? L'épreuve du repos au lit pendant huit à quinze jours jugera la chose. Si, en effet, après cette épreuve, la hanche est redevenue libre et souple, il s'agissait bien d'une simple entorse.

IV. Il s'agit d'une affection organique. — Il s'agit d'éliminer la fameuse *coxalgie hystérique* ou maladie de Brodie. Elle est rare et il faut peut-être se méfier moins de la méconnaître que de la voir partout. Une sensibilité extrême, une contracture intense, en un mot une forte réaction fonctionnelle chez une jeune fille nerveuse, voilà de quoi éveiller un doute. Mais une jeune fille nerveuse, voire même hystérique, peut fort bien avoir une coxalgie, et ces symptômes fonctionnels intenses et brusquement constitués ne seront tenus pour suspects que s'ils coexistent avec une *absence vraiment remarquable de tout signe physique vrai* (atrophie musculaire, adénopathie, etc.) de tout ce qu'une nerveuse même éduquée et avertie ne peut simuler.

V. Un rapide examen nous a appris qu'il s'agissait d'une affection de la hanche acquise, spontanée, organique. Et voilà, par étapes successives, le champ des hypothèses qui se restreint. Il faut établir maintenant qu'il s'agit d'une *affection inflammatoire*, c'est-à-dire éliminer les affections non inflammatoires, à savoir :

Les malformations,
Les lésions trophiques,
Les néoplasies.

1° Les *malformations* et notamment la *coxa vara* de l'adolescence.

Un grand signe la différencie d'emblée de la coxalgie même au cours d'une de ces poussées inflammatoires (douleur et contracture) dont elle peut s'accompagner, c'est son attitude : rotation externe et *adduction*. Dans le doute, on verra sur la radiographie une angulation plus ou moins aiguë du col sur la diaphyse. Cette attitude et cet aspect radiographique peuvent s'observer dans la coxalgie, mais ce n'est qu'à une période tardive où d'autres signes (abcès, atrophie marquée, fistules même) ont déjà signé indiscutablement le diagnostic.

2° Une *lésion trophique de la hanche*, et notamment l'*arthropathie tabétique*.

Mais il s'agit, dans ce cas, d'une hanche tuméfiée, disloquée, d'une indolence paradoxale au milieu d'un syndrome tabétique plus ou moins au complet.

3° Et, enfin, une *néoplasie*.

L'*ostéosarcome* bulbo-diaphysaire et surtout *épiphysaire* est une localisation rare et qui ne peut donner le change qu'au début, encore qu'on puisse déjà la deviner à cette intensité formidable d'une douleur que rien ne calme, même pas l'immobilisation la plus absolue, et qui coexiste étrangement avec une liberté, souvent très marquée, de la hanche. Puis bientôt, avec une rapidité et une continuité qu'on ne rencontre guère dans la tuberculose même aiguë, s'extériorise une tuméfaction dont la consistance emporte tous les doutes.

VI. Il s'agit d'une lésion inflammatoire chronique. — Il est facile de l'affirmer dans la plupart des cas, puisque aussi bien la coxalgie typique débute et évolue sans phénomènes aigus généraux ou locaux. Mais ceci est loin d'être la règle, et il n'est pas rare, *aussi bien chez l'adulte* que chez l'enfant, de voir la coxalgie prendre au début l'allure d'une lésion inflammatoire aiguë. Et c'est alors le diagnostic de toutes les lésions aiguës de la hanche qui se pose. Mais parmi celles-ci :

Le *rhumatisme articulaire*, polyarticulaire par principe;

L'*arthrite infectieuse*, suppurée ou non, secondaire à un état pathologique aigu préalable ou concomitant, bien et dûment reconnu;

ne sauraient vraiment être envisagés ici.

Ici l'arthrite de la hanche constitue toute la maladie, ou mieux la localisation exclusive d'une infection à déterminer; le diagnostic ne se pose dès lors qu'avec deux affections :

L'ostéomyélite,
L'arthrite blennorragique.

L'*ostéomyélite* fait rapidement ses preuves. Elle a non seulement un début aigu, mais une évolution aiguë, suraiguë parfois. Elle force le diagnostic et l'intervention au cours de laquelle on trouve du pus qu'on peut examiner dans le doute et où l'on trouve du staphylocoque (chez le nourrisson, du pneumocoque).

Il est rare que la coxalgie, après un début aigu, persiste à cette allure. En général, après quelques jours de repos, la fièvre diminue, la réaction locale s'atténue. Un grand plâtre fait disparaître toute douleur. Voilà ce qu'on ne voit jamais dans une arthrite suppurée qui n'est calmée et refroidie par l'immobilisation qu'à condition d'avoir été au préalable largement ouverte.

L'*arthrite blennorragique* est de toutes les arthrites aiguës, cliniquement primitives, la seule qui simule vraiment la coxalgie. Il est rare, dira-t-on, que la hanche constitue la localisation exclusive du rhumatisme gonococcique; mais, cependant, il faut envisager cette hypothèse et rechercher avec soin la blennorragie génitale. Chez un homme l'enquête est généralement facile. Chez la femme elle peut rester incertaine. Il faut alors, dans le doute :

1° Immobiliser la hanche;

2° Essayer le sérum antigonococcique.

Rapidement, en général, l'évolution et la radiographie emporteront toute hésitation.

Mais, à côté de ces infections aiguës, à grands fracas (arthrites suppurées, pyohémiques, ostéomyélites), ou de l'infection subaiguë plus discrète de la blennorragie, il est une infection aiguë plus discrète encore : c'est l'*ostéite de croissance*, qui

n'est qu'une forme atténuée et peut-être avortée de l'ostéomyélite.

Sans doute qu'elle ne s'accompagne ni d'adénopathie iliaque, ni d'œdème de la hanche, ni d'atrophie musculaire, et qu'à plus forte raison elle ne présente aucun des éléments radiographiques de la coxalgie.

Mais il est aussi des coxalgies qui, au début, ne présentent aucun de ces signes.

Et, pratiquement, le seul moyen de faire la distinction en pareil cas c'est, comme pour l'entorse juxta-épiphysaire suspecte, l'épreuve du repos, mais plus prolongé. S'il s'agit d'une simple ostéite de croissance, au bout de trois à quatre semaines, la hanche sera devenue souple. Dans le cas contraire, la coxalgie devra être considérée comme probable et jusqu'à plus ample informé traitée comme telle.

VII. Une fois qu'on a établi qu'il s'agissait d'une lésion inflammatoire chronique de la hanche au début, la tuberculose est-elle certaine ?

Pas encore.

Chez l'adulte, et surtout chez le vieillard, il faut penser à l'arthrite sèche.

Chez l'enfant, à l'ostéo-chondrite déformante juvénile.

L'*arthrite sèche* ou morbus coxæ senilis, localisée à la hanche, laisse en général celle-ci relativement mobile. Cette mobilisation s'accompagne de craquements articulaires et la radiographie montre souvent une déformation de la tête et du cotyle par des productions ostéophytiques désordonnées tout à fait pathognomoniques.

Quant à l'*ostéo-chondrite déformante* juvénile ou maladie de Legg-Calvé (syn. coxa plana) elle se constate surtout chez des garçons de cinq à dix ans et se révèle par une réaction articulaire chronique comme la coxalgie. Cliniquement sans doute cette réaction ne s'accompagne ni d'adénopathie, ni d'hypotonie fessière, ni d'épaississement de la hanche. Mais nous avons vu qu'il en est parfois de même dans la coxalgie au début. On sent, à la palpation, l'augmentation de volume de la tête fémorale, mais l'appréciation de cette augmentation est parfois délicate; de sorte que, pratiquement, seule la radiographie peut faire le diagnostic en montrant :

1° Un élargissement uniforme de l'espace articulaire dû à ce que le noyau osseux épiphysaire, étant devenu plus petit, la tête est plus cartilagineuse;

2° Un col fémoral épaissi;

3° Et surtout une épiphyse aplatie en forme de galette.

VIII. Un dernier diagnostic se pose, enfin, c'est celui de la coxalgie au début avec les *foyers tuberculeux para-articulaires.*

Hygroma profond trochantérien (bourse séreuse comprise entre le tendon du grand fessier et la face externe du trochanter),
et surtout

Ostéites juxta-coxales :

Ischion,
Os iliaque (spina ventosa),
Pubis.
Trochanter.
Sourcil cotyloïdien,
Col.

I. En général, tous ces foyers évoluent d'une manière à peu près latente jusqu'à ce qu'ils s'extériorisent dans la région de la hanche sous forme d'un abcès froid. Mais cet abcès, souvent profondément situé, peut être lui-même méconnu. Le premier symptôme attirant l'attention est alors une légère réaction articulaire avec limitation d'un ou de plusieurs mouvements de la hanche, comme dans la coxalgie au début. Lorsque, par élimination successive, on sera arrivé au diagnostic probable de coxalgie au début, on devra donc, avant de l'affirmer, rechercher systématiquement sur tout le pourtour de la hanche — dans la fosse iliaque — puis sur les parois de la cavité pelvienne par le toucher vaginal ou rectal, s'il n'y a pas un abcès. La constatation d'un abcès au voisinage de cette hanche suspecte semblerait au premier abord devoir confirmer le diagnostic de coxalgie. Elle l'infirme, au contraire, d'une manière presque indiscutable. S'il s'agissait d'une coxalgie avec abcès il y aurait *abolition presque complète des mouvements de la hanche*, et non cette légère limitation discrète et même dissociée qu'on constate actuellement. Dans le doute, d'ailleurs, la radio montre l'intégrité de l'interligne; or, si la radio peut être négative au début d'une coxalgie à la manière dont peut être légère encore la limitation des mouvements, — à la manière dont celle-ci est toujours complète, la radio n'est jamais négative à la période des abcès.

En résumé, l'existence d'un abcès au voisinage d'une hanche encore mobile — sans signe radiographique de coxalgie — doit écarter ce dernier diagnostic et faire affirmer d'emblée celui d'un *foyer paracoxal.*

On recherchera alors les signes propres à chacun d'eux, c'est-à-dire :

Douleur et tuméfaction localisées au niveau de l'ischion, du pubis ou du trochanter. Si l'on ne constate rien à leur niveau, on pensera par exclusion au sourcil cotyloïdien et au col.

La radiographie, enfin, montrera le plus souvent le foyer osseux lui-même, soit sous forme d'un flou, d'une décalcification localisée, d'une tache cernée d'un liséré plus ou moins foncé d'ostéite condensante, et peut-être même, au centre de la tache claire, une partie sombre : le séquestre.

II. Il est plus rare que le diagnostic de coxalgie au début avec un foyer paracoxal se pose avant l'extériorisation de celui-ci, sous forme d'abcès, car c'est généralement seulement alors qu'un peu de réaction articulaire de voisinage attire l'attention sur la hanche.

Mais ceci n'est pas la règle.

La raideur peut apparaître avant l'abcès et nous rentrons alors dans les conditions de la coxalgie au début.

1. A vrai dire, on distinguera la raideur, complication d'un foyer paracoxal, de la raideur symptomatique de la coxalgie, par ce fait qu'elle ne limite qu'un ou deux mouvements. (Exemple : dans la tuberculose du pubis, l'abduction et la rotation externe sont limitées, mais la flexion est conservée; dans la tuberculose de l'ischion, seule l'extension est limitée.)

2. Mais surtout, quelle qu'elle soit, cette raideur disparaît après quelques jours de repos.

3. En outre, le siège de la douleur à la pression n'est pas la tête fémorale, mais la face externe du trochanter ou l'ischion ou le pubis.

4. Enfin, la radio montre, sinon le séquestre, ou la tuméfaction pathognomonique, une tache, un flou, au niveau de la région osseuse suspectée.

Tous ces points ont besoin d'être précisés avec le plus grand soin. Car ces paracoxalgies ne sont peut-être que des *pré-coxalgies*. A côté de la coxalgie primitive, certes la plus fréquente, il y a des coxalgies secondaires, résultant de la propagation, à échéance plus ou moins lointaine, à la hanche d'un foyer paracoxal. Cette éventualité est exceptionnelle s'il s'agit d'un foyer ischiatique ou trochantérien. Elle l'est moins s'il s'agit du pubis. Elle est déjà presque probable s'il s'agit du sourci cotyloïdien ou du col.

Et l'on conçoit dès lors, dans ces deux derniers cas, l'intérêt qu'il y a à dépister le plus tôt possible ces ostéites paracoxales, puisque par un curettage du foyer osseux fait à temps, on peut prévenir la coxalgie.

III. Quand celle-ci est constituée, peut-on la distinguer d'un foyer paracoxal compliqué de simple réaction articulaire de voisinage sans invasion vraie?

On constate, d'une part, un foyer paracoxal (pubis, ischion, etc.) indiscutable, et, de l'autre, une réaction articulaire.

Si cette réaction articulaire :

1° Entraîne une limitation de tous les mouvements de la hanche ;

2° Si elle s'accompagne d'atrophie, d'hypotonie des muscles fessiers et d'adénopathie iliaque ;

3° D'œdème pré-articulaire;

4° Si elle ne cède pas au repos ;

on doit la considérer comme symptomatique d'une coxalgie vraie. Dans le cas contraire, et surtout si elle cède au repos, il faut la considérer comme une simple réaction de voisinage et surtout se garder d'y voir une contre-indication d'intervenir.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 JUIN 1922)

Influence de l'avitaminose sur la lactation. — MM. E. Wollman et M. Vagliano.

Sur l'auto-immunisation contre les régimes carencés. — MM. G. Mouriquand et P. Michel.

Vaccine et néoplasmes. — MM. C. Levaditi et S. Nicolau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 JUIN 1922)

M. Chauffard, qui préside la séance, annonce la mort du prince de Monaco, membre associé libre. En fort bons termes, il signale les services éminents rendus à la science par le prince. Il rappelle qu'on lui doit la création, à Paris, de l'institut océanographique et de l'école d'anthropologie. Il trouve d'heureuses expressions pour retracer la sympathique physionomie et le charme de ce grand seigneur, ami et protecteur de la science.

Dans une séance ultérieure, M. Henneguy prononcera l'éloge de ce regretté collègue.

La quinidine dans le traitement de l'arythmie complète. — MM. Vaquez et Leconte. Les nombreux travaux publiés sur l'emploi du sulfate de quinidine dans l'arythmie complète n'ont guère fourni que des données statistiques générales sur l'efficacité ou l'inefficacité de ce nouveau médicament. En revanche les auteurs ne se sont guère attachés à préciser dans quelles circonstances il semblait avoir son maximum d'effet et si son action était réellement utile aux malades.

Reprenant la question à ce double point de vue, d'après leurs observations personnelles, MM. Vaquez et Leconte montrent que la quinidine donne les résultats les plus nets et les plus durables lorsque l'arythmie complète ne relève pas d'une lésion valvulaire, notamment dans les cas d'arythmie complète « solitaire »; ils citent, à ce propos, l'observation d'un malade dont le rythme cardiaque est resté normal depuis plus de six mois.

Souvent nulle en apparence, parfois transitoire, plus rarement durable, l'action de la quinidine n'en n'est pas moins intéressante et digne de retenir l'attention. Même dans les cas où le cœur demeure irrégulier, elle se fait sentir en ralentissant les battements de cet organe et en contribuant à calmer les troubles fonctionnels; lorsque le rythme est régularisé, le travail du cœur se trouve soulagé et l'évolution de la maladie subit, de ce fait, un véritable temps d'arrêt. Ce résultat est d'autant plus précieux qu'il s'agit d'une arythmie demeurée jusqu'ici réfractaire à toute thérapeutique.

La quinidine mérite donc de prendre place dans la pharmacopée cardiaque; elle ne comporte, du reste, aucun inconvénient sérieux, du moment qu'on ne l'emploie pas dans des cas d'insuffisance avancée du cœur et qu'avant d'y recourir, on procède à une cure toni-cardiaque préalable.

Tachysystolie et fibrillation auriculaires larvées : Interprétation des données cliniques et thérapeutiques. — MM. Paul Ribierre et René Giroux, en rapportant une observation clinique, accompagnée d'électrocardiogrammes en série, montrent que, seule, l'électrocardiographie peut permettre de déceler des formes sévères d'arythmie auriculaires se dissimulant sous le masque d'une tachycardie paroxystique totale ou d'une arythmie extrasystolique.

La tachysystolie et la fibrillation auriculaires peuvent même exister dans des périodes d'intégrité fonctionnelle en apparence complète. L'électrocardiographie apporte donc à l'exploration clinique, considérée dans le sens le plus concret et le plus pratique des éléments d'information sans lesquels erreraient le diagnostic et, ce qui est plus grave, le pronostic. Cette méthode est également la seule qui permette d'apprécier à leur juste valeur les guérisons cliniques obtenues par la quinidine; dans le cas rapporté par les auteurs, elle montra la persistance des troubles auriculaires, malgré la sédation clinique de l'arythmie.

Enfin, à un point de vue plus général, ces documents électrocardiographiques établissent les relations étroites qui peuvent exister entre des troubles du rythme cardiaque qui paraissaient naguère comporter, dans tous les cas, une signification et un pronostic bien différents. En particulier, le pronostic des arythmies extrasystoliques peut être révisé à la lumière de ces données.

Si donc, les difficultés d'ordre matériel privent encore trop de médecins des renseignements primordiaux fournis par l'exploration électrocardiographique, on doit souhaiter que les centres universitaires et hospitaliers soient plus généreusement pourvus, qu'ils ne le sont actuellement, des installations susceptibles d'apporter un appoint si précieux à la clinique.

Régime alimentaire des diabétiques. — M. Henneguy présente une note de M. Jean Dumont, professeur à l'école nationale d'agriculture de Grignon, sur le régime alimentaire des diabétiques. La substitution des hydrates de carbone fructosigènes aux hydrates de carbone glucosigènes provoque en peu de temps la chute du glucose urinaire tout en permettant une alimentation normale non déprimante, puisque le malade trouve dans les aliments fructosés et fructosigènes les matières hydrocarbonées génératrices de chaleur et de force. Les plantes inulinifères de la famille des composées : topinambours, artichauts, scorsonères, salsifis, donnent d'excellents résultats dans l'alimentation des glycosuriques en agissant, à la fois, sur la digestion intestinale et sur les fonctions physiologiques de la nutrition.

Tuberculose et grossesse. — M. Desmarest fait une intéressante communication sur ce sujet. Il apporte sept observations de femmes tuberculeuses ayant mené à terme leur grossesse et dont la tuberculose se serait améliorée sous l'influence de cette grossesse.

M. Léon Bernard à ce propos rappelle qu'on se trouve en présence de deux opinions opposées, l'une qui admet que dans la grande majorité des cas la tuberculose se trouve aggravée par la gestation, l'autre au contraire qui soutient que le plus souvent la gestation améliore la tuberculose. La vérité est que le plus souvent, elle l'aggrave. Parfois même la gestation déclanche une tuberculose latente. Il est vrai aussi que parfois la gestation n'exerce aucune action sur la tuberculose. Enfin il peut se trouver des cas où l'influence de la grossesse sur la gestation est plutôt favorable. Mais c'est l'exception. Bien plus souvent cette influence est pernicieuse. Faut-il en conclure qu'il faut interrompre la grossesse? Evidemment non, d'autant que l'enfant né d'une femme tuberculeuse n'est pas lui-même tuberculeux. Il ne le devient après que par l'allaitement et le contact fréquent avec la mère. Aussi pour soustraire l'enfant à la contamination, le devoir qui s'impose est de le séparer de sa mère.

M. Wallich appuie l'opinion émise par M. Léon Bernard et considère, comme lui, l'influence favorable de la gestation sur la tuberculose comme tout à fait exceptionnelle.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 JUIN 1922)

Le zona et la varicelle. — M. Comby apporte une statistique des plus documentées sur la fréquence et les caractères du zona chez l'enfant.

A propos de la communication de M. Netter, il soutient qu'il n'existe aucun rapport entre le zona et la varicelle.

M. Sicard partage l'opinion de M. Comby; il fait remarquer qu'il n'existe pas de lymphocytose rachidienne dans la varicelle et qu'il ne semble pas y avoir d'immunité de la varicelle pour le zona.

M. Harvier a observé récemment une épidémie de varicelle et n'a rencontré aucun cas de zona. D'ailleurs, il insiste après M. Sicard, sur l'absence d'immunité croisée en ce qui concerne le zona et la varicelle.

M. Siredey rapporte l'observation d'un enfant qui, à l'âge de quatre ans et demi, a présenté une varicelle et deux ans après un zona des plus caractérisés.

M. P.-E. Weill souligne que, dans certains cas, l'immunité peut être passagère et de courte durée et que, pour lui, ce facteur ne permet pas d'écarter les rapports possibles entre le zona et la varicelle.

M. Netter se basant sur une longue observation des faits soutient que la varicelle est souvent consécutive au zona. A ce propos, il pense qu'il y a lieu de distinguer le zona classique des éruptions zostériformes et rapporte que des auteurs anglais ont résumé plus de 100 observations de varicelle consécutives au zona.

M. Baudouin résume l'observation d'un malade qui, à la suite d'une vaccination positive a présenté, douze jours après, une éruption de zona des plus nets.

M. Milian fait remarquer que dans son service où il existe toujours des cas de zona, il n'a jamais observé de cas de varicelle.

M. Thiroloix pense, en faveur de l'opinion émise par M. Netter, qu'il y a lieu de noter qu'on n'a jamais constaté de zona consécutif à une varicelle.

Valeur des examens radioscopiques en série dans les affections du carrefour duodéno-pylorique. — MM. Enriquez, Durand et Keller signalent les résultats obtenus par l'examen radioscopique en série de 80 cas environ de lésions de l'estomac, du duodénum et de la vésicule biliaire.

Dans 17 cas d'ulcus duodénal, 10 furent opérés et le diagnostic clinique et radiologique fut confirmé.

Dans 6 cas d'ulcus gastrique opérés, l'opération confirma le diagnostic posé. Dans 7 cas de périduodénite, l'opération démontra l'exactitude des données radiologiques.

Enfin, 3 cas de calculs de la vésicule furent vérifiées par le chirurgien.

Les auteurs soulignent l'importance des examens radioscopiques.

Présence d'un bacille paratyphique B, dans le sang d'un pneumonique sans fièvre paratyphoïde. — MM. A. Lemierre et J. Lévesque ont isolé du sang d'un pneumonique en bacille paratyphique B. La pneumonie a évolué d'une façon normale, il n'existait aucun signe de fièvre typhoïde. Le para B s'est comporté comme un saprophyte inerte ; il ne comporte donc pas une signification, aussi absolue que celle de l'Eberth ou du para A. Il peut s'observer comme agent d'infection secondaire, et modifier sensiblement le tableau symptomatique ou ne s'accuser, comme dans le cas des auteurs, par aucun signe spécial, ni par aucun phénomène humoral. On peut alors admettre qu'il n'exerce aucune action pathogène.

Epreuve biliaire pour le diagnostic et le traitement de la dysenterie amibienne. — MM. Le Noir et Mathieu de Fossey rapportent une méthode pour faciliter le diagnostic et le traitement des formes anciennes et rebelles de dysenterie amibienne. Elle consiste à donner au malade des extraits biliaires per os jusqu'à provocation d'une diarrhée (9 comprimés ou capsules par jour, en augmentant de 1 comprimé à chacun des trois repas, jusqu'à débâcle. A ce moment, lorsque l'épreuve est positive, les selles présentent non seulement des kystes en grande quantité, mais encore des amibes vivantes.

Cette méthode est intéressante au triple point de vue :

1° Diagnostic, en mettant en évidence l'amibiase.

2° Thérapeutique, en permettant d'agir d'une façon plus efficace sur les formes amibiennes jeunes.

3° Pronostic, en permettant de confirmer une guérison.

Artrotyphus éberthien. — MM. Thiroloix et Harmelin rapportent l'observation d'un malade qui, après une crise de rhumatisme articulaire aigu, et secondairement une arthrite tibio-tarsienne, a présenté vingt et un jours après le début des accidents, une fièvre typhoïde avec hémoculture positive. L'autopsie a montré des ulcérations étendues de l'intestin bien que le malade n'ait jamais présenté de diarrhée, mais par contre du mæléna persistant.

Fièvre de Malte à forme ambulatoire traitée par la vaccinothérapie. — MM. Noël Fiessinger et G. Blum rapportent l'observation d'une fièvre de Malte qui évolua par poussées fébriles de trois jours, survenant tous les six ou sept jours. Le diagnostic fut établi sur plusieurs agglutinations à des taux très élevés et avec des sérums chauffés.

On fit deux vaccinations avec le vaccin de l'Institut Pasteur. Les poussées fébriles furent heureusement influencées, mais à chaque ébauche ultérieure de poussée fébrile, les foyers d'inoculation subissaient une évolution congestive et douloureuse reproduisant ainsi les phénomènes de la souscutiréaction, préconisée par Burnet, pour le diagnostic de la melitococcie.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 12 JUIN 1922)

Sur les injections intraveineuses de salicylate de soude. — M. Guinon appuie ce que M. Lesné a dit à la dernière séance sur l'emploi de cette méthode de traitement dans certaines formes graves, avec hyperthermie persistante ou endo-péricardites graves du rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant.

MM. Aviragnet, Méry, Netter, remarquent que ces cas sont exceptionnels et que l'ingestion du salicylate par la bouche est toujours suffisante quand la dose est assez forte et le diagnostic précoce; mais l'obstacle réside dans la difficulté de ce diagnostic précoce chez l'enfant.

Enfant hypothyroïdien atteint de rétrécissement pulmonaire. — M. P. Merklen présente un garçon de seize ans,

petit, obèse, arriéré, ectopie testiculaire double. Il présente un rétrécissement pulmonaire avec cœur en sabot, sans cyanose, de la choriorétinite proliférante de l'œil gauche. Wassermann négatif. Traité par les injections d'extrait thyroïdien, il se comporte comme un hyperthyroïdien.

M. VEAU signale aux chirurgiens l'inutilité d'opérer l'ectopie chez de tels malades. Les testicules restant toujours atrophiés.

Syndrome adiposo-génital avec malformation des quatre extrémités, agénésie dentaire de deux incisives, hérédo-syphilis. — MM. APERT et R. BROCA se demandent si ces malformations sont liés à des troubles hypophysaires. La radiographie du crâne de l'enfant présenté ne montre rien de particulier.

M. LEREBOULLET à ce sujet montre un enfant de treize ans présentant le syndrome hypophysaire typique (retard de croissance, troubles vaso-moteurs des extrémités, surcharge graisseuse), la selle turcique est normale, on trouve des stigmates d'hérédo-syphilis, signe d'Argyll-Robertson net, réactions méningées. Il rattache les accidents à une encéphalo-méningite chronique et rejette leur origine hypophysaire.

Gangrène disséminée de la peau chez un scarlatineux au cours d'accidents sériques. — MM. LESNÉ, LEFÈVRE et LAFITTE. Dans la convalescence de scarlatine normale avec angine diphtérique bénigne, onze jours après injection de sérum antidiphtérique, apparition de plaques de gangrène en différents points du corps, mort quatre jours après. Il s'agit d'accidents sériques et non d'anaphylaxie, l'enfant n'ayant pas eu auparavant d'injection de sérum.

MM. NETTER, Jean HALLÉ, LESNÉ, remarquent qu'il ne s'agit pas là de l'exagération du phénomène d'Arthus amenant de la gangrène au point d'injection comme MM. Aviragnet et Jean Hallé en ont rapporté des cas. Il s'agit bien d'accidents sériques graves superposables aux accidents anaphylactiques.

Un cas d'acné bromique chez un nourrisson. — M. GUINON présente un cas typique d'acné hypertrophique géant chez un nourrisson dû à l'ingestion prolongée d'un sirop calmant contenant du bromure.

M. COMBY rapporte deux cas analogues dans lesquels l'origine de l'éruption avait été longtemps ignorée. Dans l'un d'eux il s'agissait d'un enfant nourri au sein et la mère était soumise depuis plusieurs mois à un traitement bromuré.

Etat méningé variable chez un enfant né de parents syphilitiques. Tumeur cérébrale probable. — MM. L. GUINON et HIRSCHBERG présentent un enfant qui a présenté tous les signes cliniques et cytologiques d'une méningite tuberculeuse. Les parents étant syphilitiques on fit le traitement spécifique qui amena une amélioration nette. Puis des signes de compression cérébrale apparurent très améliorés par une trépanation décompressive.

M. BABONNEIX rappelle qu'une évolution semblable peut être observée dans les gliomes qui sont améliorés par le traitement spécifique.

Sarcome kystique simulant une tuberculose péritonéo-pleurale. — MM. ARMAND-DELILLE, ISAAC-GEORGES et DUCROHET amènent un enfant ayant présenté tous les signes d'une tuberculose péritonéo-pleurale à marche rapidement mortelle. L'autopsie montre un sarcome pelvien en dégénérescence kystique. Seule la rapidité de l'évolution eût pu faire soupçonner le diagnostic. MM. Méry et Veau, citent des cas analogues, et M. Veau montre l'utilité en cas de doute de faire une laparotomie exploratrice, sa malade ayant rapidement guéri après l'exérèse de sa tumeur.

Redressement des pieds bots par la méthode d'Albee. — M. OMBRÉDANNE présente un enfant traité par cette méthode qu'il a employé quatorze fois. Le redressement chirurgical d'un pied bot peut comporter soit l'ouverture du pied du côté de la concavité (Phelps-Kirmisson), soit la résection cunéiforme du côté convexe (Farabeuf-Broca). L'opération d'Albee consiste à réséquer un coin du côté convexe et à l'inclure dans une ouverture du côté concave. On a ainsi un redressement solide et le sacrifice osseux est diminué de moitié.

Splénomégalie tuberculeuse. Volumineux tubercules caséeux ramollis de la rate. — MM. NOBÉCOURT et NADAL présentent une rate tuberculeuse de 740 grammes provenant d'un enfant de sept ans. Cliniquement, la maladie s'est caractérisée pendant six mois par un amaigrissement progressif, une fièvre à grandes oscillations associés à une minime adénapathie trachéo-bronchique évolutive. L'enfant est mort de granulie à prédominance méningée. A l'autopsie, à côté de lésions granuliques récentes et de deux petits ganglions médiastinaux caséifiés, les grosses lésions tuberculeuses se trouvaient dans la rate qui contenait deux gros tubercules du volume d'une mandarine ramollis en leur centre, véritables abcès froids spléniques et quelques tubercules plus petits à l'état de crudité.

Un cas de péritonite primitive à pneumocoque. Guérison. — MM. GUINON et HIRSCHBERG présentent un enfant de neuf ans qui a guéri spontanément d'une péritonite à pneumocoque. Ils montrent qu'il ne faut pas se presser d'opérer les péritonites à pneumocoque et gonocoque de l'enfant, elles guérissent souvent spontanément.

Hernie cérébrale guérie par des injections interstitielles de liquide formolé. — MM. MADIER, HUC et WILMOTTE, présentent un enfant de dix ans qui fit à la suite d'une fracture ouverte du crâne une hernie cérébrale, traitée par l'excision et autoplastie cutanée elle récidiva. En deux séances d'injections interstitielles de liquide formolé de Morestin la tumeur se flétrit, et la plaie cutanée se cicatrisa.

M. HALLOPEAU a eu de très beaux résultats dans sa pratique de guerre par la même méthode.

Deux observations de péritonites aiguës à pneumocoques chez des nourrissons. — MM. RIBADEAU-DUMAS et Jean MEYER en présentent deux observations très différentes. Dans la première, la péritonite s'ouvrit le troisième jour à l'ombilic, ce qui fit porter le diagnostic. Dans la deuxième, le diagnostic resta en suspens. Il se discutait avec ceux de choléra infantile et d'invagination. Les auteurs insistent sur sa difficulté; il y faut penser lorsque éclate subitement un syndrome digestif aigu avec vomissements, diarrhée verte, météorisme abdominal, fièvre surtout chez un enfant nourri au sein, alors même que le ventre reste souple et qu'il n'y a pas de matité dans les parties déclives. Un diagnostic précoce permettrait peut-être une thérapeutique efficace, chirurgicale et sérothérapique.

Immunité et prophylaxie antidiphtérique chez le nourrisson. — MM. LESNÉ, BOUTELIER et LAUGERON. La diphtérinoréaction met en évidence que le nouveau-né de moins de six mois est aussi souvent réfractaire à la diphtérie que l'adulte; cet état réfractaire a disparu à l'âge d'un an pour faire place à une grande réceptivité. La réaction est toujours de même sens chez la mère et chez son enfant âgé de moins de six mois. L'allaitement maternel, semble prolonger chez le nourrisson l'immunité héréditaire pendant un certain temps. L'état réfractaire est temporaire; la diphtérinoréaction peut d'un jour à l'autre de négative, devenir positive; cette épreuve ne peut donc être d'aucune utilité pour la prophylaxie antidiphtérique chez le nourrisson. La vaccination antidiphtérique est sans efficacité au-dessous de dix-huit mois. La séro-prophylaxie et l'ensemencement des coryzas tenaces, restent donc les meilleurs moyens de lutter contre la propagation de la diphtérie dans les groupements d'enfants de moins de deux ans.

Elections. — MM. REH (de Genève) et TAILLENS (de Lausanne) sont nommés membres correspondants de la Société.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 24 JUIN 1922)

Choc peptonique sur le lapin. — MM. L. GARRELON, D. SANTENOISE et R. THUILLANT exposent les résultats qu'ils ont obtenus en étudiant, chez le lapin, les rapports existant entre le tonus vagosympathique et la manifestation du choc peptonique.

Ils ont d'abord constaté par l'étude du réflexe oculo-cardiaque que le lapin est généralement hypovagotonique, c'est vraisemblablement à cause de cette hypovagotonie que l'on n'observe pas chez lui de réaction hypotensive à la suite d'une première injection de peptone.

Les auteurs ont, en effet, observé quelquefois des lapins nettement vagotoniques avant l'injection, et ces animaux ont présenté, après l'injection, une hypotension assez légère, mais nettement marquée et proportionnelle à l'état de vagotonie antérieure. De plus, une injection préalable de pilocarpine augmentant l'excitabilité parasympathique permet la manifestation très nette du choc à la suite d'une première injection de peptone.

Enfin, dans toutes leurs expériences, les auteurs ont constaté la manifestation du tonus vagosympathique, comme chez le chien, cette manifestation leur apparaissant comme une des manifestations les plus constantes de l'intoxication peptonique.

Le vanadium dans la syphilis expérimentale du lapin et dans la syphilis humaine. — MM. Fournier, Levaditi et Schwartz. Trois corps appartenant à une même série de la classification de Mendeleef, l'arsenic, l'antimoine et le bismuth, sont donc d'un pouvoir énergique contre les spirilloses, les spirochétoses et les trypanosomiases. On devait se demander si les trois corps formant le sous-groupe de cette famille, le *vanadium*, le *niobium* et le *tantale* ne jouissent pas, eux aussi, à un degré quelconque, d'un pouvoir analogue sur les mêmes microorganismes. Grâce à M. le professeur Lebeau, les auteurs ont expérimenté avec les divers composés de ces trois métaux, en particulier, dans la syphilis. Le niobium et le tantale ne leur ont donné aucun résultat appréciable. Le vanadium, par contre, s'est montré d'un pouvoir tréponémicide élevé, se rapprochant de ceux de l'arsenic et du bismuth. La plupart des essais ont été faits avec le tartrovanadate de potassium, en injection sous-cutanée chez le lapin, sous-cutanée et intramusculaire chez l'homme, Chez le lapin, ce sel, à la dose de 0g015 à 0g020 par kilogramme, provoque la disparition des tréponèmes de vingt-quatre à quarante-huit heures, et la cicatrisation des lésions syphilitiques en trois à quatre jours. Dans la syphilis humaine, le tartrovanadate en solution à 2 ou 3 p. 100, administré à la dose de 0g10 à 0g15 tous les deux à trois jours, a donné les résultats suivants : disparition des tréponèmes après la première ou la deuxième injection; cicatrisation parfois très rapide des chancres et des syphilides érosives de la peau et des muqueuses ; disparition plus lente de la roséole et des éléments papuleux ; atténuation très marquée des adénopathies. Mêmes effets dans la syphilis tertiaire. Une observation plus prolongée des malades ainsi traités, montrera si le vanadium exerce seulement une action de surface, ou bien s'il est capable d'influencer profondément l'évolution de la syphilis. Quoi qu'il en soit, les résultats encourageants obtenus jusqu'ici dans le traitement de la syphilis humaine, justifient la recherche de nouveaux dérivés vanadiques à $\frac{C}{T}$ moins élevé.

Recherches expérimentales sur la perméabilité cellulaire aux ions. La perméabilité de la cornée est une perméabilité ionique élective. — MM. Mestrezat, P. Girard et V. Morax. L'étude de la perméabilité de la cornée de dehors en dedans montre que les ions d'une solution saline ne pénètrent pas dans l'humeur aqueuse en proportions *chimiquement équivalentes* en un *temps donné*.

La cornée est seule responsable de la déficience observée pour les cations. L'injection dans la chambre antérieure d'un œil énucléé d'une petite quantité d'une solution saline rendue isotonique par du saccharose ou du chlorure de sodium ne montre aucune précipitation ou fixation anormale de cations. On retrouve, en fin d'expérience, en quantités moléculairement équivalentes, les anions et les cations introduits. Avec le $(NO^3)^2Ca$, les anions et les cations sont comme 2 à 1 1.02, 2 à 1.08, rapports très différents de ceux signalés dans une note antérieure.

Si l'injection intraoculaire est faite sur un œil en place, chez l'animal vivant, des phénomènes de résorption vasculaire interviennent; les ions les plus habiles à traverser la cornée sont aussi ceux qui franchissent les premiers, la barrière endothéliale des vaisseaux; le milieu s'enrichit en cations.

Les phénomènes observés sont donc à rapporter uniquement à l'effet sélectif de la cornée vis-à-vis des ions. La loi de conservation des charges demeure, d'autre part, intangible; les effets sélectifs précédents se doublent donc d'échanges d'ions « compensateurs » fournis par les humeurs ou les milieux cellulaires.

En résumé, le résultat du jeu des lois précédentes aboutit à la création d'un chimisme spécifique de l'autre côté d'un septum organique, comme cela peut être le cas dans le protoplasma, chimisme qui peut n'avoir aucun rapport avec ce que laisseraient prévoir les seules lois de la thermochimie. La perméabilité cellulaire aux électrolytes est une perméabilité *ionique élective*; les membranes cellulaires sont perméables aux ions et non aux molécules et ceux-ci les traversent avec des vitesses variables.

La sclérose collagène sous-épendymaire dans un cas d'échinococcose cérébrale intraventriculaire. — MM. J. Lhermitte et F. Dévé, dans un cas de hyste hydatique intraventriculaire chez un enfant, ont constaté la présence, au-dessous du revêtement épithélial de l'épendyme du ventricule latéral, d'une épaisse lame de tissu collagène très pauvre en noyaux. Par sa face profonde, cette lame se continue insensiblement, en se délaminant, avec le réseau névroglique; en certains points, l'intrication des deux tissus apparaît particulièrement étroite. Il est très frappant que les vaisseaux ne présentent ni hyperplasie, ni sclérose de leurs parois et que, d'autre part, la réaction inflammatoire se limite à une infiltration lymphocytaire en petits foyers disséminés. Ceux-ci n'ont aucun rapport direct avec le développement de la membrane collagène sous-épendymaire, car, dans les régions étendues où la prolifération lymphoïde fait défaut, la sclérose collagène n'est en rien diminuée.

La production d'une telle membrane collagène sous-épendymaire est intéressante, non seulement en tant qu'elle témoigne de la parenté des réactions de l'encéphale vis-à-vis de l'échinocoque et du cysticerque, mais surtout en ce qu'elle montre, conformément à l'idée, défendue par M. Nageotte, que la substance collagène n'est pas spécifique du tissu conjonctif. Il y aurait lieu aussi de reviser nos connaissances relatives à la genèse des membranes collagènes dans plusieurs affections du système nerveux, telles que la syringomyélie, l'épendymite varioliforme, les gliomes. Si l'on admet, dans tous ces faits, que le tissu collagène dérive de la coalescence des adventices vasculaires, il est permis de penser que cette hypothèse est trop simpliste et que, sans doute, il est des cas où, comme le montrent Lhermitte et Dévé, la précipitation du collagène s'effectue indépendamment du tissu conjonstivo-vasculaire, en plein tissu ectodermique névroglique.

Anesthésie et réflexe linguo-maxillaire. — MM. H. Cardot et A. Laugier. Le seuil du réflexe linguo-maxillaire se déplace de façon très ample sous l'action des anesthésiques et suit d'une manière très précise et très délicate les diverses phases de l'anesthésie (chloroforme, alcool, chloral). L'étude des déplacements de ce seuil permet de préciser à chaque instant par un chiffre la profondeur de l'anesthésie.

La sécrétion de l'urée, du chlorure de sodium et du glucose au cours des perfusions rénales. — MM. P. Carnot et F. Rathery, au cours des très nombreuses perfusions qu'ils ont effectuées chez le chien, ont pu étudier le mode de sécrétion de l'urée du NaCl et du glucose.

Ils ont toujours noté une concentration de l'urée, une déconcentration du NaCl; quant au glucose, il est le plus souvent déconcentré dans l'urine, parfois il s'y concentre et le fait se rencontre surtout en cas d'hyperglycémie.

Le rein, dans la perfusion, fait donc acte véritablement sécréteur, concentrant l'urée, déconcentrant le NaCl, concentrant ou déconcentrant, suivant les cas, le glucose. Il est intéressant de faire remarquer que le rein dans la perfusion agit, toutes proportions gardées, exactement de la même façon et dans le même sens que chez le chien normal, en ce qui concerne la sécrétion de l'urée, du NaCl et du glucose.

M. A. Bouveyron. Parmi les nombreuses **substances qui**

troublent ou précipitent les solutions aqueuses des tuberlines diverses, peu d'entre elles suppriment complètement la cutiréaction à la tuberculine. Mais celles qui ont cette propriété appartiennent toutes jusqu'à présent au groupe des réactifs qui précipitent totalité ou partie des substances classées comme albumoses. Dans ce groupe, mentionnons l'action non décrite sur la tuberculine de l'acide taurocholique qui précipite les albumoses mais non les peptones de Kühne, et du sulfate de magnésie à saturation.

Rapport de sédimentation. — M. Ed. Peyre, à la suite de travaux entrepris déjà par de nombreux auteurs, notamment par Fahréus au cours de la grossesse et au cours de diverses affections, étudie en milieu citraté la rapidité de chute des éléments sanguins et apprécie, en outre, le volume du tassement globulaire, au bout de vingt-quatre heures de sédimentation (4 centimètres cubes de sang veineux sont recueillis dans une éprouvette graduée de 5 centimètres cubes contenant déjà 1 centimètre cube de citrate de soude à 5 p. 100).

Une courbe est inscrite qui permet de noter heure par heure l'importance du dépôt; celui-ci n'est pas nécessairement en rapport avec le nombre globulaire et les variations observées méritent d'être retenues; c'est ainsi que l'auteur propose le rapport : $R_s = \frac{V}{N}$; V représentant le volume du tassement achevé exprimé en centième de centimètre cube, et N le nombre de globules rouges par millimètre cube de sang.

Dans les cas normaux, R doit être égal à 1 ou plus de 1; un rapport inférieur est pathologique. A titre d'exemple chez des cancéreux pour lesquels de nombreux examens ont été pratiqués, les cas graves correspondaient à un rapport nettement inférieur à 1.

Sur quelques modifications hématologiques au cours du traitement du cancer du col de l'utérus par les rayons X et γ. — M. G. Roussy, Mme Simone Laborde, MM. R. Leroux et Ed. Peyre ont entrepris l'examen systématique du sang chez un certain nombre de cancéreux soumis au traitement curiethérapique et rœntgenthérapique pour voir s'il était possible de trouver un test biologique susceptible d'être mis en parallèle avec l'évolution clinique. De ces recherches longues et minutieuses qui nécessitent de multiples examens pour une même malade, les auteurs ne retiennent pour l'instant que celles relatives au cancer de l'utérus (73 cas) de façon à avoir des valeurs comparables, c'est-à-dire des cancers de même siège, de même forme et de même nature histologique.

Les recherches ont porté sur le nombre des globules rouges et des globules blancs, le taux de l'hémoglobine et celui des hétérolysines, la courbe de résistance globulaire, la sédimentation et la coagulation.

Des résultats obtenus à l'heure actuelle, il résulte que l'on peut envisager deux formules hématologiques bien distinctes pour les cas à évolution clinique favorable et pour ceux qui sont en voie d'aggravation. Chacun des éléments étudiés n'a pas de valeur absolue en lui-même; cette valeur ne s'acquiert que par le rapport des différents éléments les uns avec les autres. De plus, ces examens doivent être renouvelés en série, tous les dix jours par exemple, et ce n'est que par leur étude comparative qu'ils fournissent des résultats intéressants.

Les deux types hématologiques sont les suivants. *Cas favorables :* stabilité ou ascension du nombre des globules rouges, leucocytose moyenne ou en décroissance, hématoblastes isolés peu nombreux, taux de l'hémoglobine élevé ou en ascension, tendance à l'hyperrésistance, stabilité de la courbe de sédimentation, hypocoagulabilité avec irrétractilité du caillot, index hémolytique élevé (1/70 à 1/250). — *Cas défavorables :* Variabilité et décroissance du nombre des globules rouges, variabilité du nombre des globules blancs, hématoblastes nombreux et groupés, taux de l'hémoglobine bas et décroissant, évolution vers l'hyperrésistance; tassement de sédimentation très bas, coagulabilité exagérée, index hétérolytique bas ou diminuant.

L'examen du sang paraît donc fournir un moyen de prévoir et de suivre les réactions générales de l'organisme au cours du traitement par les radiations. Lorsque, avant tout traitement, la formule hématologique est défavorable, l'irradiation par rayons X ou γ du radium, pratiquée avec la technique et les méthodes habituelles, a tendance à accentuer les troubles généraux. Il faudra donc agir avec prudence et, s'il y a lieu, modifier le mode habituel de distribution des doses de rayonnement. Lorsque, au contraire, avant tout traitement, la formule hématologique est favorable, l'irradiation peut en amener momentanément l'altération, mais celle-ci est en général passagère et le pronostic reste bon.

Election. — M. Ch. Richet fils est nommé membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 9 juin 1922)

A propos des fractures de la rotule. — M. Peraire présente trois radiographies de fractures de la rotule traitées avec succès par l'encerclement par une torsade de bronze aluminium. Il considère que la griffe de Malgaigne ne peut avoir que des inconvénients. L'encerclement permet le lever au troisième jour, la mobilisation au huitième et la guérison en un mois.

A propos de l'endémie goitreuse. — M. F. Regnault confirme les observations de M. Léopold Lévi en montrant la coexistence de l'endémie goitreuse et du syndrome de Basedow, celui-ci présentant tous les degrés jusqu'au goitre exophtalmique typique.

Cancer du côlon droit. — M. V. Pauchet présente un gros intestin réséqué pour cancer du côlon droit siégeant à l'union du cæcum et du côlon ascendant et en présentant tous les symptômes, coliques, pas d'occlusion, masse au palper, pas de constipation, pas de stase à la radio, etc., sauf l'hémorragie. Le cancer du côlon gauche, au contraire, est sténosant, cicatriciel, squirrheux, sans hémorragie, provoquant de la constipation ou de l'occlusion chronique. La tumeur, quoique très adhérente, a été enlevée sans section de l'uretère et l'opération terminée par une anastomose iléo-transverse.

Aiguilles et canules-trocarts montés sur bague pour toute prise de sang. — M. Rosenthal.

Trachéofistulisation pulvérulente. — M. Rosenthal étudie la technique qui permet de pulvériser directement dans la trachée, soit les sels de chaux (calcification transtrachéale), soit les germes microbiens (vaccination transtrachéale). Cette dernière technique permet l'utilisation des corps microbiens sans excipient.

Nouvelle technique opératoire des dacryocystites sans cicatrice extérieure. — M. Bourguet a pratiqué ce procédé sur 18 malades avec 16 bons résultats sans cicatrice extérieure : décollement de la muqueuse nasale de la branche montante du maxillaire supérieur et du cornet inférieur sur ses deux faces, résection de la moitié antérieure de cet os et ouverture du canal osseux lacrymo-nasal dans sa partie inférieure; ouverture de bas en haut de toute la partie interne de ce canal; ablation de toute la paroi interne du canal lacrymo-nasal membraneux et du sac, sur une sonde introduite dans les voies lacrymales; réapplication et sutures de la muqueuse nasale décollée.

A propos d'une opinion nouvelle sur la scoliose. — M. Roederer estime que les déformations thoraciques sont souvent liées à des déficiences respiratoires, et dans ces cas sont bénignes : ce sont les anomalies du genu qui entraînent des scolioses à pronostic sévère.

La corolle nosographique des états endocriniens. — M. Léopold Lévi a donné le nom d'angiocrinien à des sujets qui présentent d'une façon paroxystique et répétée des troubles vaso-moteurs, congestifs et sécrétoires des fluxions aiguës d'origine endocrinienne; se basant sur la similitude des syndromes et des symptômes, sur le substratum vaso-moteur ou vaso-sécrétoire commun, pour considérer les accidents de l'arthritisme, du nervosisme, de l'anaphylaxie, de la colloïdoclasie et des états pseudo-infectieux comme les pétales d'une même corolle angiocrinienne.

De quelques moyens simples pour rendre franchissable une sténose œsophagienne qui ne l'est plus. — M. GUISEZ pense que ces sténoses sont infranchissables du fait du spasme secondaire dû à l'œsophagite de la poche sus-jacente à la sténose : d'où traitement, préparation nécessaire de deux ou trois jours, alimentation uniquement liquide, pas de lait qui peut donner lieu à des fermentations secondaires ; puis, on entreprend la dilatation qui se fait toujours très facilement.

Le traitement de la syphilis héréditaire — M. LEREDDE pense que la plupart des enfants syphilitiques meurent parce que la syphilis n'est pas reconnue ou qu'elle est mal soignée. La méthode classique des frictions mercurielles est barbare. La syphilis de l'enfant doit être traitée comme celle de l'adulte et le traitement doit être précoce, régulier et énergique, les résultats contrôlés par le laboratoire.

Luchon, sources sulfureuses et radioactives. — M. BAQUÉ présente un intéressant travail sur les propriétés des eaux de Luchon, sulfureuses et radio-actives ; il insiste surtout sur cette dernière propriété, donne les principales indications de la cure et insiste sur son double climat.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES
de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 26 MAI 1922)

Pyomélie et cancer du col. — MM. LAPEYRE et VINON présentent des pièces prélevées à l'autopsie d'une malade de cinquante-huit ans, décédée subitement au cours de l'évolution d'un épithélioma du col utérin. L'utérus dont la paroi épaissie contient quelques petits nodules myomateux est transformée en une masse assez régulièrement sphérique du volume d'une tête fœtale. Contenant environ un litre de pus. La cavité corporéale est complètement close. Le col oblitéré par le développement de l'épithélioma cervical. Les auteurs insistent sur la fréquence relative du pyomètre dans l'histoire du cancer du col (6 p. 100, Bürkle), mais sur la rareté d'aussi volumineuses collections que celle rapportée.

Prise de courant pour ampoule Collidge. — M. PECH.

Tumeur développée aux dépens des glandes sudoripares. — M. GRYNFELTT.

Les injections de lait en thérapeutique oculaire. — M. H. VILLARD.

(SÉANCE DU 2 JUIN 1922)

Os surnuméraire du pied. — M. ETIENNE présente des radiographies de squelette du pied au niveau duquel existe un os tibial externe dont la méconnaissance fit admettre comme ostéite tuberculeuse et traitée comme telle pendant deux ans, une arthrite traumatique de l'articulation du scaphoïde et du tibial externe avec atrophie osseuse.

Un cas de leucémie myéloïde. — MM. DUCAMP, GUEIT et BOULET.

L'emploi du chlorure de calcium en injections intraveineuses. — M. LAUZE.

Cancer de la vessie et métastase osseuse simulant une tumeur primitive. — MM. FORGUE, ROUX et PUECH apportent l'observation d'un malade présentant une tumeur de la région lombo-fessière gauche, sans autre symptôme physique ou fonctionnel que des douleurs lombaires irradiées dans le membre inférieur. A trois reprises, depuis huit ans, le malade avait présenté une prématurie massive, sans autre phénomène urinaire. Une cytoscopie a montré la présence d'une large ulcération néoplasique siégeant dans la zone urétérale droite et l'examen biopsique de la tumeur lombaire a décelé une métastase osseuse d'un cancer tubulé baso-cellulaire. Il s'agissait de la localisation secondaire du cancer vésical développé vraisemblablement sur une tumeur bénigne dégénérée.

CONGRÈS

IVe CONGRÈS ITALIEN DE RADIOLOGIE (Bologna, 9-10-11 mai 1922.) — Le IVe Congrès de radiologie a eu lieu dans les grandioses locaux de l'Institut orthopédique Rizzoli sous la présidence du prof. A. Busi avec le concours d'un grand nombre de radiologues, médecins et techniciens.

Le prof. Senateur O. Corbino (de Rome) a exposé dans une très savante conférence les principes actuels radio-physiques en relation à leur application en thérapie. Puis le prof. Balli (de Modène) a présenté son rapport sur les « Limites entre le normal et le pathologique dans la radiologie de l'appareil digestif », illustrant par de nombreux radiogrammes les problèmes les plus complexes qui se présentent dans l'étude radiologique de l'appareil digestif.

Cet intéressant rapport a donné lieu à une ample discussion complétée par plusieurs communications ayant trait à l'argument traité par le rapport. Signalons une très importante communication du prof. Tandoia (de Naples) sur l'ulcère duodénal, ainsi que celles des prof. Ceresole, Alessandrini, Maragliano, etc.

La discussion des questions ayant rapport à la thérapie profonde a occupé plusieurs séances. Y ont pris part d'une manière spéciale les prof. Sighinolfi, Nigrisoli, Perussia, Bertolotti, Ponzio, Spinelli, etc.

La valeur de la thérapie Rœntgen de la malaria a été étudiée particulièrement par le Dr Pais et par les prof. Rossi (de Parma), Spagnolio (de Messina). Le prof. Gortan (de Trieste) a étudié ensuite la thérapie des tumeurs cérébrales, et le prof. Gavazzeni la maladie de Basedow ; en tout on a présenté 95 communications sur différents thèmes de diagnostic et de thérapie radiologiques.

Pendant le Congrès a eu lieu une exposition d'appareils radiologiques, à laquelle ont pris part bon nombre d'importantes maisons constructrices ; l'industrie italienne représentée par les maisons Bobbio à Cardolle, Corla, Balzarini a été très remarquée.

L'assemblée générale a proclamé président honoraire de la Société le prof. Senateur O. Corbino et a élu pour deux ans président effectif le prof. Bertolotti, vice-président le prof. Balli ; elle a confirmé comme secrétaire le prof. Ponzio (de Turin) et comme rédacteur en chef du journal le prof. Perussia (de Milan).

Le Ve Congrès aura lieu à Palerme en octobre 1923, sous la présidence du prof. Scaduto. Le prof. Arnone sera vice-président.

LIVRES NOUVEAUX

L'Année thérapeutique [2e année, 1921] (1), par L. CHEINISSE.

« Les médications de l'année à l'usage des praticiens ». Tel est le sens du recueil que publie pour la deuxième fois notre distingué confrère M. Cheinisse. Tous les médecins qui veulent se tenir au courant du mouvement thérapeutique devront lire ce livre et le garder dans leur bibliothèque. L. G.

La Femme amoureuse. Les élus de la femme. Les hommes d'amour (2), par Henri D'ALMERAS.

Quels sont les hommes que préfèrent les femmes ? De la curieuse étude psychologique à laquelle vient de se livrer l'auteur, il semble résulter que ce sont naturellement les plus beaux mais aussi les plus intelligents, ce sont encore ceux qui ont conservé la jeunesse d'aspect qui coïncide toujours avec la jeunesse d'âge.

Les exemples de Gœthe et de Chateaubriand montrent que cette jeunesse peut se prolonger assez loin Mais, hélas ! ce sont des exceptions. L. G.

(1) In-8 de 144 pages. — Prix : 6 fr. net. — Paris, Masson et Cie.
(2) In-8. — Prix : 6 fr. 75. — Paris, Albin Michel.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.
Etudiants étrangers, **25** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **7** fr. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — Agen. — Une place d'interne en médecine est actuellement vacante à l'hôpital d'Agen. Service intéressant de chirurgie et de médecine générale.

Conditions : 14 inscriptions au minimum. Avantages : nourriture, logement, chauffage, éclairage et blanchissage. Indemnité de 1.200 francs par an.

S'adresser au directeur de l'hôpital Saint-Jacques, à Agen (Lot-et-Garonne).

— Lyon. — Le mardi 14 novembre 1922, le Conseil général d'administration des hospices civils de Lyon ouvrira un concours public pour la nomination de pharmaciens adjoints des hôpitaux de Lyon.

La date de la clôture du registre d'inscription a été irrévocablement fixée au samedi 28 octobre 1922, à 11 heures du matin.

Pour toutes autres conditions d'admission au concours, consulter l'affiche ou s'adresser à l'administration centrale des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, n° 44, bureau du personnel.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. Fourment est délégué dans les fonctions de chef des travaux pratiques de botanique et matière médicale, en remplacement de M. Lasserre, admis à la retraite.

M. Micheleau, agrégé, est chargé, en outre, d'un cours complémentaire de pathologie interne, en remplacement de M. Mauriac, appelé à d'autres fonctions.

— Lyon. — M. Moreau, professeur de matière médicale et botanique, est nommé à la chaire de pharmacie.

M. Pic, professeur de thérapeutique, est nommé professeur de thérapeutique, hydrologie et climatologie.

M. Rhenter, ancien chef de clinique, est chargé d'un cours complémentaire d'accouchements.

— Montpellier. — M. Estor, professeur de clinique chirurgicale infantile, est nommé à la chaire de clinique chirurgicale.

M. Massabuau, professeur d'anatomie pathologique, est nommé à la chaire de clinique chirurgicale infantile.

M. Rimbaud, agrégé, est chargé d'un cours de pathologie interne, en remplacement de M. Leenhardt.

— Nancy. — M. Meyer, professeur de physiologie, est nommé doyen pour trois ans, à dater du 1er mai 1922.

M. Michel, professeur de médecine opératoire, est nommé à la chaire de clinique chirurgicale.

M. Lalanne est chargé d'un cours de clinique des maladies mentales.

— Toulouse. — M. Abelous, professeur de physiologie, est nommé doyen pour trois ans, à dater du 1er mai 1922.

M. Vallois, agrégé, est nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. Soulié, décédé.

M. Valdiguié, chef de travaux de chimie biologique, est chargé, en outre, d'une conférence de pharmacie.

M. Faure, chef des travaux d'histologie, est chargé, en outre, d'un cours de zoologie médicale et parasitologie, en remplacement de M. Vallois, appelé à d'autres fonctions.

M. Roques, préparateur de thérapeutique, est nommé chef des travaux de zoologie médicale et parasitologie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Sont admis à faire valoir leurs droits à une pension de retraite :

A compter du 1er mai 1922 : M. Thibault, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

A compter du 1er août 1922 : M. Ricquiert, chef de travaux à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

A compter du 31 octobre 1922 : M. Morin, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

— Amiens. — M. Bax est institué, pour une période de neuf ans à partir du 1er novembre 1921, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

M. d'Hardiviller, professeur, est chargé, en outre, des fonctions de chef des travaux d'histologie.

M. Chazarain, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé professeur de physiologie, en remplacement de M. Boussavit, retraité.

M. Loygue est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux de physiologie.

— BESANÇON. — M. Morin, pharmacien supérieur de 1re classe, est chargé d'un cours de chimie et toxicologie.

— CAEN. — M. Danjou, ancien suppléant, chargé de cours de pharmacie et matière médicale, est chargé, en outre, des fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

— MARSEILLE. — M. Costa, chargé d'un cours de bactériologie, est nommé professeur de bactériologie.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile privé d'aliénés de Pontorson (Manche).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Depasse, médecin honoraire du Sénat; Gressin (d'Aubigny-Ville), L. Jeanneret (de Lausanne), Georges Martin (de Bordeaux), Mazzeo (de Naples).

JURISPRUDENCE ET LEGISLATION

HONORAIRES MÉDICAUX

Le malade, une fois guéri, trouve souvent que le médecin exagère quand il lui réclame le montant de ses honoraires et espère qu'en obligeant le médecin à recourir aux tribunaux il le lassera ou obtiendra de lui une réduction, escomptant que le médecin préférera cette dernière solution pour ne pas avoir de frais de procédure à exposer et aussi pour éviter les ennuis et les dérangements que cause un procès.

La plupart du temps, le client débiteur se trompe; et les tribunaux le lui montrent. L'espèce qui est rapportée présente cet intérêt que la 7e Chambre du tribunal civil de la Seine a tenu compte dans son appréciation de l'augmentation des tarifs qui s'est produite après la guerre :

« Attendu que suivant exploit de Coupa, huissier à Paris, en date du 1er juin 1920, le docteur D... réclame aux époux X..., le paiement d'une somme de 1.260 francs pour soins médicaux donnés à la dame X..., de février à juin 1919.

Attendu que les défendeurs déclarent cette demande exagérée, en offrant à la barre pour solde, le paiement d'une somme de 835 francs;

Que, suivant leurs dires, les visites du docteur D... devraient être toutes calculées au taux de 10 francs et les piqûres au taux de 15 francs l'une.

Que ce dernier prétend être fondé à compter l'honoraire de ses visites au taux de 15 francs, le tarif de 10 francs ayant été appliqué par lui dans un but de modération, lorsqu'il a été appelé à faire deux visites dans la même journée;

Qu'en outre, il se considère comme fondé à réclamer le taux de 30 francs pour chacune des neuf piqûres intraveineuses auxquelles il a procédé;

Attendu qu'il y a lieu de tenir compte, en l'espèce, de la gravité de la maladie de la dame X... qui a mis ses jours en danger et nécessité l'appel, en consultation, d'un médecin des hôpitaux, *et en outre des tarifs habituellement pratiqués par les praticiens de Paris, au cours de l'année 1919;*

Que le tarif de 15 francs par visite réduit à 10 francs, lorsque le médecin a été appelé deux fois dans la même journée n'apparaît pas comme excessif en l'espèce;

Qu'en outre, le tarif de 30 francs pour les piqûres intraveineuses apparaît comme admissible étant donné que, contrairement aux allégations des défendeurs, ces interventions ne sauraient être considérées comme rentrant dans la pratique courante des simples infirmiers ou gardes-malades, en raison de leur caractère délicat et des dangers qu'elles présentent;

Attendu que, pour ces raisons, la demande du docteur D... est légitime et fondée et que, dès lors, l'offre qui lui est faite par les défendeurs doit être déclarée insuffisante. »

Le tribunal, en conséquence, a condamné les époux X... à payer au docteur D... la somme de 1.260 francs avec les intérêts de droit.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Jeudi 6 juillet. — Jury : MM. Widal, président; Achard, Chauffard et Bernard. — M. BALAYÉ (Pierre). Etude des névrites d'origine traumatique. — M. HAMEL (René). Le phénomène de Schultes et Charlton. — M. MISSIRLIN. Emploi de l'hyposulfite de soude en dermatologie. — Mme GEISMAR. Du rhumatisme polyarticulaire deformant syphilitique. — M. MIOSSEC (Yves). Etude dn typhus exanthématique. — M. DUCOUDRÉ (Jules). L'œuvre du placement familial des tout petits. — M. GRANDJEAN (René). Traitement du rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant.

Jury : MM. Nobécourt, président; Claude, Lequeux et Duvoir. — M. LEROY (André). La mortalité infantile dans la Sarthe. — M. SALMON (Emile). Un cas de dysostose cranienne. — M. TARGOWLA (René). Le syndrome humoral de la paralysie générale. — M. FUMET (Paulin). Etude des myopathies séniles primitives. — M. BARILLOT (Joseph). Etude de l'écriture dans les graphismes des aliénés.

Jury : MM. Vaquez, président; Sergent, Clerc et Rathery. M. DESCHAMPS (Pierre). La médication quinique et quinidique du cœur. — M. LEFÈVRE (Georges). Les formes graves de la tachycardie paroxystique. — Mme MOORE-BESSON. Sur le problème de l'hérédité de l'épilepsie. — M. RÉMONDY (Georges). De la recherche du bacille de Koch en matières fécales.

Samedi 8 juillet. — Jury : MM. P. Marie, président; Gilbert, Bezançon et Philibert. — M. MARTIN DE LAULERIE. Contribution à l'étude de la cirrhose de Laënnec. — M. MATHIEU (René). Les paralysies diphtériques au point de vue clinique. — M. VEAUX (René). Etude du cancer de la vésicule biliaire. — M. ROSSIGNOL (R.). La pasteurisation du lait. — M. JACQUELIN (André). Etude clinique et pathogénique des manifestations broncho-pulmonaires. — M. FEINSTEIN (Lucas). Sondage duodénal dans les ictères.

Jury : M. Achard, président; Jeanselme, Claude et Blanchetiere. — M. TSIMARATO. Etude des tumeurs dites hypernéphromes malins. — M. LAVIEILLE (Robert). Le syndrome infundibulaire dans l'hydrocéphalie essentielle. — Mlle MOULARD. Un cas de vaste gangrène phagédénique à la suite de la vaccine. — M. BERTHET (Albert). Syphilis et bismuth. — M. PERON (Henri). Etude clinique du syndrome manie. — M. DIGUET (H.). Hernie méningée. Méningite séreuse extra-cranienne.

Jury : MM. Marfan, président; Brindeau, Carnot et Laignel-Lavastine. — M. COCAULT-DUVERGER (René). L'évolution et le pronostic de la tuberculose du premier âge. — M. POLLET (Louis). Contribution à l'étude du mongolisme (syphilis héréditaire). — M. GRIMBERT (Charles). Le retard simple des fonctions nerveuses et mentales de l'enfant. — M. BELLEC (Pierre). Les abcès chauds de la région périanale. — M. DESSERT (Marcel). L'iodobismuthate de quinine dans le traitement de la syphilis. — M. LEHMANN (Jacques). Etude du traitement des abcès du sein.

Jury : MM. Lejars, président; J-L. Faure, de Lapersonne et Lecène. — M. DENÉCHEAU (Jean). Du meilleur procédé de suture dans les fractures de la rotule. — M. BOUCHER (Paul). Valeur de la ténotomie comme opération dans le strabisme. — M. GHINIS (Léon). Etude de la salpingite tuberculeuse. — M. OUDINOT (Pierre). Etude du pansement à la Mikulicz. — M. NAVARRE (Pierre). Fossettes, fistules et formations kystiques fistuleuses de la région coccygienne.

ÉTUDE RADIOLOGIQUE

DU

SUBSTRATUM ANATOMIQUE

DES OMBRES HILAIRES NORMALES

Par L. DELHERM et ROBERT CHAPERON.

Les ouvrages radiologiques classiques ne comportent en général qu'une description très succincte du hile (1) et les opinions émises sont loin d'être concordantes entre elles (2).

La forme, la nature des ombres est encore très discutée; pour les uns, ces ombres sont constituées par les bronches; pour les autres par les vaisseaux, ou encore par les lymphatiques : et il y a enfin des opinions mixtes.

De cette absence de données précises sur les ombres hilaires découle des inconvénients graves au point de vue de l'interprétation des états pathologiques à retentissement hilaire ou périhilaire, et en particulier en ce qui concerne les adénopathies trachéo-bronchiques.



FIG. 1. — *Images normales des hiles* (Vaquez et Bordet).

C'est dans l'intention d'arriver à une notion plus claire de ce qu'est le substratum anatomique des ombres hilaires *normales* que nous avons étudié de nouveau la question, tant sur le cadavre *intact* que sur le *vivant*. Nous avons surtout cherché à préciser les rapports entre les différents organes des pédicules et particulièrement les rapports entre ces organes et les bords de l'ombre cardio-vasculaire :

En quels points les grosses bronches pénètrent-elles dans les champs pulmonaires?

Où apparaissent dans ce champ les branches de l'artère pulmonaire? les veines pulmonaires?

Nous nous sommes efforcés de fixer les points de repère pour en faciliter l'étude sur le vivant.

* * *

Depuis juin 1921 nous avons entrepris des recherches systématiques sur le cadavre en laissant intacte la cavité thoracique (1); avant d'aborder l'étude du hile et pour rendre plus clair cet exposé, qu'il nous soit permis de rappeler succinctement le résultat de ces recherches qui portent sur 14 sujets opacifiés avec 175 radiographies.

Nous avons constaté (2) que la veine cave supérieure est toujours visible à l'écran radioscopique et que son ombre avait été confondue avec celle de l'aorte ascendante; celle-ci, centrale et médiane, n'est pas accessible en vue de face à l'examen radiologique du sujet normal. Enfin pour pouvoir aborder l'étude du substratum anatomique des ombres hilaires, il était indispensable de bien connaître la constitution des bords de l'ombre médiane et en particulier le tronc de l'artère pulmonaire, sa situation par rapport à l'arc moyen, ses modes de division, et le trajet de ses branches : l'arc moyen a paru être constitué tout entier chez le sujet normal par le tronc de l'artère pulmonaire, mais nous avons admis que l'oreillette gauche dilatée (pathologique) peut la déborder et apparaître au profil gauche.

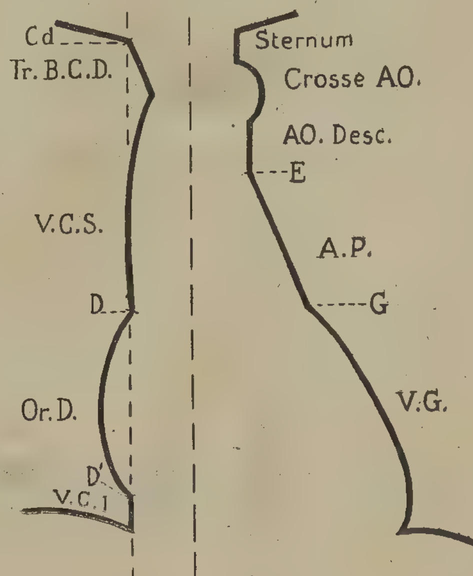


FIG. 2. — *Les contours de l'artère médiane.*

En outre nous avons indiqué qu'au-dessous de l'hémicercle aortique, il existe normalement un petit segment vertical atteignant 2 centimètres et qui appartient à la portion initiale descendante de l'aorte thoracique.

Le bord gauche, vertical au niveau de l'aorte descendante devient oblique en bas et à gauche le long

---

(1) Principales descriptions du hile radiologique :
A. BÉCLÈRE. In *Traité de radiologie médicale* de Bouchard, 1904, p. 815.
JAUGEAS. *Précis de radiodiagnostic*, 1918, 2e édition, p. 237.
Albert WEIL. *Eléments de radiologie*, 1920, 2e édition, p. 295-297.
COTTENOT. *Radiologie et radiumthérapie*, 1921, p. 129-130.
BARJON. *Lyon méd.*, 16 avril 1911; — *Radiodiagnostic des affections pleuro-pulmonaires*, 1916, p. 20.
CLUZET. *Lyon méd.*, 7 avril 1911.
VAQUEZ et BORDET. *Radiologie des vaisseaux de la base du cœur*, 1920, p. 209.
GARCIN. *Journ. de radiol. et d'électr.*, mars 1922.

(2) Voir à ce sujet : GAUDUCHEAU. L'exploration radiologique du thorax, *Th. de Paris*, 1912, où l'on trouvera des indications sur les recherches de Hasselwander, Brugel, de la Camp, Fraenkel et Lorrey, Ansperger, Rieder, Holzknecht, Assmann, Groedel, A. Schonberg, Lévy-Dorn, etc.
On pourra consulter aussi : L'HEUREUX. L'arbre bronchique et les arbres vasculaires du poumon, *Th. de Lille*, 1908. — A. SCHWARTZ. Bronches extrapulmonaires, *Th. de Paris*, 1903.

(1) Robert CHAPERON. Etude anatomo-radiologique des vaisseaux de la base du cœur, vus de face, *Th. de Paris*, 1921, Masson et Cie.

(2) DELHERM et Robert CHAPERON. Les contours de l'ombre médiane cardio-vasculaire radiologique, vus de face, *Presse méd.*, 26 avril 1922, n° 33.

de l'artère pulmonaire; ce changement de direction indique l'*extrémité supérieure* de l'arc moyen et ce point que nous appellerons point E, bien visible en radioscopie chez les sujets normaux peut être inscrit sur les orthodigrammes.

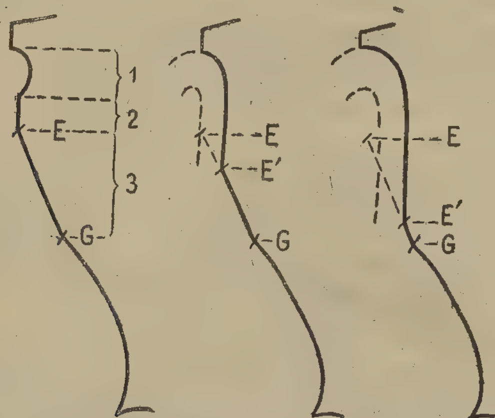


Fig. 3. — *Le contour gauche de l'ombre médiane.* — Chez le sujet normal : 1. Hémicercle aortique; — 2. Portion initiale de l'aorte descendante; — 3. Artère pulmonaire; — 4. Ventricule gauche; — E. Intersection des ombres de l'aorte descendante et de l'extrémité supérieure de l'artère pulmonaire; — G. Le point G; — E′, intersection de l'aorte descendante avec un point variable de l'arc moyen.

Chez le vieillard : Le point E ne répond plus à l'extrémité supérieure de l'artère pulmonaire, E′ va se rapprocher du point G à mesure que la saillie aortique augmente.

Chez le vieillard, l'aorte thoracique descendante décrit une large couche à convexité gauche (aorte sénile) liée à l'augmentation du rayon de courbure de l'aorte dont la portion visible à l'écran est beaucoup plus étendue; elle va empiéter sur la projection de l'arc moyen, et dans quelques cas le masquer complètement; il est bien évident que le point E ne sera plus visible et par conséquent ne répondra plus ici à l'extrémité supérieure de l'arc moyen. Le point E′ qui le remplace traduit l'entrecroisement de la projection de l'aorte thoracique descendante avec un point *quelconque* de l'arc moyen dont l'étendue sera très diminuée et qui même pourra devenir nul lorsque l'aorte atteindra le point G (E′ et G seront alors confondus); on devra tenir compte de ce fait pour apprécier la position du point E; chez le vieillard, nous indiquerons plus loin comment on peut parfois dans ce cas particulier préciser le niveau de l'extrémité supérieur de l'arc moyen.

Après ce rappel rapide de ce qu'est l'image des bords de l'ombre cardio-vasculaire, nous allons maintenant aborder l'étude des images des ombres des hiles.

I. Artères pulmonaires. — *A.* **Artère pulmonaire gauche.** — C'est donc au niveau de ce point E que se trouve CHEZ LE SUJET JEUNE NORMAL l'extrémité supérieure du tronc de l'artère pulmonaire; mais là ce vaisseau s'est déjà divisé en ses deux branches et c'est en ce point E ou dans son voisinage immédiat, au-dessus, ou au-dessous, mais dans tous les cas *très près de lui* que le bord supérieur de l'artère pulmonaire gauche va s'en détacher pour se diriger vers le poumon gauche.

Puisque le tronc pulmonaire constitue l'arc moyen, son bord gauche va former la *limite* entre l'obscurité cardiovasculaire et la clarté pulmonaire, l'artère pulmonaire gauche qui s'en détache va donc *dès son origine* pénétrer presque immédiatement dans la clarté pulmonaire. *Or son calibre est toujours volumineux* et *nous avons constaté sur le cadavre et sur le vivant que c'est elle qui apparaît dans la règle à l'écran radioscopique pour former chez le sujet normal la presque totalité de l'ombre hilaire gauche.*

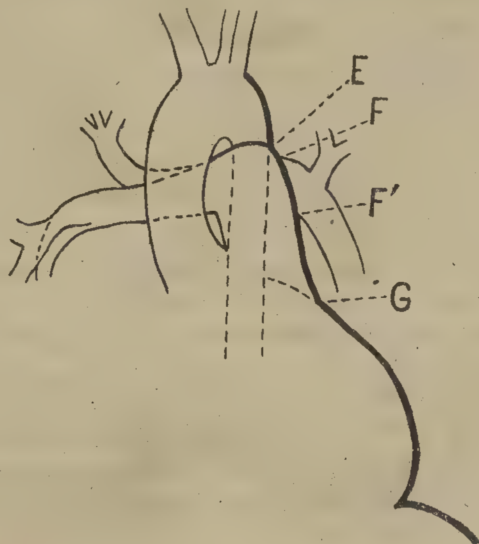


Fig. 4. — *Artère pulmonaire gauche, type transversal.*

L'artère pulmonaire gauche est si souvent visible qu'il est possible sous radioscopie d'inscrire sur les calques les points d'entrecroisement qui marquent l'émergence de son bord supérieur (point F), de son bord inférieur (point F′), au contact de l'arc moyen.

Ces deux points ont donc une importance capitale puisqu'ils indiquent l'émergence de l'artère pulmonaire gauche de l'ombre cardio-vasculaire et nous avons vu que le point F est souvent confondu avec le point E (voir fig. 4).

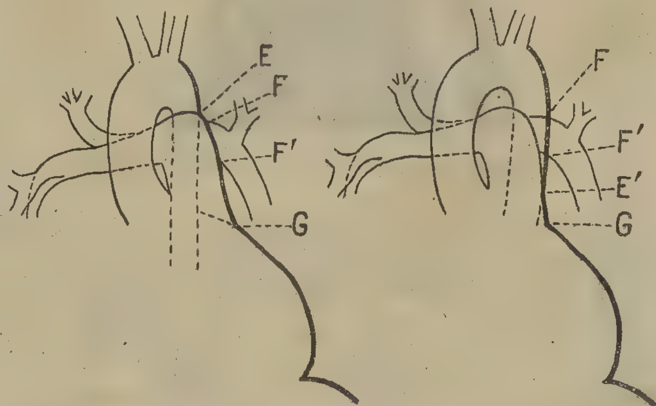


Fig. 5. — *Le contour gauche chez le sujet normal et chez le vieillard (aorte sénile).*

Chez le vieillard (aorte sénile) c'est du flanc gauche de l'*aorte descendante* que l'ombre de l'artère pulmonaire gauche paraît se détacher, mais l'*horizontale passant par son bord supérieur (point F) va nous permettre de fixer du moins approximativement la limite supérieure de l'arc moyen masqué par l'aorte* (fig. 5).

La *direction de l'artère pulmonaire* gauche est très variable selon les sujets et nous allons insister particulièrement sur ce point qui explique les variations individuelles dans la forme de l'ombre hilaire gauche. Il sera facile à chacun de vérifier ces faits en examinant à l'écran quelques sujets.

PREMIER TYPE. — *Artère pulmonaire gauche transversale.* — Chez certains individus l'artère pulmo-

naire gauche est d'abord très faiblement ascendante en dehors; le plus souvent elle est horizontale puis franchement descendante décrivant une *véritable crosse* dont la concavité interne regarde en bas et à droite, mais dont l'ensemble est dirigé de dedans en dehors dans un plan sensiblement *transversal* (fig. 4), l'artère pulmonaire gauche *paraît* continuer à gauche la direction transversale de l'artère pulmonaire droite et par conséquent semble faire avec elle un angle très ouvert qui tend vers 180 degrés.

Deuxième type. — *Artère pulmonaire gauche antéro-postérieure.* — Chez d'autres sujets l'artère pulmonaire gauche d'abord ascendante puis descendante dessine une crosse qui est dirigée d'*avant en arrière* dans un plan antéro-postérieur; elle semble continuer ici la direction si oblique d'avant en arrière du tronc de l'artère pulmonaire, mais dans ce cas elle forme dans un plan horizontal avec l'artère pulmonaire droite un angle ouvert en arrière et à droite, qui tend vers 90 degrés. C'est dire que l'artère pulmonaire gauche oblique en arrière et très peu en dehors va devenir presque perpendiculaire à l'artère pulmonaire droite tranversale.

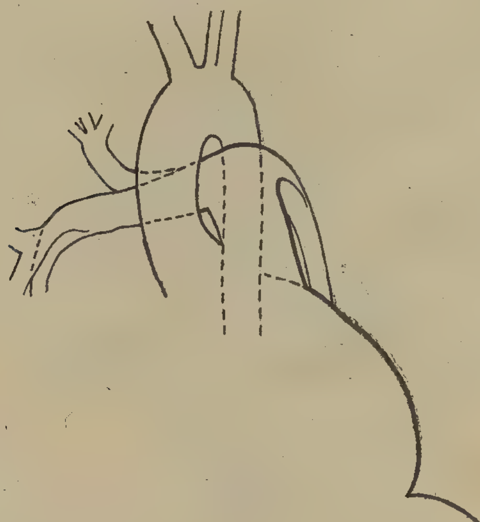


Fig. 6. — *Artère pulmonaire gauche, type antéro-postérieur.*

Hâtons-nous d'ajouter que toutes les positions intermédiaires existent entre ces deux positions extrêmes un peu schématiques, les positions obliques peuvent être constatées à tout âge.

Chez le nourrisson dont le cœur est volumineux et médian le type antéro-postérieur paraît fréquent.

Chez l'adolescent et l'homme adulte on a plus souvent semble-t-il (?) l'artère pulmonaire gauche transversale.

Enfin chez le vieillard le type antéro-postérieur existe parfois, ainsi que dans certaines affections cardiaques (cœur volumineux transversal).

Quoi qu'il en soit on se souviendra que la direction de l'artère pulmonaire gauche est très variable suivant les sujets et par conséquent son ombre va présenter des variations correspondantes.

1. Dans le *type transversal*, l'ombre hilaire est large, étalée, nettement visible : du point F le bord supérieur de l'ombre va devenir bord gauche et décrire une large courbe à convexité gauche; du point F' le bord inférieur va présenter une courbe analogue et devenir vertical et l'ensemble de l'ombre du tronc souche et des principales branches descendantes va être visible en radioscopie jusqu'au voisinage du point G, et même lorsque le cœur est vertical (cœur en goutte) les branches artérielles pourront être suivies beaucoup plus bas jusqu'au voisinage de la pointe du cœur.

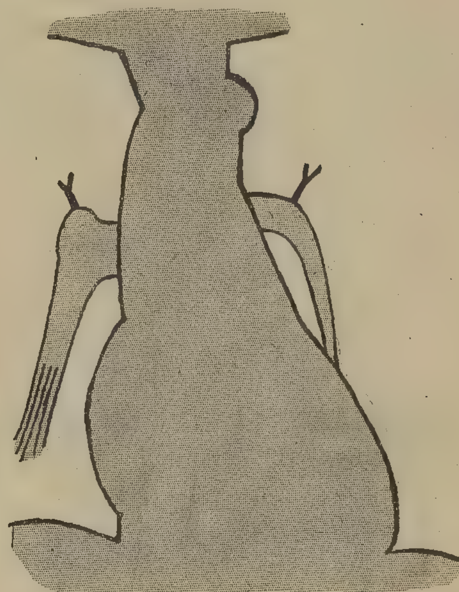


Fig. 7.

2. Dans le *type antéropostérieur* au contraire, l'ombre hilaire sera minime et parfois nulle : la crosse pulmonaire gauche se résume à un court segment qui se projette presque verticalement très près ou même en arrière du bord gauche de l'arc moyen; les points F et F' sont invisibles, le tronc de l'artère pulmonaire gauche est souvent même complètement masqué par l'arc moyen, le bord gauche de l'artère venant doubler seulement un instant le bord gauche de l'arc moyen en se tenant en arrière et un peu à sa gauche (fig. 6).

Dans ce type artéro-postérieur *il faudra un examen en position oblique antérieure gauche de 10 à 20 degrés* pour déceler la présence de l'artère pulmonaire gauche souvent invisible de face et permettre l'examen du hile radiologique (fig. 12).

Le bord supérieur de la convexité de la crosse pulmonaire gauche va émettre plusieurs rameaux au lobe supérieur (souvent visibles sur les radiographies de sujets vivants); parfois divisée d'une façon précoce elle donne des rameaux à la partie moyenne du lobe inférieur, *mais dans la règle, le tronc souche et les grosses branches du lobe inférieur gauche, qui continuent sa direction seront visibles en radioscopie soit de face, soit en oblique jusqu'au voisinage du point G.*

B. **Artère pulmonaire droite.** — L'artère pulmonaire droite forme elle aussi la presque totalité de l'ombre hilaire droite, elle se dirige transversalement en dehors, et est généralement horizontale, elle passe en arrière de l'aorte ascendante et de la veine cave, elle est en avant de la bronche droite (ces rapports seront précisés plus loin).

C'est le plus souvent au niveau du bord interne de la veine cave supérieure que l'artère pulmonaire droite commence à se diviser, ses branches groupées en faisceau continuent alors la direction horizontale du tronc pulmonaire droit jusqu'au delà du bord droit de la veine cave.

Exceptionnellement, c'est plus à gauche, derrière l'aorte ascendante que le tronc pulmonaire se divise avec parfois divergence des branches un peu en éventail, la supérieure pouvant devenir légèrement ascendante.

Quoi qu'il en soit les *bords du faisceau de branches de l'artère pulmonaire droite apparaissent au bord droit de la veine cave supérieure en des points très visibles en radioscopie* que nous appellerons le supérieur point C, l'inférieur point C′ (fig. 8).

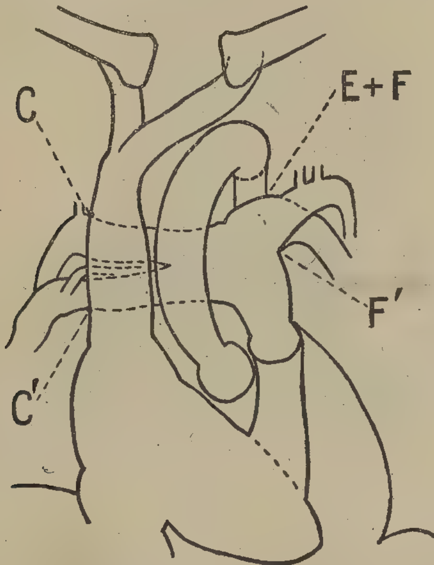


Fig. 8.

Dans la règle le point C est très légèrement en dessous de l'horizontale passant par le point F; la distance C C′ est toujours plus grande que F F′ du fait de la division de l'artère pulmonaire droite, si bien que son ombre est volumineuse et se distingue le plus souvent à l'écran avec une grande netteté.

C'est en général après un court trajet horizontal de 1 centimètre environ, à droite et en dehors de la veine cave supérieure, que les branches vont diverger; une ou deux branches supérieures vont se ramifier dans le lobe supérieur, une branche moyenne souvent double vers le lobe moyen; *mais un faisceau important d'artères volumineuses va descendre vers la base se dirigeant,* très obliques en bas et très peu en dehors, *presque verticalement vers le diaphragme.*

L'ensemble des branches des artères pulmonaires droite et gauche, réalise bien l'aspect radiologique classique des ombres hilaires décrit sous la forme d'ailes de papillon à demi repliées ou de paires de moustaches tombantes (fig. 7).

II. Les bronches. — La trachée est normalement masquée par l'ombre médiane et cependant elle donne une bande claire sur les radiographies (1). De nombreux clichés d'enfants effectués par l'un de nous dans le service du docteur Duhem à l'hôpital des Enfants-Malades nous ont montré très nettement la *clarté de la trachée mais même les grosses bronches souches à travers l'ombre cardio-vasculaire* sur le vivant. Tous les radiologistes sont d'accord pour affirmer la transparence de la trachée chez le sujet sain, pourquoi n'en serait-il pas de même pour les bronches?

(1) En cas de déviation latérale de la trachée elle apparaît en clair, même sur le champ pulmonaire.

Mais pour surprendre des modifications de transparence des bronches il faut bien connaître leur trajet, les points où elles émergent de l'ombre médiane, leur direction et surtout leurs rapports avec l'artère pulmonaire qui servira de repère. Nous nous efforcerons d'insister sur ces points, d'indiquer les régions où les bronches seront particulièrement visibles et à l'occasion les positions de choix pour l'examen des grosses bronches (1).

La trachée se bifurque normalement au niveau de la Ve vertèbre dorsale, mais ce point est très variable avec la position de la tête.

Le tronc de l'artère pulmonaire se divise à gauche et en dehors de la bronche gauche; l'artère pulmonaire droite horizontale se porte transversalement vers la droite au-devant et un peu au-dessous de la bifurcation trachéale; si bien que le bord inférieur des deux bronches forme les deux côtés d'un triangle isocèle dont le bord supérieur de l'artère pulmonaire droite constitue la base.

La bronche gauche. — Incurvée faiblement en S italique, elle se dirige en bas et en dehors, plus oblique qu'à droite, elle fait, avec la verticale, un angle d'environ 55 degrés chez l'adulte (Gérard).

D'abord surtout *oblique en dehors* ce n'est qu'après un trajet de 5 à 7 centimètres, qu'elle émet la bronche lobaire supérieure gauche; à partir de ce point, elle devient surtout *oblique en bas.*

1. Dans sa première portion oblique en dehors, elle gagne le bord gauche du cœur, mais c'est derrière l'ombre cardio-vasculaire, pour préciser derrière la partie moyenne de l'arc moyen qu'elle donne sa bronche lobaire supérieure gauche (bronche pédiculaire secondaire supérieure de Schwartz) qui se divise en dehors du bord gauche du *tronc* de l'artère pulmonaire (arc moyen).

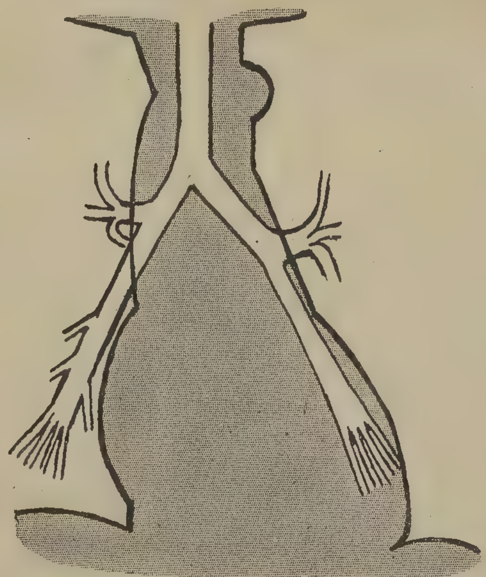


Fig. 9.

2. Dans sa seconde portion, le tronc souche bronchique gauche (bronche pédiculaire secondaire inférieure de Schwartz) oblique en bas, *reste normalement masqué entièrement par le bord gauche*

(1) Nous ne cherchons dans cette étude radiologique qu'à étudier la disposition des très gros troncs bronchiques et artériels, nous négligerons les petits rameaux classiques.

du cœur qui lui est parallèle; il va se diviser en une série de *troncs qui continuent sa direction* et vont tous se ramifier dans le lobe inférieur du poumon gauche (voir fig. 9).

La bronche lobaire supérieure gauche, située *au-dessous* de l'artère pulmonaire (hypartérielle) se dirige en dehors; après un court trajet, ce pédicule assez volumineux, donnant souvent une clarté sous la crosse de l'artère pulmonaire, va se diviser dans le lobe supérieur ; mais, d'une façon constante, elle émet un ou plusieurs rameaux qui, décrivant une *courbe à concavité supérieure* autour et *au-dessous de l'artère pulmonaire,* se portent en haut vers le sommet (bronche apicale).

(La crosse de l'artère pulmonaire gauche s'oppose à la crosse en sens inverse de la bronche lobaire supérieure qu'elle chevauche, expliquant ainsi les variations de direction de l'artère pulmonaire gauche).

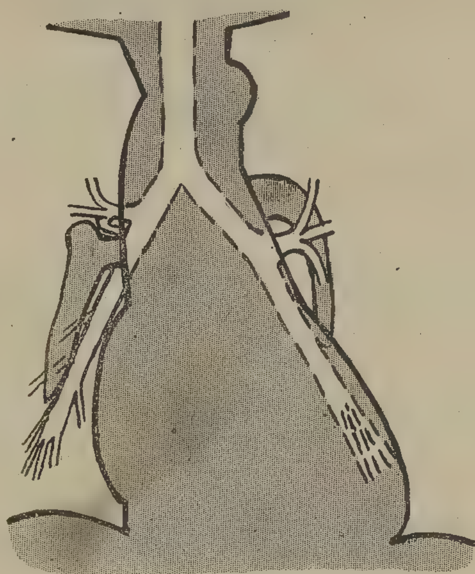


Fig. 10. — *Images normales des hiles, bronches et artères pulmonaires.*

Au point de vue radiologique, *la bronche souche gauche est dans la règle entièrement cachée par l'ombre médiane, elle est parallèle au bord gauche du cœur (ventricule gauche) et reste en dedans de lui; la bronche gauche est donc inaccessible en radioscopie de face.*

Seuls, les rameaux secondaires pourront donner des traînées claires vers la pointe du cœur en s'en dégageant, mais, particulièrement, le tronc de la bronche lobaire supérieure pourra être visible juste sous la crosse de l'artère pulmonaire gauche, au contact de l'arc moyen, c'est-à-dire au niveau et au-dessous du point F'.

Cependant, dans les cas si fréquents de cœur vertical (en goutte) ou de rétraction du cœur à droite, la bronche peut se dégager de l'ombre cardiaque; parfois le bord gauche de la bronche affleure le ventricule gauche, quelquefois *elle apparaît en dehors du bord gauche du cœur, qu'elle va suivre en le soulignant d'une bande claire* (fig. 11).

Chez le sujet normal, ou dans les cas de cœur transversal, il faut, pour voir la région de la bronche gauche, faire effectuer une faible rotation en position oblique antérieure gauche de 15 à 20 degrés (comme pour l'artère pulmonaire gauche).

La bronche se projettera alors sur l'écran en dehors de l'ombre cardiaque, mais le long du ventricule gauche, *elle va donner une bande claire étendue entre le ventricule gauche* et une zone plus

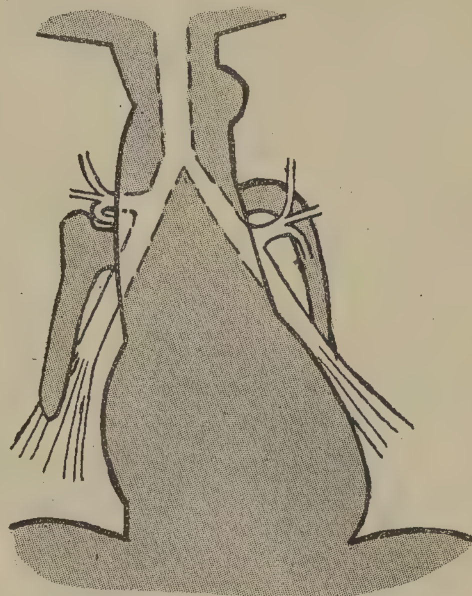


Fig. 11. — *Cœur vertical : la bronche gauche apparaît au bord gauche du cœur.*



Fig. 12. — *Le hile gauche en position oblique antérieure gauche de 15 à 20 degrés.*

obscure située plus en dehors que nous connaissons déjà pour être *l'artère pulmonaire gauche formant l'ombre hilaire gauche* (fig. 12).

La bronche droite. — La bronche droite est oblique en bas et en dehors, elle suit une direction PEU ÉLOIGNÉE DE LA VERTICALE (Gérard) avec laquelle elle fait un angle d'environ 30 degrés. La bronche droite est donc plus verticale que la bronche gauche, elle paraît être la continuation de la trachée, elle descend vers la base du poumon où elle finit en pointe, Cette disposition favorise la pénétration des corps étrangers dans la bronche droite.

1. La *bronche lobaire supérieure droite* est la seule *épartérielle,* c'est-à-dire, située AU-DESSUS DE L'ARTÈRE PULMONAIRE, elle naît du bord droit de la bronche droite, à 2 ou 3 centimètres au-dessous de la bifurcation de la trachée ; elle présente un court segment extrapulmonaire, décrit une courbe à concavité supérieure et va après 1 à 2 centimètres se ramifier dans le lobe supérieur droit; une bronche constante (bronche apicale) se dirige vers le sommet.

2. La bronche lobaire moyenne est *hypartérielle,* c'est-à-dire située AU-DESSOUS DE L'ARTÈRE PULMO-

NAIRE, elle naît de la bronche souche BEAUCOUP PLUS BAS (3 à 5 centimètres), elle est souvent divisée dès l'origine en un certain nombre de rameaux qui naissent directement de la bronche souche et sur des radiographies de sujets injectés, il est très difficile de distinguer les bronches du lobe moyen des bronches du lobe inférieur.

3. La terminaison du tronc bronchique souche, continue la direction générale de la bronche droite et va s'épanouir en nombreuses collatérales pour le lobe inférieur.

Anatomiquement, c'est donc entre la bronche lobaire supérieure droite épartérielle et la bronche lobaire moyenne hypartérielle que les artères pulmonaires vont émerger au bord droit de la veine cave.

La bronche lobaire supérieure se projette au niveau du bord supérieur horizontal des artères.

La bronche lobaire moyenne, presque verticale, longe le bord interne du faisceau de branches artérielles.

Au point de vue radiologique, la *bronche lobaire supérieure droite* située au-dessus de l'artère pulmonaire se dégage assez haut du bord droit de l'ombre de la veine cave supérieure et nous pouvons préciser son point d'émergence dans le champ pulmonaire.

Puisqu'elle est épartérielle, c'est *au-dessus, mais tout près du point C qu'elle va venir donner une tache claire transversale,* avant de décrire sa courbe à concavité supérieure et se ramifier.

Cette tache claire est souvent visible en radioscopie.

La *bronche souche droite* descend obliquement derrière le TRONC horizontal de l'artère pulmonaire droite, puis derrière la veine cave supérieure; *elle va apparaître au bord droit de l'ombre médiane au-dessous de l'artère pulmonaire* (elle est hypartérielle), *c'est-à-dire au niveau du point C'*, entre ce point et l'orifice de la veine cave supérieure dans l'oreillette droite, c'est-à-dire le point D. Chez l'adulte, c'est à 1cm5 à 2 centimètres au-dessus de D, juste au-dessous et en dehors du point C' que la clarté de la bronche vient contraster avec l'ombre de l'artère pulmonaire.

Enfin, étant donnée la saillie de l'oreillette droite au-dessous du point D, et la faible obliquité en dehors de la bronche souche : c'est en dehors de l'oreillette droite et un peu au-dessus d'elle, souvent même se projetant au contact de sa convexité, que vont s'épanouir les branches terminales de la bronche lobaire inférieure.

Parfois même, chez certains enfants, la convexité de l'oreillette droite, hypertrophiée ou dilatée, est masquée par la clarté bronchique, dont la projection vient *entamer* la partie supérieure de l'oreillette convexe en la limitant à ce niveau par une bande rectiligne claire au lieu de la convexité normale.

Chez les sujets sains, il existe constamment une bande claire située entre le contour cardio-vasculaire (veine cave et oreillette droite) et l'ombre hilaire droite (branches de l'artère pulmonaire droite); *cette bande claire correspond donc en réalité à un trajet bronchique* (comparez fig. 1 et fig. 10).

En effet, *c'est là entre C' et D le lieu d'élection où l'on doit examiner la clarté* qui traduit *la terminaison de la grosse bronche souche et l'épanouissement des bronches du lobe inférieur; c'est là que l'on pourra apercevoir des modifications bronchiques* (1).

Parfois, il sera nécessaire de placer le malade en position *oblique antérieure droite*, vers 10 degrés, pour mieux voir cette bande claire et la dégager de l'oreillette droite.

III. Les veines pulmonaires. — Les veines pulmonaires n'ont pas été négligées, malheureusement leur étude est très difficile lorsqu'on ne doit pas ouvrir la cage thoracique; il faut avoir un sujet atteint d'insuffisance aortique, ou parvenir à soulever les valvules aortiques pour faire pénétrer le mélange opaque dans le cœur gauche. Ces deux expériences ont pu être réalisées, mais les caillots de l'oreillette gauche viennent fatalement obstruer certaines veines pulmonaires et rendre l'image radiologique incomplète.

Dans ces conditions nous donnons les résultats suivants à titre d'indications conformes à nos constatations et à la clinique, mais il faudra d'autres études et d'autres moyens d'action pour arriver à une certitude.

Quoi qu'il en soit *il est certain que les veines pulmonaires donnent parfois des images radiologiques*, cependant il est évident a priori qu'elles seront moins nettes que celles des artères pulmonaires, du fait même qu'il existe plusieurs veines de chaque côté.

I. *A gauche* il y a deux veines lobaires; la *supérieure* se dégage de l'ombre cardio-vasculaire au niveau du point G à 1 centimètre au-dessus de lui environ; elle est *obliquement ascendante* en haut et à gauche et va se ramifier dans le lobe supérieur; ses branches déjà divergentes croisent donc presque perpendiculairement l'ombre de l'artère pulmonaire descendante.

La *veine pulmonaire inférieure,* sensiblement *horizontale* émerge de l'ombre du ventricule gauche à environ 1 centimètre au-dessous du point G et se divise après un très court trajet en plusieurs branches horizontales et descendantes.

C'est presque au contact du bord gauche du ventricule qu'elle croise perpendiculairement la direction de l'artère pulmonaire (type transversal) et de ses branches terminales qui sont verticales.

Parfois même la veine pulmonaire inférieure est franchement descendante et reste masquée derrière le ventricule gauche (cœur transversal).

II. *A droite* les deux veines lobaires droites sont plus volumineuses, elles apparaissent au bord droit au niveau du point D et vont diverger en éventail; la *veine supérieure* souvent ramifiée dès qu'elle pénètre dans le champ pulmonaire se divise en deux branches : la supérieure oblique en haut et à droite, la seconde, horizontale; la *veine lobaire inférieure* est obliquement descendante.

C'est dire que ces veines vont couper la direction du faisceau de branches descendantes artérielles.

Au point de vue radiologique nous ne retiendrons de cette description bien incomplète des gros troncs veineux lobaires que les grandes lignes qui cependant ont déjà leur importance :

1. Les veines pulmonaires ont dans l'ensemble

(1) Ce fait est confirmé par la clinique : c'est de cette région que descendent les traînées de sclérose qui produisent le phénomène du feston décrit par Maingot, ou le phénomène de la vague de M. Aviragnet, et qui paraissent bien liées à une sclérose bronchique avec adhérences diaphragmatiques.

des directions *perpendiculaires* aux ombres hilaires normales, *elles ne constituent donc pas le substratum anatomique de ces ombres.*

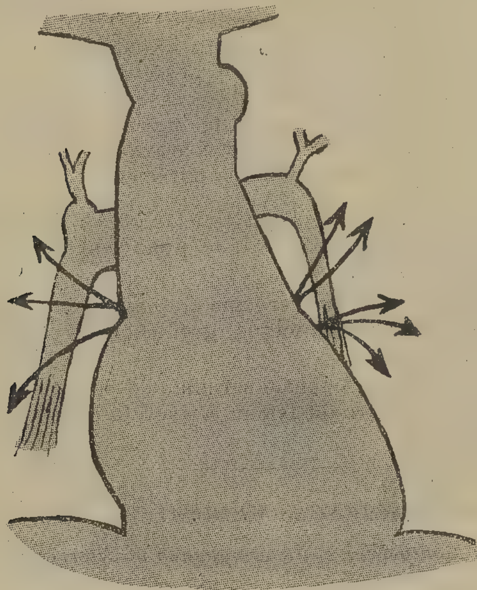


Fig. 13. — *Les flèches indiquent la direction des grosses veines lobaires.*

2. Les points de croisement des veines lobaires et de leurs branches avec les artères pulmonaires vont donner des renforcements accentués de certains points de ces ombres artérielles. Il faudra éviter et l'erreur est fréquente, de prendre ces renforcements d'ombre (petites taches opaques) pour des petits nodules calcifiés (1), des adénopathies hilaires ou des noyaux granuliques (2).

3. Il paraît certain que dans les affections cardiaques s'accompagnant de *dilatation de l'oreillette gauche avec stase veineuse*, les veines volumineuses vont apparaître à l'écran et troubler singulièrement les images hilaires.

4. A droite particulièrement les images veineuses vont venir parfois assombrir la clarté bronchique dans la région du bord supérieure de l'oreillette il faudra en tenir compte avant de porter un diagnostic de sclérose bronchique.

Conclusions. — I. *Les branches de l'artère pulmonaire qui se montrent à l'écran sous l'aspect d'une image opaque forment la presque totalité du substratum anatomique des ombres hilaires; c'est dire qu'elles sont constamment et à tout âge visibles en radioscopie.* — La vérification à l'écran, de l'existence et de la position des points F, F′, C, C′, véritables limites de pénétration de ces branches obscures dans les champs pulmonaires clairs, jointe à la connaissance du trajet et de la direction des branches artérielles, permet à chaque instant de contrôler au cours des examens l'affirmation qu'on est bien en présence d'*ombres d'origine artérielle.*

Ces points de repère ont une grosse importance parce qu'ils permettent de distinguer les ombres hilaires normales des ombres ganglionnaires surajoutées qui sont plus rares qu'on ne le pense. En tout cas, il résulte de notre étude que les branches de l'artère pulmonaire sont trop fréquemment considérées comme des ombres pathologiques et interprétées comme des ombres ganglionnaires.

II. *Le trajet des gros troncs bronchiques se traduit en radioscopie sous forme de bandes claires*, à contours souvent indistincts, mais dont on peut obtenir de bonnes radiographies chez l'enfant et souvent chez l'adulte. En vue de face, *ces bandes claires devront être recherchées en dedans des artères pulmonaires.* C'est-à-dire :

1. A gauche, sous l'artère pulmonaire et le long du bord gauche de l'arc moyen et du ventricule ;

2. A droite, au niveau du point F et principalement au-dessous de F′ *entre la corne inférieure du hile droit et l'oreillette droite.*

III. *Chez le sujet normal, les grosses veines lobaires* ne paraissent participer que dans une faible mesure à la formation des ombres hilaires. Dans l'ensemble, leur direction est perpendiculaire à la direction des gros troncs artériels que chacune d'elle paraît croiser presque à angle droit, en formant des points sombres d'entrecroisement vasculaire qu'il est nécessaire de bien connaître pour ne pas les confondre avec des adénopathies hilaires ou des noyaux granuliques. Cependant, il est indiscutable que certains rameaux vont se projeter le long des branches artérielles et participer à la formation des ombres hilaires.

Un examen attentif de la région hilaire devra toujours être accompagné de deux examens obliques :

1. L'un en *position oblique antérieure gauche* (*pour le hile gauche*) de 10 à 20 degrés qui permettra, d'une part, de *voir l'artère pulmonaire gauche* lorsqu'elle est antéro-postérieure et par conséquent très peu visible de face, et, d'autre part, de suivre avec netteté la *bande claire bronchique* parallèle et sous-jacente à l'artère plus externe, mais distincte du ventricule gauche plus interne dont le bord sombre apparaît en dedans et au-dessous de la clarté bronchique (1) [fig. 12].

2. L'autre en *position oblique antérieure droite* vers 10 degrés (*pour le hile droit*), position qui est souvent nécessaire pour dégager la clarté de la bronche droite de l'obscurité de l'oreillette droite entre celle-ci et la corne inférieure (artérielle) du hile droit.

Cette bande claire constante doit être vérifiée à chaque examen, son absence étant un élément de diagnostic important en faveur d'une modification ganglionnaire ou bronchique; cependant, on devra tenir compte de l'existence des veines pulmonaires passant à ce niveau.

Parfois les ombres hilaires seront accentuées et augmentées de volume, tout en conservant, malgré l'élargissement, leur disposition normale.

Avant de porter le diagnostic d'adénopathie on ne devra pas oublier que les lésions cardio-vasculaires, principalement les lésions mitrales, peuvent retentir sur les vaisseaux.

De l'ensemble de nos recherches il faut conclure que les opacités *normales* des hiles sont produites par la charpente vasculaire, surtout artérielle, qu'il faut bien connaître; et qu'on doit éviter de prendre ces ombres normales pour des opacités morbides.

On doit s'en souvenir, en particulier dans les cas où l'on recherche l'existence de l'adénopathie trachéo-bronchique.

(1) Le diagnostic sera basé sur le déplacement ou la disparition des ombres en positions obliques. Les entrecroisements disparaissent, les nodules calcifiés persistent et se déplacent.

(2) Voir Alb. Weil. *Eléments de radiologie*, 1920, 2e édit., p. 296.

(1) Cette position en OAG de 10 à 20 degrés permet d'ailleurs de bien voir le bord droit de la veine cave supérieure et du tronc veineux brachio-céphalique droit montant vers la clavicule droite.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 28 JUIN 1922)

Production d'ankyloses d'articulations atteintes de tuberculose. — M. TUFFIER fait connaître un certain nombre d'essais qu'il a faits de production d'ankylose, comme traitement définitif de tuberculose, par enchevillement d'os sans appareils immobilisateurs. Il apporte neuf cas. Il s'est servi d'os vivants et d'os morts. Il a ainsi ankylosé définitivement deux articulations tibio-tarsiennes. Il s'agissait de tumeurs blanches anciennes. Il a fait de même pour deux tumeurs blanches du genou. Chez une femme de vingt-trois ans atteinte depuis trois ans d'une tumeur blanche du genou, après enchevillement, cette femme eut le pied en valgus. Deux ans après, le plateau tibial s'effondrait et il en résulta un genu valgum qui nécessita une résection du genou.

M. Tuffier décrit les divers procédés qu'il a employés. Ces essais tendent à prouver qu'il est possible d'ankyloser une articulation atteinte de tuberculose par un enchevillement osseux.

Plaies artérielles. — M. MAUCLAIRE signale quelques troubles trophiques observés après la ligature de gros vaisseaux.

Cholécystectomie. — M. HARTMANN apporte une statistique de 182 cholécystectomies; dans un cas il a coupé le cholédoque; il a drainé. Il s'est fait une fistule biliaire qui a duré un certain temps puis s'est fermée spontanément.

M. MATHIEU, au cours d'une cholécystectomie, trouva des adhérences; en les détachant il coupa le cholédoque. Il tenta une suture à points séparés et appliqua un drain. Il s'établit une fistule biliaire qui se ferma d'elle-même. Les blessures des voies biliaires se rétablissent avec une facilité surprenante.

M. DELBET a constaté le même fait et cite plusieurs exemples.

Tumeurs du sein. — M. QUÉNU prend part à la discussion soulevée par M. Roux-Berger.

Le diagnostic des tumeurs du sein est, en général, facile. En cas de doute il faut enlever la tumeur, la faire examiner, séance tenante histologiquement, et agir ensuite selon le résultat de cet examen. Mais il faut tenir compte des exagérations, dans un sens ou dans l'autre, des examens histologiques. La clinique est aussi parfois bien trompeuse. M. Quénu constate, chez une femme, une petite tumeur du sein présentant tous les caractères d'un adénome. Il enlève cette tumeur avec anesthésie par la cocaïne. L'examen histologique déclare qu'elle est de mauvaise nature. En effet, la récidive ne se fait pas attendre. Alors large intervention et récidive six mois après. Dans les cas de tumeurs franchement malignes, il faut faire une large exérèse en un seul temps. Mais le diagnostic est parfois difficile. Dans un cas, M. Quénu trouve un ganglion induré, nettement cancéreux dans l'aisselle. Il examine attentivement le sein et n'y trouve aucune tumeur.

M. AUVRAY rappelle avoir étudié cette question au Congrès de Strasbourg. Il apporte une nouvelle statistique. Sur 82 opérées, il en a retrouvé 42. Ces malades avaient subi une opération large, avec ablation des pectoraux, curage de l'aisselle. L'une d'elles est restée seize ans sans récidive, d'autres, dix, douze ou neuf ans. En cas de doute, M. Auvray fait faire la biopsie. Les récidives sont très variables, tantôt très précoces malgré l'opération très large, d'autres plus tardives sans qu'on puisse trouver d'explication.

Arthroplastie du genou. — M. LENORMANT nous a présenté une malade très intéressante. Il s'agit d'un beau succès obtenu par une arthroplastie. Voici, très résumée, l'histoire de cette malade :

En 1917, arthrite gonococcique du genou, immobilisation prolongée, ankylose, atrophie musculaire. L'ankylose est complète. Une tentative de rupture sous chloroforme échoue. M. Lenormant pratique alors une arthroplastie suivant le procédé de Berger. Il détruit les adhérences et mobilise la rotule qui était absolument fixée. Puis, on pratique très doucement une mobilisation progressive. Il fallut beaucoup de patience de la part du chirurgien et beaucoup d'énergie de la part de la malade. A force de persévérance, on arriva à constater une amélioration progressive. Il existe encore quelques mouvements de latéralité du genou. Mais, la malade peut plier le genou, s'asseoir et marcher sans boiter. C'est un résultat incomplet, mais très appréciable.

— Parmi les autres présentations, signalons de M. DUJARRIER, une greffe ostéopériostique pour mal de Pott de la 4e dorsale.

De M. HALLOPEAU, un sarcome du poumon consécutif à un sarcome de la paroi thoracique, greffe épiploïque pour remplacer la plèvre.

De M. AUVRAY, un énorme sarcome du poids de 11kg300 de l'extrémité inférieure du fémur, à évolution lente, mort par généralisation.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 11 JUIN 1922)

Le permanganate d'argent. — M. CLOTTENS.

Lipase pulmonaire. Son rôle dans la tuberculose. Thérapeutique spécifique de la tuberculose. — M. BOSSAN. Les expériences de l'auteur ont mis en évidence la baisse du pouvoir lipasique du tissu pulmonaire infiltré de tuberculose. Or, l'enveloppe ciro-graisseuse du bacille de Koch constitue un des meilleurs moyens de protection de ce bacille. Physiologiquement donc, le renforcement de l'action de la lipase pulmonaire déficiente doit aider l'organisme dans la lutte antituberculeuse. Les anticorps ne sont pas les agents de cette lutte, mais ses témoins. Les vrais agents sont des diastases, dont le principal, à l'égard des acido-résistants, est la lipase. La vaccinothérapie de la tuberculose doit s'inspirer de ce principe. L'auteur injecte depuis plusieurs années une dissolution régulièrement filtrée des cires et toxines du bacille tuberculeux, dans une huile neutre, pure et aseptique.

Zona et varicelle. — M. GUEIT, à propos d'une observation personnelle, discute l'identité d'origine de ces deux maladies sur laquelle est revenu récemment le professeur Netter. Rien ne permet encore, en l'état de nos connaissances, d'affirmer cette identité. Une varicelle vraie pouvant très bien apparaître après un zona entièrement guéri. Celui-ci au lieu d'avoir conféré l'immunité paraît, au contraire, avoir sensibilisé l'organisme dans le cas observé.

(SÉANCE DU 17 JUIN 1922)

Seminome du testicule. — MM. VINON et MILHAUD rapportent un cas de seminome du testicule chez un sujet de dix-neuf ans. Il s'agissait cliniquement d'une tumeur sur laquelle le pincement de la vaginale fut impossible, aussi bien que le pincement de l'épididyme. L'examen de la pièce montre que l'épididyme était étalé sur le testicule à sa place normale, mais en faible saillie. A propos de ce cas qui, histologiquement était un séminome avec forte réaction conjonctive, les auteurs insistent sur la difficulté du diagnostic.

Myopathie pseudo-hypertrophique (*avec présentation de malade*). — MM. RIMBAUD et JANBON.

Radiculite lombo-sacrée et licken obtusus corné. — MM. MARGAROT et J. COLL DE CARRERA. Présentation d'un malade atteint d'une névrodermite ayant pour origine vraisemblable une altération radiculaire et pour expression morphologique un lichen obtusus corné.

(SÉANCE DU 23 JUIN 1922)

Le dosage des sels biliaires dans le sérum. — M. CLOTTENS.

Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux (*présentation de pièce*). — MM. RIMBAUD et JANBON.

Urticaire pigmentaire (*présentation de malade*). — M. MARGAROT.

Bronchopneumonie à répétition chez un nourrisson syphilitique, traitement spécifique. Guérison. — M. LEENHARDT, Mlle SENTIS et M. VILLA. — Il s'agit d'un nourrisson qui, à trois reprises a présenté du coryza purulent compliqué de bronchopneumonie gauche. Après la période fébrile franche du début, cette broncho-pneumonie avait tendance à passer à l'état chronique, les signes d'auscultation persistaient accompagnés d'état subfébrile.

Un traitement antisyphilitique a rapidement guéri le petit malade. Les auteurs se demandent si les lésions pulmonaires étaient spécifiques ou si elles ont guéri par suite de la disparition, due au traitement, des lésions nasales qui les entretenaient.

Thrombose des artères cérébrales antérieure et moyenne suivie de ramollissement aigu de leur territoire, chez un brightique, porteur d'une tuberculose rénale fermée. — MM. VEDEL, G. GIRAUD et SIMÉON. L'intérêt de cette observation réside :

1° Dans l'étendue du territoire du ramollissement et dans la rapidité de la désintégration consécutive.

2° Dans la participation totale du facial supérieur à l'hémiplégie : ce fait est en faveur de l'inulatéralité des centres corticaux du facial.

3° Dans la présence d'un syndrome brightique azotémique classique, chez un sujet porteur d'une tuberculose ulcéro-caséeuse fermée d'un rein, et d'une sclérose de l'autre (forme décrite par Gallavardin).

LIVRES NOUVEAUX

Les Fausses appendicites (1), par Th. DE MARTEL et Ed. ANTOINE.

Dans cet ouvrage, les auteurs étudient les syndromes douloureux digestifs de l'abdomen du côté droit. Ils ont donné à leur ouvrage le titre évocatif de « fausses appendicites » pour bien souligner l'erreur commune qui est de rapporter à l'appendice tous les syndromes abdominaux qui résident à droite. Toute douleur à droite égale pour beaucoup appendicite, avec comme réflexe opératoire l'appendicectomie à travers une boutonnière minuscule.

Pareille conduite est une erreur car elle expose aux échecs. Ce sont ces cas malheureux que les auteurs ont étudiés; ils démontrent que les troubles observés n'avaient pas été attribués à la véritable cause.

Tantôt, en effet, on est en présence d'anomalies de situation du côlon, cæcum pelvien, ptose de l'angle droit; d'anomalies de forme : dolichocôlon, côlon en canon de fusil; d'anomalies dans les moyens de fixité : cæcum et côlon mobiles, ou, au contraire, trop bien fixés par une membrane péricolique (de Jackson). Ces anomalies peuvent être la cause directe des troubles observés, ou, au contraire, agir en provoquant par la stase de la colite suivie de péricolite.

Les signes cliniques et radiologiques ont été étudiés avec le plus grand soin par le docteur Ed. Antoine dont l'esprit d'observation et la compétence en la matière sont indiscutables.

La thérapeutique chirurgicale a été faite par le docteur de Martel dont le nom seul est le garant de la sûreté des indications opératoires et de l'ingéniosité des techniques. Ce livre est donc le fruit d'une collaboration médico-chirurgicale toujours si féconde en pathologie digestive, et particulièrement ici où elle met à côté d'un chirurgien de premier plan un spécialiste très averti.

Tous les chirurgiens et les gastro-entérologistes le liront avec profit, ainsi que tous les praticiens qui y trouveront la mise au point de ce nouveau chapitre de pathologie abdominale.

F. MASMONTEIL.

(1) 1922. — Paris, Masson et Cie.

Vaccins et sérums (1), par le docteur APERT, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

M. Apert est un clinicien et un savant, bien connu pour des travaux sur les maladies de l'enfance, la croissance et l'hérédité morbide. Dans le présent volume, c'est surtout le clinicien très averti qui écrit et raconte l'histoire des différents vaccins et sérums, leurs applications, les résultats qu'ils donnent, donc leurs avantages et leurs inconvénients. En ce qui concerne chacun d'eux tout est dit, mais sobrement et clairement, en s'en tenant rigoureusement aux données les plus classiques. Un dernier chapitre est consacré, comme de juste, aux accidents sériques, à l'anaphylaxie et à l'antianaphylaxie. C'est donc un véritable manuel, et les médecins trouveront d'autant plus d'avantages à le lire et à le consulter que l'auteur n'hésite jamais à indiquer les cas dans lesquels le vaccin ou le sérum est indispensable, ceux où il peut être simplement utile, et ceux, enfin, où il ne saurait apporter aucun bénéfice. Un tel éclectisme est éminemment précieux pour le praticien qui ne peut toujours se tenir au courant des nombreux travaux publiés sur la matière. Le but pratique que s'est proposé M. Apert, et qu'il a parfaitement atteint, explique sans doute qu'il ait continué d'utiliser la nomenclature des phénomènines si fâcheusement empruntée aux Allemands et qui est entrée dans nos habitudes, bien que chacun doive maintenant savoir qu'il n'y a pas de phénomènines, mais seulement des variations physico-chimiques des humeurs et des plasmas.

J. L.

CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE. — Le Congrès international de protection maternelle et infantile s'est ouvert jeudi matin, à 9 heures, à la Faculté de médecine de Paris.

Voici la liste des rapports :

Protection de la mère avant et pendant les couches. — 1° Les consultations de grossesse : Dr Devraigne, accoucheur des hôpitaux de Paris.

2° Organisation de l'accouchement à domicile : Mlle Chaptal, directrice de l'Assistance maternelle et infantile de Plaisance.

Protection de la mère nourrice. — 3° Hospitalisation des mères nourrices pendant la guerre : Mme Pallu.

4° Protection de l'ouvrière nourrice : Mme Letellier, inspectrice du travail au ministère du Travail.

5° Les asiles pour mères nourrices : Mme la comtesse Hocquart de Turtot et Dr Schreiber.

Protection de l'enfant séparé de la mère. — 6° L'élevage en commun : Dr Theroude.

7° L'enfant né de parents tuberculeux : Dr Armand-Delille, médecin des hôpitaux de Paris, secrétaire général de l'Œuvre Grancher.

Assistance et enseignement. — 8° Participation des œuvres privées à l'assistance maternelle et infantile : M. Desvouges, de la Mutualité maternelle.

9° Le rôle des consultations de nourrissons dans l'application des lois d'assistance : M. Marois, directeur de l'Assistance publique à la Préfecture de Seine-et-Oise.

10° Les visiteuses d'hygiène infantile : Dr Chatin, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

(1) In-16 de la Bibliothèque des Connaissances médicales. — Prix : broché, 7 fr. 50. — Paris 1922, Flammarion.

Dictionnaire de spécialités pharmaceutiques, par L. VIDAL et DAREAU. Format : 145 mm × 80 mm, 400 pages, relié toile souple. — Paris, A. Maloine et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES COMPLICATIONS DU DIABÈTE SUCRÉ[1]

II. COMPLICATIONS CARDIO-VASCULAIRES. — Du côté du cœur, on doit signaler des lésions rares d'endocardite. Plus souvent, il s'agit de myocardite chronique avec surcharge graisseuse.

Le cœur est augmenté de volume, dilaté, surchargé de graisse. Le choc cardiaque est affaibli, le pouls petit, la pression artérielle diminuée.

Enfin, parfois les *lésions artérielles* prédominent : artério-sclérose, athérome qui s'accompagnent d'hypertension artérielle. Ces lésions artérielles au niveau des membres peuvent provoquer des syndromes douloureux, des phénomènes d'ischémie circulatoire : asphyxie des extrémités, claudication intermittente (Charcot).

III. COMPLICATIONS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE. — Il s'agit toujours d'infections secondaires, banales ou spécifiques, qui viennent se greffer sur un terrain défectueux. Ce sont :

1° Des *bronchites*, des *broncho-pneumonies*, des *pneumonies*; dans tous ces cas la fièvre est souvent peu élevée, mais la dyspnée est vive; l'évolution est franche. Le sucre diminue et disparaît même pendant la complication. La mort survient parfois par des accidents asphyxiques, dans la forme de pneumonie foudroyante. La guérison est fréquente, mais il faut craindre à la suite la production de suppurations ou de gangrène pulmonaire.

2° La *gangrène pulmonaire* est une complication assez fréquente. Le début est insidieux. La douleur et la toux sont moins aiguës que dans la gangrène ordinaire. La dyspnée est très vive. La fétidité des crachats fait défaut. D'après Ramond, cette fétidité des crachats peut exister au début, par suite de la présence d'anaérobies. Mais rapidement les germes anaérobies fabriquent, aux dépens du sucre des tissus, des acides divers dont la présence fait disparaître les anaérobies. Il ne reste plus alors que des germes de suppuration banale.

La gangrène pulmonaire est une complication très grave.

3. La *tuberculose pulmonaire*. C'est une des complications les plus fréquentes (Bouchardot) qui tue les diabétiques qui ne sont pas emportés par le coma, la suppuration ou la gangrène. L'intensité de la glycosurie semble y prédisposer, et Lancereaux a signalé que les diabétiques pancréatiques se terminent tous par tuberculose. La tuberculose est par conséquent très fréquente au cours des diabètes par dénutrition (Labbé).

La forme habituelle est la *forme caséeuse*.

Le début est insidieux. Il n'y a pas de point de côté, pas de fièvre, pas d'hémoptysie. Il est seulement marqué par la toux, l'expectoration et l'amaigrissement. Tout diabétique qui tousse doit être ausculté soigneusement. L'examen des crachats montre la présence de bacilles de Koch. L'évolution de la tuberculose des diabétiques est rapide. C'est une *phtisie qui brûle les étapes*, et cependant la fièvre reste modérée, ne dépassant bien souvent pas 38 degrés. C'est une *tuberculose froide et sans réaction* (Pidoux). La tuberculose des diabétiques a presque toujours une évolution fatalement progressive et sa marche est plus rapide dans les diabètes avec dénutrition.

En général, la tuberculose pulmonaire n'a pas d'action sur le diabète. La disparition du sucre à la fin de la maladie tient à ce que les malades n'ingèrent plus à ce moment que très peu d'hydrates de carbone.

La tuberculose à forme caséeuse n'est pas la seule que l'on puisse observer au cours du diabète; signalons aussi les formes broncho-pneumonique (Dieulafoy), miliaire (Letulle), pleurétique, hémoptoïque (Dieulafoy, Richardière).

Les formes hémoptoïques semblent plutôt se voir chez les malades arthritiques, à tendance fibreuse. Aussi sont-elles sujettes à rémission. Quant à la tuberculeuse fibreuse, elle ne paraît pas vraiment exister chez les diabétiques.

IV. COMPLICATIONS RÉNALES. — Ces lésions relèvent de lésions de néphrite, engendrée peu à peu par élimination du sucre (Lecorché, Talamon). On a décrit des lésions de néphrite scléreuse, parenchymateuse ou mixte. On a aussi signalé une néphrite spéciale avec lésions des tubes contournés où l'on peut faire apparaître les réactions classiques d'Ebstein ou d'Ehrlich. Les lésions d'Ebstein sont des altérations des cellules épithéliales, augmentées de volume, granuleuses, à noyau mal coloré. La réaction d'Ehrlich à la gomme iodée montre l'infiltration des cellules épithéliales par la matière glycogène.

Cliniquement, on peut constater de l'*albumine* dans les urines. Tantôt l'albuminurie peut aller de pair avec le diabète et coexister avec lui tout le temps. Tantôt l'albuminurie peut succéder au diabète; enfin, dans certains cas, l'albuminurie est passagère et non permanente, coexistant avec le diabète ou alternant avec lui.

Ultérieurement peut s'installer une *néphrite chronique*. Le diabétique devient alors en même temps un brightique chez qui pourront survenir des accidents urémiques.

D'autres complications sont à signaler du côté de la *vessie* : cystite chronique avec envies fréquentes d'uriner, urines purulentes, etc.

Fournier a appelé l'attention sur les *diabétides génitales* : urétrite rarement, balanite et balano-posthite plus fréquentes, eczéma de la vulve et prurit vulvaire extrêmement fréquents chez la femme. Ces accidents doivent toujours faire penser à la possibilité d'un diabète latent.

V. COMPLICATIONS CUTANÉES. — Elles peuvent relever de divers facteurs : tantôt elles sont d'ordre inflammatoire, tantôt elles relèvent de lésions nerveuses, enfin elles peuvent être consécutives à des troubles circulatoires par artérite oblitérante.

Signaler tout un groupe de complications banales fréquentes : ectyma, érythèmes au niveau des plis inguinaux, prurit, œdèmes multiples, etc.

Les suppurations et les gangrènes constituent des complications plus graves. C'est ainsi qu'on voit survenir, chez les diabétiques, des poussées de *furonculose* à répétition, en pléiade et dont la constatation doit toujours faire suspecter le diabète.

L'*anthrax*, développé au niveau de la nuque, est une complication souvent redoutable. Peu douloureuse, peu fébrile, en général, il peut évoluer vers le phlegmon ou la gangrène.

Le *phlegmon* diabétique, souvent *diffus*, a, en général, un début insidieux, se produisant à la suite d'une lésion minime de la fesse, du cou, du thorax ou des membres inférieurs ; d'abord bénin pendant quelques jours, il s'étend ensuite rapidement et devient diffus. D'autres fois, il se termine par la gangrène.

Les *gangrènes* siègent, en général, au niveau des membres inférieurs et des organes génitaux ; elles peuvent être consécutives à une suppuration banale, à un érysipèle ou survenir primitivement. La gangrène peut être superficielle, en nappe, et guérissant alors par chute d'escarres, ou bien être profonde, envahissant tous les tissus des membres. On peut voir évoluer la gangrène de deux manières : sèche ou humide.

La *gangrène sèche*, consécutive à des lésions vasculaires, peut apparaître au niveau des orteils, par des petites plaques qui s'escarrifient et donnent lieu à des petites ulcérations. Parfois profonde, elle résulte de l'oblitération de l'artère principale du membre, qui cesse de battre ; la peau se refroidit, et devient insensible. Le pied, une partie de la jambe, peuvent ainsi devenir noirâtres et se momifier.

La *gangrène humide* est primitive ou bien secondaire à la forme précédente. Le pied se tuméfie, devient rouge, douloureux. La peau s'infiltre et des phlyctènes sanieuses apparaissent. Des signes généraux sont graves : fièvre, frissons, délire, qui finissent par emporter le malade par septicémie.

Le *mal perforant plantaire* est fréquent au cours du diabète, autant que du tabes. Il relève d'ailleurs, à la fois, de troubles cutanés et de troubles nerveux. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 50, p. 814.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
Pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — *Concours d'internat, médaille d'or.* — Le jury est composé de M. Pousson, président; MM. Rabère, Leuret, P. Mauriac, Pery, Brindel, Parcelier.

Concours pour 10 places d'internes titulaires et pour 50 places d'externes titulaires. — Internat : Le concours pour les places d'internes titulaires s'ouvrira le 3 octobre 1922.

Externat : Le concours de l'externat, pour l'année 1922-1923, s'ouvrira le 2 octobre 1922.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Clermont. — M. Humbert est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

M. Billard, professeur, est chargé, en outre, d'un cours de pathologie expérimentale.

— Dijon. — M. Vincent, ancien professeur de pharmacie et matière médicale, est nommé professeur honoraire.

M. Bel est chargé de conférences complémentaires d'histologie.

M. Vuillaume, professeur au lycée de Dijon, est chargé, en outre, des fonctions de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Il est institué des brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'Etat français, qui seront délivrés par le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales aux infirmières hospitalières, aux visiteuses d'hygiène sociale et aux diverses infirmières à spécialité restreinte, puériculture, surveillance sanitaire des écoles, hygiène mentale, etc. [Décret du 27 juin (*J. O.*, 1er juillet 1922)].

LES ÉCHANGES DE MÉDECINS ENTRE LES PAYS ALLIÉS. — Le Consulat général d'Italie à Paris nous communique l'avis suivant :

« L'Université de Rome acceptera pour la prochaine année scolaire des médecins étrangers en qualité d'assistants volontaires (sans rétribution) dans les cliniques médicales et chirurgicales qui, comme on le sait, sont dirigées par les professeurs les plus réputés de la Science italienne.

Les places disponibles sont les suivantes :

2 places à la clinique chirurgicale; 2 places à la clinique médicale; 2 places à la clinique obstétricale; 2 places à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques; 2 places à la clinique des maladies mentales et nerveuses; 1 place à la clinique orthopédique.

Il est superflu de relever l'importance des facilités offertes aux médecins étrangers, qui pourront de cette manière se perfectionner sous la direction de professeurs en renom.

Les candidats devront présenter leur demande au doyen de la Faculté de médecine de Rome en l'accompagnant de la traduction de leur diplôme.

Les médecins étrangers sont aussi admis aux nombreux cours de perfectionnement institués par la Faculté de médecine de Rome.

Les demandes et les documents s'y référant pourront être envoyés à la Lega italiana per la tutela degli interessi nazionali à Rome, Corso Umberto I, 101, qui fournira aux intéressés toutes les informations qui pourront leur être utiles. »

INSTITUT ITALIEN D'HYGIÈNE, DE PRÉVOYANCE ET D'ASSISTANCE SOCIALE. — Depuis le mois de janvier, le grand Institut d'hygiène publie la *Difesa sociale*, une Revue d'hygiène, de prévoyance et d'assistance sociale qui est déjà largement répandue en Italie et à l'étranger et qui sera envoyée en échange à tous les journaux et institutions qui lui enverront leurs publications.

Ces publications seront signalées par la Revue.

Adresser les communications à l'Istituto italiano di Igiene, Corso d'Italia, 32 A, Roma (34).

L'ÉTABLISSEMENT THERMAL D'ENGHIEN, dont l'ouverture avait été retardée par des travaux importants d'entretien, fonctionne depuis le 3 juillet.

Comme chaque année, la direction met gracieusement ses services à la disposition de MM. les médecins et de leur famille (femmes et enfants non mariés).

L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE, 8, rue Dante, tient à la disposition des médecins des remplaçants, tant pour la médecine générale, que pour les spécialités. Ecrire ou téléphoner : Gobelins 58-90.

ERRATUM. — Le titre de la communication faite par MM. Enriquez, Gaston Durand et Keller, à la Société médicale des hôpitaux, séance du 23 juin 1922 (Cf. *Gaz. des hôpit.*, 1er juillet 1922, n° 51), doit être ainsi modifié :

« Diagnostic des affections du *carrefour sous-hépatique* par la méthode des *radiographies* en série. »

CONGRÈS

XXXIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (PARIS, 2-7 OCTOBRE 1922). — Le XXXIe congrès de l'Association française de chirurgie, s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le lundi 2 octobre 1922, sous la présidence de M. Henri Hartmann, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° « Résultats actuels des greffes osseuses ». — Rapporteurs : MM. Cunéo (de Paris), et Rouvillois (Armée);

2° *Résultats éloignés des opérations portant sur les gros troncs artériels des membres.* — Rapporteurs : MM. Leriche (de Lyon) et Paul Moure (de Paris);

3° « Techniques et résultats de l'extirpation des tumeurs du gros intestin (rectum excepté). » — Rapporteurs : MM. Abadie (d'Oran) et Okinczyc (de Paris).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 31 juillet, le titre et les conclusions de leurs communications à M. Mouly, au secrétariat du Congrès, 12, rue de Seine; Paris (VIe).

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser 12, rue de Seine.

CONGRÈS D'ORTHOPÉDIE. — Le IVe Congrès de la Société française d'orthopédie aura lieu à Paris, le vendredi 6 octobre, à la Faculté de médecine, salle des thèses, à 9 heures du matin.

Les questions mises à l'ordre du jour sont :

1° « De la greffe osseuse comme traitement du mal de Pott chez l'adulte. » Rapporteur : Prof. Estor (de Montpellier).

2° « Pathogénie et traitement des difformités du gros orteil. » Rapporteur : M. Albert Mouchet (de Paris).

3° « Des arthrites chroniques de la hanche chez l'enfant, coxalgie exceptée. » Rapporteur : M. Etienne Sorrel (de Berck).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 10 juillet. — Jury : MM. Letulle, président; Legueu, Gosset et Couvelaire. — M. COMET (Jean). Etude des eaux sulfureuses de Bagnères-de-Luchon (fin du XVIIIe siècle). — M. MORIN (Pierre). Les réalisations pratiques de l'hygiène mentale. — M. FRANCO (Priano). La duplicité urétérale au point de vue pathologique et chirurgical. — M. PION (Aug.). Essai sur l'hygiène sociale. — M. DARÈNE. Contribution à l'étude de l'inversion utérine puerpérale. — M. FLOT. Des corps libres péritonéaux. — M. GUILLOUET. Etude clinique de l'anesthésie.

Mardi 11 juillet. — Jury : MM. Pouchet, président; Teissier, Carnot et Richaud. — M. MERCIER (Fernand). Etude pharmacodynamique et quelques homologues de la théobromine. — M. SIMON (Léon). Traitement des affections pulmonaires aiguës à pneumocoques. — M. FOUQUIER (Albert). La pandémie grippale dans les colonies françaises. — M. DEGUILLAUME (Georges). Insuffisance aortique par fenestration sigmoïdienne. — M. MARCOVICI (Alexandre). De l'emploi du para-amino benzoate de butyle. — M. ALBERT (Georges). Etude des tétanos atypiques.

Jury : MM. Achard, président; Brumpt, Roussy et Tiffeneau. — MM. COLLOT (Arthur). De l'aérophagie et de son traitement. — M. BIANQUIS (Pierre). Du traitement de la syphilis par un dérivé benzoïque. — M. TSACOURIS (Georges). Etude clinique et pathologique des troubles digestifs. — M. JACQUET (Gabriel). Rendement fonctionnel du muscle et engorgement lymphatique. — M. VILDRIN (A.). Prophylaxie et traitement de l'helminthiase intestinale. — M. GUY (Maurice). Arthrite blennorragique (traitement vaccin du docteur Costa).

Jury : MM. Marfan, président; Bezançon, Nobécourt et Jeannin. — M. BOCQUET (René). Etude de la tuberculine-réaction. — M. VEDRENNE. Le bactériophage chez le nourrisson. — M. DELBECQ (Edouard). La présence du bacille de Koch dans le sang des tuberculeux. — M. LEVINSON (Léonidas). Etude du phénomène du bactériophage. — M. FORGERON (Henri). L'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant — M. CONAN (Louis). Interprétation des cutiréactions dans les affections de l'appareil respiratoire.

Jury : MM. Chauffard, président; Jeanselme, Claude et Lequeux. — M. VASSELLE (Pierre). Le diagnostic de localisation des ulcères gastriques. — Mlle MORTIER (M.). Contribution à l'étude de l'asthme. — M. ACOSTA (Eusèbe). Traitement des tuberculoses chirurgicales. — M. LUCAS (Jean). Traitement des cicatrices vicieuses et de sclérodermie. — M. BOULAY. Etude des crises intestinales chez les tabétiques. — M. FAUVEL (Henri). Recherches sur la fonction thyroïdienne dans les psychoses.

Jury : MM. de Lapersonne, président; Lejars, Cunéo et Metzger. — M. DOUTEAU (Louis). Deux petits signes (sur l'ectropion latent). — M. LESAGE (Jean-B.). Complément des interventions contre l'ectropion sénile. — Mlle REBOUILLAT. Névrites optiques consécutives à des intoxications exogènes. — M. BOULARD. Contribution à l'étude statistique de la survie après l'opération du cancer du sein. — Mlle LE PROVOST DE SAINT-JEAN (Denise). Etude du traitement des salpingites. — M. CHARLOT (Etienne). Etude de la désarticulation inter-tibio-calcanéenne de Ricard. — M. DELEBECQUE (Louis). De l'emploi du lipo-vaccin mixte de Le Moignic.

Mercredi 12 juillet. — Jury : MM. Broca (Auguste), président; Delbet, Hartmann et Couvelaire. — M. RÉAU (André). Traitement sanglant dans les fractures diaphysaires (os de l'avant-bras). — M. RINIÉRI. Luxations du malaire. — M. BOUÉ (Maurice). Les fractures isolées de la diaphyse radiale chez l'enfant. — M. PINGAT (Georges). Purpura et gestation. — M. BARBÉ (Pierre). Un cas de thrombophlébite de la veine cave inférieure. — M. LEFEBVRE (Joseph). L'avenir obstétrical des femmes ayant subi la myomectomie.

Jury : MM Roger, président; Labbé (M.), Clerc et Chiray. — M. CHAUVET. De l'oxygénation sous-cutanée en thérapeutique médicale. — M. MÉDAKOVITCH (Georges). Etude anatomique du gliome. — M. SEMELAIGNE (Georges). Etude des cholécystites chroniques non calculeuses. — M. DUCHEIN (Pierre). Le vaccin typhique chez le nourrisson. — M. TOUFLET (Henri). Rapports entre le diabète et la syphilis.

REVUE GÉNÉRALE

DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE ET ENDOSCOPIQUE DU

CANCER DE L'ŒSOPHAGE

Par Marcel LELONG,
Interne des hôpitaux de Paris.

Les moyens simples d'exploration clinique sont, en général, insuffisants pour établir avec certitude le diagnostic de cancer de l'œsophage.

La clinique peut faire croire à un cancer inexistant. Dans la majorité des cas, la dysphagie est le signe qui prime tout; on pense alors d'emblée à la forme banale du cancer, la forme sténosante. Or, cette dysphagie peut être due à une des multiples causes de compression extérieure (à un anévrisme aortique, par exemple, affection de diagnostic clinique difficile et souvent latente). Si tous les éléments du syndrome œsophagien sont rassemblés (dysphagie avec régurgitations, inanition progressive) rien encore n'est absolument démonstratif. L'âge avancé du malade, l'absence d'antécédents œsophagiens, la date récente du début de la dysphagie contrastant avec l'intensité de l'amaigrissement et la présence même de sang dans les régurgitations ne sont que des arguments de présomption. A quelques nuances près, le syndrome œsophagien est le même dans toutes les maladies de l'œsophage. D'ailleurs la coexistence de plusieurs affections est fréquente : le cancer se complique de spasme, le spasme ou le rétrécissement cicatriciel dégénèrent en cancer. En fait, la liste des pseudo-cancers serait longue à établir.

La clinique peut laisser un cancer inaperçu : ce sont les cas où la dysphagie est un signe de second ordre, ou même manque totalement. A côté de la forme sténosante, il y a, en effet, des formes non sténosantes; les unes complètement latentes, les autres se révélant uniquement par une complication trompeuse, qui masque la lésion primitive. Ces formes masquées sont rares, mais importantes à connaître : le cancer peut se cacher derrière des signes pulmonaires qui, seuls, attirent l'attention (forme pseudo-pulmonaire, ou même pseudo-tuberculeuse), ou derrière une pleurésie (forme pleurale), ou derrière un symptôme d'ordre médiastinal, comme le hoquet ou une simple inégalité pupillaire (forme médiastinale) ou derrière des symptômes gastriques (forme pseudo-gastrique).

Les conclusions de la clinique doivent donc toujours être prudentes : en matière de cancer, une erreur de diagnostic est une erreur de pronostic. Devant chaque cas particulier, il faut dire : « L'examen clinique ne révèle aucune cause de compression œsophagienne; il y a présomption de lésion de l'œsophage, probablement de cancer et il y a lieu de faire un examen radioscopique, qui lui-même indiquera ou contre-indiquera une œsophagoscopie. »

Diagnostic radiologique. — L'examen radiologique est le second temps de tout examen méthodique. Rarement, la radiographie est indiquée : elle a seulement l'avantage de fixer, à un moment donné, l'image œsophagienne. Le procédé de choix est la radioscopie ; elle permet une étude de la déglutition en ses temps successifs ; on doit toujours la faire suivre de la prise d'un orthodiagramme de l'image la plus caractéristique.

Diagnostic positif. — Le malade doit être à jeun ; dans certains cas, il peut être nécessaire de vider son œsophage par un tubage et un lavage préalables.

Sous peine d'erreurs de diagnostic parfois grossières, il faut procéder d'abord à un examen complet de tout le thorax, en position antéro-postérieure, malade debout. On risque ainsi de reconnaître une affection pulmonaire, pleurale, péricardique ou cardiaque, qui aurait pu passer inaperçue à l'examen clinique ; on juge de l'état du médiastin, particulièrement des ganglions. — Puis on place le malade en position oblique antérieure droite : pour cela, on le fait pivoter de 45 degrés, de telle façon que l'épaule gauche soit tournée vers l'ampoule, l'écran s'appliquant contre le côté droit du thorax ; exceptionnellement, il peut y avoir intérêt à utiliser le diamètre oblique postérieur gauche, ou même une position latérale. Dans la position oblique, on commence par préciser la largeur de l'espace clair compris entre le rachis et l'ombre cardio-aortique : toute ombre empiétant sur cet espace doit faire penser à une tumeur médiastinale, et surtout à un anévrisme de l'aorte. La constatation d'une ectasie de ce vaisseau est une contre-indication à peu près formelle à l'œsophagoscopie. En tâtonnant, on cherche l'angle optimum à donner au malade pour que l'espace clair soit le plus grand possible : c'est dans cet espace qu'on suivra le remplissage de l'œsophage, depuis le pharynx jusqu'au diaphragme. — Pour l'examen de l'œsophage sous-diaphragmatique, il faut replacer le patient en position antéro-postérieure; il est utile alors de suivre le franchissement du cardia et, si cela est possible, d'examiner complètement l'estomac, particulièrement dans sa région juxta-cardiaque : ce segment ne peut être bien vu qu'à condition de mettre le malade en décubitus horizontal (dorsal, puis ventral), dernier temps d'un examen complet.

Quand le sujet est dans la position convenable, on lui donne une bouchée ou une cuillerée à soupe de la substance opaque, en le priant de garder celle-ci dans la bouche et de ne déglutir qu'au commandement.

Quelle substance employer? Le cachet se comporte dans l'œsophage comme un corps étranger et est un non-sens physiologique. Quant aux liquides, ils descendent trop vite. Les meilleures préparations sont de consistance pâteuse, comme le bol alimentaire normal ; elles passent relativement lentement dans l'œsophage et moulent bien ses parois. Hirsch indique un mélange de quatre parties de sulfate de baryum et de une partie de mucilage frais d'acacia. D'autres auteurs se servent d'une bouillie de farine, ou de marmelade rendues opaques par addition de bismuth. Le plus simple est d'employer le sulfate de baryum crémeux de MM. Bensaude et Terray, délayé avec du sirop de gomme en proportions variables selon la consistance recherchée; on en fait prendre d'abord une cuillerée à soupe, dont on suit facilement la descente jusque dans l'estomac; puis autant qu'il est nécessaire pour remplir l'œsophage et le mouler convenablement.

Les résultats constatés dépendent du degré de la sténose : à sténose nette, diagnostic facile ; à sté-

nose fruste, diagnostic difficile. Il faut s'attendre à une proportion notable d'examens négatifs, même chez les malades à dysphagie marquée.

A. Quand la *sténose est nette* (c'est le plus grand nombre des cas) on a une image caractéristique.

a. Si la sténose est *complète*, la bouillie s'arrête en un point et s'accumule au-dessus. L'œsophage apparaît avec une bande rubannée, présentant à son extrémtté inférieure, un renflement ampullaire de contours irréguliers, anfractueux, dentelés. Rien ne passe au-dessus de la stricture; rien ne permet de soupçonner l'étendue de la portion rétrécie. Bientôt des contractions antipéristaltiques découpent les bords de l'ombre au-dessus de la sténose, et le malade régurgite sa bouillie.

b. Si la sténose est *incomplète*, l'image présente trois portions à étudier : stricturale, sus-stricturale, sous-stricturale.

Au niveau de la stricture, on note d'abord un arrêt de la substance opaque, puis un rétrécissement de l'ombre. Celle-ci, plus ou moins étroite, à l'aspect tantôt d'un filet linéaire, en racine de radis, tantôt d'un ruban qui descend en vrille ou en tire-bouchon et dont le caractère essentiel est l'irrégularité des contours : ses bords sont mâchés et déchiquetés.

Au-dessus de la stricture, l'œsophage est peu dilaté; souvent, on note une exagération des ondulations péristaltiques, parfois des ondulations antipéristaltiques. Ce n'est que quand la lésion siège au cardia, que la poche sus-stricturale est bien marquée.

L'étude de la portion sous-stricturale permet de fixer la limite inférieure de la zone infiltrée. Malheureusement, le remplissage de ce segment — réglé par le degré de la sténose — est malaisé. On peut user de l'artifice suivant : aussitôt que le malade a avalé sa bouillie, on le place en décubitus ventral, tête basse, pieds surélevés, ou mieux, en position genu-pectorale. Cette position a, de plus, l'avantage de permettre l'examen de la zone juxta-cardiaque de l'estomac.

B. Plus rarement, il n'y a *pas de sténose nette* : pas de déformation immédiatement appréciable de l'ombre œsophagienne. Dans ces cas, la radiologie est d'un maigre secours. Cependant, dans les sténoses frustes, l'analyse minutieuse de la traversée œsophagienne, la durée de l'évacuation du conduit, particulièrement l'étude de la queue de la colonne opaque peuvent donner d'utiles indications. On peut noter un temps d'arrêt dans la progression du bol opaque : il faut alors, par des examens répétés, vérifier sa constance. Une étude instructive pourrait être celle du mode d'évacuation et de la durée d'évacuation de l'œsophage : alors que, normalement, l'œsophage se vide en une à deux minutes, on peut voir la substance opaque persister en un point, sous forme d'une tache résiduelle effilée vers le bas.

Quand la lésion est haut située, les difficultés sont encore plus grandes : par suite de la contraction brusque du pharynx, le bol fuse comme un éclair dans l'œsophage supérieur et sa course peut être difficilement suivie.

Dans l'espoir de déceler les plus minimes déformations de la paroi, certains auteurs ont cherché à obturer le cardia, de façon à assurer une réplétion parfaite du conduit. Myer et Carman (1912), puis Bassler (1913) bloquent le cardia avec une sonde terminée par un petit ballonnet qu'on gonfle avec de l'eau. Crump (1914) emploie un artifice analogue.

C. Le diagnostic radiologique des *complications* est facile. Les rayons révèlent nettement les pleurésies, les lésions pulmonaires. Les abcès péri-œsophagiens forment des images diverticulaires appendues en nids de pigeon à la paroi du conduit et présentent souvent un aspect hydro-aérique. La perforation bronchique se reconnaît aisément : l'ombre œsophagienne est prolongée latéralement par des arborisations ramifiées dichotomiquement.

Diagnostic différentiel. — Tels sont les renseignements que peut fournir la radiologie. Comment les interpréter et dans quelle mesure nous permettent-ils de conclure?

S'il s'agit d'une affection extra-œsophagienne, la radioscopie en confirme l'existence ou même la révèle, si la clinique n'a pu la soupçonner. On voit le bol s'arrêter au niveau de l'agent de compression (ganglions, aorte, etc,) ; de plus, la direction du conduit est déviée. Nous avons déjà insisté sur l'importance de la recherche des modifications de calibre de l'aorte, au point de vue de l'œsophagoscopie ultérieure. L'exploration de l'estomac montre qu'il ne s'agit pas d'un cancer gastrique à forme œsophagienne (cancers de l'estomac avec spasme récurrent du cardia [Loeper et Forestier]).

S'il s'agit d'une affection œsophagienne, les rayons X donnent d'utiles indications. Ils permettent d'éliminer facilement les diverticules ou la dilatation diffuse; mais, pour les autres affections de l'œsophage, ils autorisent seulement le diagnostic de sténose œsophagienne. Qu'il s'agisse de spasme, de rétrécissement ou de cancer, ils montrent qu'il y y a sténose; ils ne donnent aucune indication certaine sur la cause de cette sténose. Le peu de netteté de la dilatation, l'aspect déchiqueté des bords de l'image ne sont que des arguments de présomption en faveur du cancer. Bien plus, dans des cas qui deviendront plus nombreux à mesure qu'on dépistera plus tôt les cancers, la radioscopie est négative, impuissante qu'elle est à dévoiler les sténoses frustes. Enfin dans certains cas particulièrement difficiles (ex. : compression par un ganglion), il faut nécessairement le contrôle endoscopique pour démontrer qu'il s'agit seulement d'une lésion extrinsèque.

Diagnostic endoscopique. — Le cathétérisme est un moyen aveugle à peu près abandonné. Cependant, grâce au perfectionnement préconisé récemment par MM. Bensaude et Hillemand (1), il est encore capable de rendre des services dans l'examen des sténoses de l'œsophage. — En pratique, seule l'œsophagoscopie permet d'affirmer avec certitude qu'il s'agit d'un cancer de l'œsophage. Toute sa valeur vient de ce qu'elle met sous l'œil de l'observateur la lésion elle-même.

Il faut la faire toutes les fois qu'il n'y a pas de contre-indications : anévrisme aortique, faiblesse trop grande du malade, cancer haut situé ou dont l'exploration offrirait des dangers. Un de ses avantages est de permettre, une fois sur six, de rectifier un diagnostic et, en dépistant un faux cancer, de

(1) R. Bensaude et P. Hillemand. Le cathétérisme œsophagien sur fil conducteur, *Presse méd.*, 10 juin 1922, p. 498.

rendre l'espoir à un malade. Mais, comme tout examen qui doit juger en dernier ressort, l'œsophagoscopie réclame la plus grande attention et une très grande conscience.

Diagnostic positif. — L'aspect endoscopique du cancer dépend de l'âge, de la forme, du siège de la lésion, de son mode de propagation et des irritations alimentaires ou thérapeutiques surajoutées.

A. *Période de début.* — Au début, le diagnostic est extrêmement difficile. Il faut analyser méthodiquement les caractères de la paroi et de la muqueuse.

a. Les modifications de la *paroi* sont essentielles : elles forment la base du diagnostic. En un point limité, dont l'aspect contraste avec la zone environnante on note les trois signes suivants :

1. Perte des mouvements œsophagiens : la paroi n'est plus inspirée à chaque respiration; elle ne propage plus les battements aortiques; elle est immobile : « elle ne vit plus ».

2. Déformation de la lumière : on remarque une minime saillie de la paroi, tombant vers l'intérieur du conduit.

3. Perte de l'élasticité et de la souplesse normales de la paroi : quand on retire le tube, la paroi ne revient pas sur elle-même : elle reste immobile, comme figée, imprégnée de cire.

b. La *muqueuse* est intacte au début. Pour certains auteurs elle présente déjà des modifications :

1. Elle a perdu ses plis normaux : elle est comme tendue.

2. Elle n'a plus sa couleur normale (celle de la face interne des joues). Elle est tantôt plus pâle, tantôt plus foncée, rouge cyanotique. Quelquefois elle présente un pointillé hémorragique (aspect en langue de chat, [von Hacker]).

3. Elle saigne au moindre contact du tube ou à la suite d'un tamponnage trop énergique.

4. Un peu plus tard, on peut déceler de minimes modifications de l'épithélium : excoriations punctiformes ou fines granulations.

B. *Période confirmée.* — A la période d'état, les aspects sont plus nets. Guisez décrit cinq formes : une forme bourgeonnante polypeuse, une forme végétante papillomateuse, une forme ulcéreuse, une forme infiltrée sous-muqueuse, et une forme mixte. Avec Lemaître, Starck, et notre maître R. Bensaude, nous nous en tiendrons à trois grands types, dont dérivent les sous-variétés : formes végétante, ulcéreuse, infiltrée.

a. Forme végétante. — C'est de beaucoup la plus fréquente. A l'introduction du tube, et déjà de loin, on voit que la lumière du conduit est obstruée par une tumeur.

L'aspect de cette tumeur est variable. Le plus souvent elle est volumineuse, occupant la moitié ou la presque totalité du champ endoscopique. Elle s'insère à la paroi par une large base d'implantation; elle bombe vers l'intérieur du conduit comme une boule, repoussant la paroi opposée restée saine. La lumière se présente comme une fente obscure, en croissant. La surface de la tumeur est tantôt lisse, comme un grain de raisin, tantôt granuleuse, framboisée, hérissée de nombreuses proliférations papillaires qui lui donnent l'aspect caractéristique en chou-fleur. Elle est recouverte d'un suintement sanguin continu, rouge foncé; si l'on tamponne doucement, on voit que la muqueuse tranche par sa couleur anormale : elle est rarement vraiment rouge, mais plutôt d'un rose blafard, gris sale; assez souvent elle est d'un blanc opalin, comme du cartilage, ou même d'un blanc éblouissant comme la neige. Elle ressemble alors à un massif montagneux en miniature (Starck), comparaison d'autant plus vraie que le processus ulcératif la découpe en dents plus ou moins effilées.

A ces tumeurs largement sessiles s'opposent les tumeurs finement pédiculées, polypeuses. En réalité ce cas n'est le plus souvent qu'une apparence, l'œsophagoscope ne montrant que la crête supérieure des lésions.

b. Forme ulcéreuse. — Cette forme est habituellement surajoutée à la précédente; la tumeur est déchiquetée par des ulcérations irrégulières, qui la découpent en bourgeons fragiles et saignant au moindre contact.

On peut rencontrer une forme ulcéreuse pure. On note alors, en un point de la muqueuse, une perte de substance plus ou moins grande. Les bords en sont nets, circonscrits, de contours très irréguliers; ils sont plats, quelquefois bourgeonnants. Le fond est d'un rouge violacé ou grisâtre, hérissé de fines granulations qui saignent au moindre contact. Cette ulcération — c'est toujours là le signe essentiel — repose sur une base indurée, épaissie et immobile.

c. Forme infiltrée. — C'est la plus difficile à reconnaître. C'est une sorte d'œdème dur de la paroi. Un segment de la circonférence du conduit est comme refoulé en masse et forme une saillie. On pourrait croire à une compression extrinsèque, mais il s'agit d'un épaississement des couches profondes de la paroi. La muqueuse ne présente pas d'altération nette; elle paraît seulement turgescente, d'un rouge intense ou d'une pâleur anormale. On ne remarque ni ulcération, ni végétation, ni hémorragie, ni odeur. Ce qui doit faire faire le diagnostic, c'est l'induration cartonnée de la paroi et son immobilité : elle forme parfois un butoir de consistance ligneuse qui arrête le tube dans sa progression. Très souvent cet aspect infiltré n'est qu'une lésion d'avant-garde en quelque sorte : il ne fait qu'annoncer une forme typique, ulcéro-végétante, située au-dessous et que l'œsophagoscope ne peut atteindre.

Tels sont les trois types essentiels. En pratique, on a rarement une forme pure; la forme courante participe à la fois des trois : tumeur ulcéro-végétante, avec œdème dur périphérique.

En résumé, le polymorphisme des lésions n'est qu'apparent. Quelle que soit leur forme, les signes cardinaux qui permettent d'affirmer la nature cancéreuse de la lésion sont les mêmes :

1. La *muqueuse* est le plus souvent touchée; sa couleur est anormale (ou trop rouge, ou plus pâle); elle saigne au moindre attouchement; la lésion est d'une dureté cartilagineuse, nette au contact du tube; le porte-coton ramène des mucosités sanglantes et fétides.

2. Mais, constamment, cette muqueuse (altérée nettement ou non) repose sur une *paroi* immobile, épaissie, dure, figée comme de la cire.

L'examen endoscopique ne doit pas se borner à montrer la nature cancéreuse de la lésion. Il doit encore préciser le niveau de cette lésion (en centimètres à partir des incisives), son siège sur la paroi

œsophagienne, son degré d'extension et les lésions associées.

Il est difficile de fixer les limites du cancer. Il est impossible de juger son extension selon l'axe de l'œsophage : l'œsophagoscope ne voit que le profil supérieur de la lésion. L'extension en épaisseur peut être soupçonnée par l'intensité de l'infiltration de la paroi. Seule l'extension en surface est visible ; quand la lésion intéresse toute la circonférence du conduit, elle constitue la *forme annulaire*. Le tube tombe alors dans un entonnoir qui se rétrécit de haut en bas; la muqueuse est hérissée de granulations sanguinolentes, ou creusée d'ulcérations plus ou moins térébrantes. La lumière est rejetée latéralement, étroite, punctiforme, parfois limitée par des lambeaux déchiquetés à disposition radiée [aspect de peau de tambour crevée (von Hacker)]. Les mouvements œsophagiens sont supprimés. Le tube est arrêté dans sa progression.

Quant aux lésions associées, il faut non seulement les dépister, mais les interpréter à leur juste valeur. Les unes sont consécutives au cancer (spasmes, compression par un ganglion, dilatation sus-stricturale); les autres ont précédé le cancer (leucoplasie, cardiospasme, œsophagite).

Enfin, l'examen œsophagoscopique comporte un dernier temps, obligatoire dans presque tous les cas : la prise d'une *biopsie*. Dans les cas macroscopiquement douteux, la biopsie est le seul moyen de diagnostic; il en est ainsi toutes les fois qu'on est en présence d'une lésion bénigne dont on a des raisons de craindre la transformation maligne (exemple : spasme ancien, leucoplasie). Dans les cas macroscopiquement évidents, la biopsie permet de donner une base scientifique au diagnostic et au pronostic. Le plus souvent il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire à globes cornés; plus rarement on observe l'épithélioma baso-cellulaire, l'épithélioma glandulaire et le sarcome. Enfin, au cours de la thérapeutique par le radium, la biopsie permet de contrôler l'évolution des lésions.

Diagnostic différentiel. — Le diagnostic différentiel à l'œsophagoscope suppose une correcte interprétation des images œsophagiennes.

Les *compressions de voisinage* sont habituellement déjà reconnues, mais il peut arriver qu'en cas de doute on ait recours à l'endoscopie. On voit alors que la paroi œsophagienne est refoulée, mais non altérée : rien n'a modifié l'aspect de la muqueuse, ni surtout la mobilité de la paroi.

Les *diverticules* sont très difficiles à voir à l'œsophagoscope : le diagnostic ne peut en être établi que si l'on aperçoit l'éperon qui sépare l'œsophage de son diverticule. La radioscopie est dans ce cas un moyen préférable.

Les *spasmes* siègent habituellement aux extrémités : le spasme de bouche de l'œsophage est rare et commande l'existence d'un diverticule de pulsion; le spasme du cardia (ou plus exactement de la portion phrénique et sous-phrénique de l'œsophage) est plus fréquent; il coïncide toujours avec une large dilatation. On constate, au niveau de la poche, une muqueuse rouge et enflammée ; au niveau du cardia, une fente linéaire transversale, limitée par deux lèvres tendues, formant un obstacle infranchissable au tube, ne laissant sourdre aucune bulle de gaz venant de l'estomac. Il est souvent difficile d'affirmer qu'un spasme n'est pas lié à un cancer; l'examen doit être long et minutieux, et, dans le doute, répété dans des positions variées [position genu-cubitale (1)].

Il faut soigneusement rechercher dans les replis de la poche l'existence d'un néoplasme ; il est, en effet, fréquent de voir un cancer se greffer sur un cardiospasme ancien (Guisez) : l'endoscopiste, qui juge en dernière analyse, n'a pas le droit de se tromper.

Le *rétrécissement cicatriciel* a une physionomie bien spéciale : le tube tombe sur un diaphragme blanchâtre, exsangue, sec, dur, immobile, formé d'un trousseau fibreux étoilé, conduisant à un petit orifice filiforme, presque toujours excentrique.

Les *rétrécissements inflammatoires* ont contre eux leur extrême rareté. Sous cette dénomination on entend pratiquement la tuberculose et la syphilis de l'œsophage, affections mal connues. La tuberculose de l'œsophage est le plus souvent secondaire et propagée du pharynx; dans sa forme primitive elle présente deux aspects : une forme ulcéreuse, à bords irréguliers, décollés, entourés de grains de Trélat; une forme sténosante, fibreuse, dont la nature ne peut s'affirmer que par la biopsie.

La syphilis peut revêtir plusieurs formes : la gomme non ulcérée qui rappelle la forme infiltrée du cancer, moins l'immobilité de la paroi ; la gomme ulcérée, avec ses bords taillés à pic, son fond rouge vif ; le syphilome diffus ; l'état cicatriciel.

L'*ulcère simple* de l'œsophage est exceptionnel : seule la biopsie permet de le différencier de la forme ulcéreuse pure du cancer.

Les *tumeurs bénignes* sont également des raretés : polype, adénome, kyste, etc. L'examen macroscopique permet seulement de soupçonner leur nature.

Dans tous ces cas, rares ou difficiles, il faut, avant de retirer le tube, prélever avec la pince une biopsie. L'examen histologique est le complément indispensable de l'œsophagoscopie ; il apporte une certitude définitive, à condition toutefois que le fragment ait été correctement prélevé, en plein dans la lésion suspecte, et dans la zone d'activité de celle-ci.

SUR LA VACCINATION PRÉOPÉRATOIRE

Par MM. Pierre et Louis BAZY (2).

Les opérations que l'on pratique sur des organes ou des régions infectées, même quand elles sont purement libératrices et ne consistent qu'en des débridements, peuvent donner lieu à des accidents sérieux, peuvent même déclencher des phénomènes de la plus haute gravité, analogues à ceux de l'anaphylaxie mortelle, si bien étudiés et décrits par M. Ch. Richet.

Ces accidents étaient bien connus des anciens et attribués par eux à l'ouverture par l'instrument tranchant de nouvelles bouches pour l'absorption de produits septiques. Aussi avaient-ils proposé de remplacer l'instrument tranchant par le fer rouge qui, tout en faisant les incisions nécessaires, fermaient toute bouche, toute surface absorbante.

Il serait intéressant de prévoir quels sont les cas

(1) R. Bensaude et M. Lelong. L'œsophagoscope à crémaillère et la position ventrale, *Presse méd.*, 25 mai 1921, p. 413.
(2) Note lue à l'*Académie des sciences*, séance du 26 juin 1922.

qui peuvent donner lieu à ces phénomènes anaphylactoïdes.

Si, dans une région qui a été le siège d'une infection et qui semble refroidie, on peut, grâce à l'*intradermoréaction* imaginée par l'un de nous (1), savoir si une infection est ou non en activité, dans d'autres cas où l'infection existe, on ne peut pas à l'avance savoir si cette infection latente ne se réveillera pas et si ce réveil ne sera pas foudroyant.

Les nombreuses blessures de la guerre ont montré que ce danger existait très réel et malheureusement très fréquent. Aussi s'est-on efforcé, et l'un de nous y a contribué pour sa part (2), de parer à ces dangers et de les prévenir par l'injection préventive de sérums antiinfectieux et notamment du sérum de Leclainche et Vallée qui a donné de si beaux résultats.

Or, ces résultats peuvent et doivent être obtenus dans la pratique civile, où heureusement on a moins fréquemment l'occasion de les rechercher, mais où il faut néanmoins transporter les méthodes de la chirurgie de guerre. On ne peut, en effet, rester indifférent et n'être pas fortement ému de voir, à la suite d'une simple incision, d'un simple débridement de phlegmon diffus périurétral, éclater des accidents rapidement mortels, analogues, ainsi que je l'ai déjà dit, à ceux de certains états anaphylactiques parmi les plus graves.

La sérothérapie préventive doit donc être appliquée aux cas urgents, à ceux où l'intervention ne souffre pas de délai; mais dans ceux où l'intervention peut être différée, il y a avantage à remplacer la sérothérapie préventive par l'*auto-vaccination préventive*, grâce à quoi l'organisme fabrique lui-même les moyens de défense strictement spécifiques contre les infections diverses dont les effets sont temporairement annihilés par les conditions mêmes de leur localisation, mais qui peuvent l'assaillir au moment où, par une intervention chirurgicale, on lui ouvrira des portes, des voies d'absorption.

Les affections des voies urinaires réalisent ces conditions très fréquemment : les infections sont localisées dans le bassinet, dans la vessie, dans l'urètre dont la muqueuse, tant qu'elle n'est pas traumatisée, oppose à l'invasion microbienne une barrière longtemps inefficace mais néanmoins pas complète, ni absolue. De plus, on peut, plus facilement que dans les plaies anfractueuses, connaître les microbes variés qui contribuent à l'infection.

Mais, si ces infections urinaires restent longtemps localisées et sont, en apparence, inoffensives, elles n'en sont pas moins dangereuses le jour où l'on change les conditions de leur existence et de leur évolution. C'est pour éviter ces dangers éventuels et qu'on peut même dire probables que nous avons pensé à faire l'auto-vaccination de ces sujets infectés.

Ainsi donc, dans ces cas d'infections plus ou moins étendues ou localisées de l'appareil urinaire, où une intervention était nécessitée par ces lésions compliquées ou non de corps étrangers tels que calculs, nous avons eu l'idée, après avoir reconnu le ou les microbes infectant les voies urinaires, de pratiquer une *auto-vaccination préopératoire*.

Nous avons fait préparer des auto-vaccins, soit simples, soit composés, suivant qu'on se trouvait en présence d'un seul ou de plusieurs microbes et les avons injectés à nos malades à la dose progressivement croissante de 250 millions à 1, 3, 5, 7, 10 milliards.

Or, ces malades ont retiré un bénéfice rapide de ces injections, l'urine s'améliorant, les microbes diminuant de quantité ou même disparaissant, l'état général se remontant rapidement, la sensation de bien-être, l'appétit et les forces renaissant : ce qui prouve que l'infection, quoique atténuée, existait bien réellement. Puis les opérations que nous avons dû pratiquer, lithotritie, taille, opérations dites de prostatectomies, etc., se sont comportées comme si nous avions opéré dans un milieu rigoureusement aseptique, la guérison étant survenue dans un délai minimum, douze, quatorze, quinze jours.

Quel que soit, en effet, le soin que l'on mette à éviter la contamination des tissus incisés par l'urine microbienne, on ne le peut littéralement pas dans certains cas; dans d'autres, elle est très difficile; de plus, si l'on réfléchit que dans les régions où l'on opère, les moyens de défense des tissus contaminés sont très faibles, on ne peut s'empêcher d'être frappé de la simplicité avec laquelle s'opère la guérison. La réunion par première intention dans certains cas, la réunion secondaire dans les cas qui ne comportent pas la réunion primitive, s'opère dans des conditions de rapidité qui excluent toute idée d'infection, ou du moins les réunions des tissus incisés se font comme si l'infection n'existait pas, comme si l'action des microbes était annihilée.

(1) Louis BAZY. Valeur diagnostique et pronostique de la bactériothérapie dans les infections chirurgicales des viscères abdominaux, l'appendicite en particulier, *Soc. de chir.*, 12 mars 1919, p. 468.

(2) Louis BAZY. Le sérum de Leclainche et Vallée dans la prévention des infections postopératoires, *Soc. de chir.*, 21 mars 1917, p. 803, et 28 mars 1917, p. 824.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

ÉTUDE CLINIQUE DE L'INVERSION UTÉRINE PUERPÉRALE

Par M. le docteur BOURRET,
Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon,
Accoucheur de la Maternité du Creusot.

Accident tout à fait exceptionnel dans les maternités, l'inversion peut encore s'observer dans la pratique des campagnes où la méthode de la délivrance, spontanée et retardée, n'est pas toujours respectée. C'est à ce titre surtout que son étude clinique mérite de vous intéresser.

Etiologie et pathogénie. — Rare dans l'espèce humaine, fréquent chez la vache et la jument, le retournement partiel ou total de l'utérus, à la suite de l'accouchement, nécessite comme condition essentielle pour se produire, l'*inertie*, la flaccidité de ses parois.

A cette cause essentielle s'ajoutent, en général, des causes adjuvantes ou déterminantes qui sont, suivant les cas : la brièveté du cordon, l'implantation du placenta sur le fond même de l'utérus (Pinard), les adhérences anormales du délivre, les efforts d'expulsion ou l'exagération de pression abdominale (toux, éternuement) et surtout les *tractions intempestives sur le cordon*, pendant l'inertie de l'utérus.

Symptomatologie. — Vous pouvez être appelé à observer trois types d'inversions puerpérales : l'inversion aiguë au moment de la délivrance, l'inversion récente dans les jours qui suivent immé-

diatement l'accouchement, et enfin l'inversion passée à l'état chronique.

I. Inversion aiguë. — Comme l'a bien décrit Denucé, l'inversion survenant au moment même de la délivrance, peut présenter trois degrés, suivant que le fond inversé reste intra-utérin, qu'il devient intravaginal, ou qu'enfin il est expulsé hors de la vulve. A chacun de ces degrés anatomiques, correspond un tableau clinique un peu différent.

1. L'inversion intra-utérine ou du premier degré peut facilement passer inaperçue ; souvent pour beaucoup d'auteurs, elle constitue l'amorce des variétés plus graves, par le mécanisme suivant : à la faveur de l'inertie et de tractions ou d'expression, le fond utérin s'inverse dans la cavité utérine ; à ce niveau, il joue le rôle d'un véritable corps étranger que le muscle s'efforce, par ses contractions, d'expulser dans le vagin, ou même hors de la vulve.

Dans ce premier degré, les symptômes fonctionnels sont peu marqués, caractérisés seulement par un suintement sanguin plus abondant que dans la délivrance normale et par une douleur qui se confond facilement avec celles qui accompagnent le décollement du placenta. Ce n'est donc souvent que par hasard, en appliquant la main sur l'utérus, qu'au lieu de trouver le globe utérin classique, vous reconnaîtrez une sorte de bourrelet déprimé au centre, dans lequel un ou deux doigts peuvent pénétrer, donnant la sensation d'un entonnoir limité par des parois épaisses, c'est le *cul-de-fiole* de Mauriceau. D'autres fois, au cours d'une revision manuelle, rendue nécessaire par la persistance du suintement sanguin et l'aggravation de l'état général, l'inversion donnera à votre main la sensation d'une tumeur molle, convexe, *entourée d'une rigole circulaire*.

Dans ces cas, l'exploration simultanée, abdominale et vaginale, en vous permettant de reconnaître les connexions de la dépression abdominale et de la tumeur intra-utérine établira le diagnostic sans discussion possible.

2. Beaucoup plus fréquemment, l'inversion puerpérale aiguë constitue un accident infiniment plus dramatique et plus impressionnant que celui que nous venons de décrire. Le plus ordinairement, à la suite de tractions énergiques, l'opérateur a tout d'un coup la sensation d'une résistance vaincue, le placenta apparaît brusquement à la vulve, et si une main tenait le fond utérin pendant les tractions, elle sent brusquement celui-ci lui échapper. En même temps, la patiente ressent une douleur aiguë, atroce, angoissante, généralisée à tout l'abdomen, remontant jusque dans les lombes et irradiant vers les aines et les cuisses.

Cette douleur est tellement vive qu'une syncope immédiate en est souvent la conséquence ; dans tous les cas la malade pâlit, son facies s'altère, son pouls s'affole, ses extrémités se refroidissent.

Elle présente, en somme, un état de shock qui ne peut être confondu qu'avec celui qui accompagne la rupture utérine.

Sous l'influence de la traction, le placenta s'est, en général, plus ou moins décollé, et apparaît alors une hémorragie souvent formidable. La main, appliquée sur l'abdomen, ne trouve plus le corps utérin, mais plus ou moins profondément dans le pelvis, un bourrelet arrondi circonscrivant une excavation profonde. Le toucher vaginal fait reconnaître une tumeur convexe que le doigt peut contourner complètement et qui est *entourée d'une double rigole circulaire* : celle de l'inversion et celle des culs-de-sac vaginaux.

3. Très souvent l'inversion n'en reste pas à ce stade, la malade éprouvant un besoin impérieux de pousser expulse au dehors de la vulve l'utérus entièrement inversé et les parois vaginales déplissées. Les symptômes fonctionnels sont alors encore plus graves si possible. Quant à l'aspect de l'inversion complète, extragénitale, elle est tout à fait caractéristique. Si le placenta est encore en place vous voyez entre les cuisses de la malade une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus (l'utérus inversé augmentant rapidement de volume) d'aspect brillant et lisse, de coloration violacée, à surface parcourue par les vaisseaux qui aboutissent au cordon ; au-dessus de cette masse placentaire on voit le tissu utérin très mou, rutilant, ressemblant à un gros caillot qui remplirait les membranes. Si la délivrance s'est faite au cours de l'inversion ou avant, vous aurez directement sous les yeux la surface interne de l'utérus, rouge, villeuse, recouverte de caillots, et saignant abondamment. L'utérus inversé forme alors une tumeur du volume d'une grosse orange, donnant à la main une sensation de mollesse et d'élasticité et se durcissant par moment sous l'influence du contact.

Pour vous rendre compte des connexions de cette tumeur, introduisez deux doigts dans le vagin, vous serez rapidement arrêté par un cul-de-sac circulaire parfaitement régulier : le collet que vous aviez rencontré dans la variété précédente, intravaginale, et qui était constitué par le col n'existe plus ici ; le col étant lui-même inversé, l'utérus se continue directement avec le vagin, il n'existe plus *qu'une seule rigole circulaire*. Ces caractères anatomiques vous permettent de comprendre d'une part la facilité avec laquelle vous pourrez réduire partiellement l'inversion extragénitale en la transformant en variété intravaginale, et d'autre part les difficultés que vous éprouverez souvent dans la réduction de cette dernière.

II. Inversion récente. — Si les troubles généraux qui accompagnent habituellement la formation de l'inversion utérine, n'ont pas été très marqués, si la malade a pu résister au shock et aux hémorragies, vous pourrez n'être appelé à observer l'inversion que dans les jours qui suivent l'accouchement.

Vous observerez alors soit au dehors de la vulve, soit dans le vagin, au moyen du spéculum, une tumeur présentant les mêmes rapports anatomiques que précédemment mais dont l'aspect n'est plus le même, la surface que vous aurez sous les yeux étant grisâtre, recouverte de fausses membranes et de débris sphacélés. D'autre part au lieu de phénomènes de schock il y aura des signes d'infection grave, qui pourront égarer votre diagnostic en vous faisant penser soit à l'infection banale, soit plutôt, après constatation de la tumeur vaginale, à de l'infection avec sphacèle d'un fibrome sous-muqueux.

III. Inversion chronique. — Quelques malades arrivent à triompher de l'infection comme elles ont résisté aux accidents de schock et cette circonstance vous permettra d'observer peut-être un jour ou l'autre un cas d'inversion chronique plusieurs mois après l'accouchement. Vous verrez alors une tumeur

à surface lisse, régulièrement, saignant spontanément plus que sous l'influence des explorations. L'aspect est absolument le même que dans les cas de polypes intracervicaux : le diagnostic se fait dans ce cas, comme du reste dans le cas précédent, par les touchers abdomino-vaginal et abdomino-rectal qui vous permettront toujours de reconnaître ou non le corps utérin en situation abdominale.

Tels sont les aspects différents sous lesquels vous pourrez être appelé à diagnostiquer l'inversion utérine puerpérale : ces aspects sont, vous le voyez, suffisamment caractéristiques dans chaque cas pour vous permettre un diagnostic précis, condition essentielle d'un traitement approprié que nous étudierons prochainement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 JUIN 1922)

Sur la vaccination préopératoire. — MM. Pierre et Louis Bazy. (Voir plus haut, p. 856.)

Idiosyncrasie et anaphylaxie. — MM. L. Panisset et J. Verge.

L'acide cyanique existe-t-il dans le sang? — MM. Maurice Nicloux et Georges Welter.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 4 JUILLET 1922)

Au début de la séance, M. Henneguy retrace les principaux faits de la vie de S. A. S. le prince Albert de Monaco, et prononce son éloge.

M. le Président annonce à l'Académie que le Prince lui lègue un don de un million de francs.

De la nécessité de corriger de bonne heure, systématiquement, et par des moyens de douceur les imperfections et anomalies de l'orifice préputial chez les nourrissons. — M. Rousseau-Saint-Philippe (de Bordeaux). Voici les conclusions de ce travail :

1° La plupart des enfants naissent avec un prépuce irrégulier, incorrect, incapable d'accomplir la fonction à laquelle il est destiné : c'est le phimosis congénital ;

2° Les formes les plus fréquentes à la naissance, et partant les plus dangereuses sont celles où existent l'atrésie presque complète du méat, avec adhérence, le défaut de parrallélisme entre les deux orifices : d'où l'inflammation, l'infection et l'infiltration d'urine avec ses conséquences graves, gangrène et urémie. C'est donc surtout chez les nourrissons qu'il importe d'agir et de bonne heure ;

3° Il serait nécessaire dans les consultations, dans les crèches, dans les maternités, partout où l'on porte les enfants du premier âge, de fixer son attention sur l'organe génito-urinaire d'excrétion jusqu'ici mal surveillé, et de conseiller l'intervention, de la pratiquer même, s'il convient, dans tous les cas où elle paraîtra indispensable ou même simplement utile ;

4° La méthode de douceur, dite de dilatation, suffit en général à cet âge, pourvu qu'elle soit accompagnée de la libération des adhérences et de soins consécutifs intelligents, et rien n'est plus facile ;

5° La circoncision ou méthode sanglante, qui n'est pas une opération de choix, à cause du stigmate qu'elle laisse après elle, devra être réservée au phimosis du second âge démesurément longs, ou à ceux chez qui la dilatation aurait manifestement échoué.

Le paludisme, maladie professionnelle chez les marins pêcheurs. — M. Sari. Le paludisme sévit d'une manière constante sur la côte orientale de la Corse ; les Compagnies de chemins de fer et l'Administration des douanes ont reconnu pour leurs employés le bénéfice de la loi sur les maladies professionnelles : lorsqu'ils attrapent le paludisme on leur donne une indemnité. Or il arrive que les marins deviennent paludéens. M. Sari demande que le paludisme contracté par les marins pêcheurs en service soit regardé comme une maladie professionnelle.

Un point d'histoire médicale : les conceptions d'Avicenne sur la tuberculose pulmonaire et son traitement. — M. Dinguizli (de Tunis) a trouvé dans l'œuvre d'Avicenne qu'il a pu lire, grâce à sa connaissance de l'arabe, des idées originales et ingénieuses qu'il apporte à l'Académie.

Avicenne croyait à la contagion et à la curabilité de la tuberculose, à la contagion par propagation.

Il étudiait les ulcérations du médiastin, de la plèvre et des poumons, les effets de la tuberculose sur les poumons puis sur les plèvres ; il envisageait des ulcérations perforantes et non perforantes.

Pour Avicenne la véritable phtisie pulmonaire évolue en trois stades : 1° un stade préinflammatoire contemporain de l'éruption ulcéreuse ; 2° un stade plus avancé, avec atteinte des tissus en profondeur, l'ulcère devenant rongeant ; 3° l'ulcération progresse, offre l'aspect d'une véritable fistule et sa description représente la caverne telle que nous la concevons aujourd'hui.

Quant au traitement, Avicenne préconise l'action directe sur l'ulcère, et cela au moyen d'injections d'un liquide très chargé en miel ou d'une infusion de rose rouge, en même temps qu'il préconise l'absorption, par voie gastrique en grandes quantités de roses rouges confites dans du miel ou du sucre, et la cure lactée, lait d'ânesse ou de chèvre aussi pur que possible et non contaminé.

Il insiste d'autre part sur l'influence de la cure d'air et du traitement moral.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 JUIN 1922)

La vaccinothérapie dans la fièvre de Malte. — M. Couri insiste sur les dangers qui pourraient résulter de la généralisation d'une méthode qui est loin d'avoir fait ses preuves. La vaccination antimélitensique n'est applicable que dans les périodes apyrétiques de l'affection et quand celle-ci évolue depuis assez longtemps, ce qui rend déjà très contestables ses résultats. A doses relativement peu élevées elle donne de fréquentes et violentes poussées thermiques, influençant fâcheusement la marche de la maladie. D'efficacité contestable dans les cas les plus heureux, la vaccination antimélitensique est absolument inefficace dans le plus grand nombre des cas, et très dangereuse dans certains autres. L'auteur cite des faits à l'appui de son opinion.

Adipose douloureuse diffuse avec élargissement de la selle turcique. — MM. Pasteur Vallery-Radot et M.-A. Dollfus présentent une malade de soixante-sept ans ayant les symptômes cardinaux de la maladie de Dercum à forme diffuse : adipose volumineuse, douleurs spontanées et douleurs provoquées par la palpation des masses adipeuses, asthénie. Ce qui fait l'intérêt clinique de cette observation c'est l'évolution de l'affection en deux temps : pendant trente-trois années l'adipose siégea uniquement aux membres supérieurs, au thorax, à l'abdomen et aux fesses ; c'est seulement après cette longue phase qu'elle atteignit les membres inférieurs.

Cette observation apporte aussi un document intéressant à l'appui de la pathogénie hypophysaire de l'adipose douloureuse. La radiographie du crâne, par le docteur Charles Petit, a révélé des lésions très appréciables de la selle turcique :

1° Augmentation de la cavité de la selle turcique. Le diamètre antéropostérieur à 1cm6 (au lieu de 1 centimètre, à 1cm2, dimensions normales) ;

2° Diminution de l'opacité de la lame quadrilatère qui limite en arrière la selle turcique. On trouve une lame quadrilatère plus incurvée, moins épaisse qu'à l'état normal, son

bord postérieur est convexe en arrière au lieu d'être plan, enfin, sa partie moyenne a presque disparu.

Ces lésions de la selle turcique, en particulier l'augmentation du diamètre de la cavité, permettent d'inférer qu'il existe une hypertrophie de l'hypophyse.

Maladie pigmentaire. — M. Marcel Pinard présente une malade au visage fortement pigmenté ayant des ecchymoses sur le corps et dont l'état général est très touché mais sans signes de cirrhose, malgré la sérologie négative des signes de syphilis héréditaire observés chez la fille de la malade ont conduit à pratiquer des injections de quinico bismuth qui ont déjà amélioré grandement l'état général et fait plus curieux ont fait diminuer beaucoup l'intensité de la pigmentation.

Un cas de migraine ophtalmoplégique. Hypothèse sur son anatomie et sa physiologie pathologique. — M. Souques présente un homme de trente ans, qui depuis l'âge de cinq ans, est sujet à des accès de migraine ophtalmoplégique. L'accès débute brusquement par une douleur intense, profonde siégeant dans la région fronto-temporale droite durant trois jours et s'accompagnant de fréquents vomissements bilieux. Cette douleur est remplacée par une paralysie de la IIIe paire droite deux jours après et persiste une douzaine de jours. Les accès se répètent toutes les trois, ou quatre semaines. Depuis une vingtaine d'années la paralysie de la IIIe paire ne disparaît plus complètement dans l'intervalle des crises. De plus depuis quelques années le ptosis complet ne se produit pas à chaque crise et les vomissements ont cessé. Ce cas est remarquable par l'apparition de syndrome dans la première enfance et par l'association d'une parésie de la VIe paire.

Il s'agit probablement d'une migraine ophtalmoplégique symptomatique d'une lésion discrète et limitée de la base. On peut supposer que cette lésion siège au niveau de la paroi externe du sinus caverneux. On peut admettre aussi, quant à la répétition des accès, l'existence d'une « diathèse colloïdoclasique », le choc se faisant sentir au niveau de l'épine cérébrale et déterminant le syndrome clinique.

Rupture spontanée d'une ascite à l'ombilic. Guérison locale. Mort par insuffisance hépatique. — MM. A. Lemierre et Jean Lévesque rapportent l'observation d'un cas de rupture de l'ombilic chez un homme atteint de cirrhose de Laënnec. Cette rupture fut précédée de douleur et de rougeur dans la région ombilicale. La fistule, très étroite permit à la sérosité ascitique de s'écouler goutte à goutte et de s'évacuer complètement au dehors. Au bout de quatre jours elle se ferma et se cicatrisa. Deux points sont à noter dans cette observation : en premier lieu la modification de la formule cytologique de l'ascite qui, d'endothéliale, devint lymphocytique sous l'influence de l'inflammation ombilicale pour redevenir purement endothéliale après cicatrisation de la fistule. En second lieu, l'apparition de phénomènes d'insuffisance hépatique qui ont entraîné la mort trois semaines après la rupture.

Les injections intraveineuses d'ouabaïne dans le traitement des affections cardiaques. — MM. Laubry et Pezzi donnent sur cette thérapeutique une opinion fondée sur une pratique de plus de cinq années. Sans nier ses dangers, ils en rendent davantage responsable la gravité particulière des affections cardiaques auxquelles elle s'adresse. En ne dépassant pas la dose de 1/4 de milligramme qu'on peut presque indéfiniment répéter tous les jours, tous les deux jours et dans les cas urgents plusieurs fois par jour, les auteurs n'ont jamais observé d'accidents. Ils emploient l'ouabaïne indifféremment avant, pendant ou après la digitaline.

Pour juger l'efficacité des injections intraveineuses d'ouabaïne, les auteurs ne se sont adressées qu'à des malades chez qui toutes les ressources thérapeutiques avaient été épuisées. Dans tous les cas l'ouabaïne s'est montrée le médicament par excellence de la tonicité. Dans toute insuffisance cardiaque totale ou partielle, chez les mitraux par exemple, l'injection donne souvent à côté d'échecs prévus, des succès surprenants. Les auteurs rapportent trois observations qui leur paraissent péremptoires et concluent que sans détrôner la digitaline de sa prééminence justifiée l'ouabaïne doit être considérée comme un médicament de premier plan.

Les éruptions zostériformes dans l'encéphalite léthargique. — M. Netter a vu deux fois une éruption zostériforme chez des sujets atteints d'encéphalite. Guizetti (de Parme), Bériel (de Lyon), ont montré dans les ganglions intervertébraux et les ganglions de Gasser, des altérations notables chez des sujets atteints d'encéphalite. La relation entre les éruptions zostériformes et l'encéphalite ne saurait donc surprendre.

Dans l'une des observations la malade avait été exposée à l'infection varicelleuse et l'apparition du zona avait été suivie de l'éclosion d'une varicelle dans la selle. L'agent de la varicelle joue donc un rôle important dans la production du zona.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 1er JUILLET 1922)

Influence de l'irradiation de la rate sur le temps de coagulation du sang. — MM. Ph. Pagniez, A. Ravina et I. Solomon ont repris l'étude de cette question qui a déjà fait l'objet de quelques travaux surtout à l'étranger, et se sont proposé de préciser d'abord les conditions dans lesquelles on peut obtenir par l'irradiation de la rate le raccourcissement du temps de coagulation du sang.

La rate étant préalablement repérée par la radioscopie, si on fait porter sur la région splénique une dose de rayonnement de 500 R, on obtient dans la règle un raccourcissement du temps de coagulation du sang (13 fois sur 15 expériences). Ce raccourcissement est considérable et se mesure par une moyenne de deux minutes pour un temps de coagulation de cinq minutes trente.

Cette modification par raccourcissement du temps de coagulation a été notée une heure après l'irradiation, mais elle peut se manifester beaucoup plus tôt et on peut quelquefois la constater dix et même cinq minutes après l'irradiation. La durée du phénomène est variable, mais chez certains sujets le sang ne revient que peu à peu et en plusieurs jours à son temps de coagulation primitif.

Fait intéressant : une première irradiation qui a été suivie d'une modification du temps de coagulation peut rendre l'organisme réfractaire à une nouvelle irradiation. C'est ainsi que chez un des sujets observés une première irradiation amena une accélération du temps de coagulation de trois minutes vingt-cinq secondes. Cinq jours après, la même dose de rayonnement ne modifiait plus en aucune façon le temps de coagulation qui était revenu à son chiffre antérieur.

M. P.-E. Weill. Chez des sujets atteints d'affections hémorragipares, l'ablation de la rate ne détermine jamais d'augmentation des hématoblastes ; d'autre part, l'irradiation de la rate peut être suivie d'hémorragies.

M. Ph. Pagniez. MM. Triboulet et A. Weill avaient déjà traité un purpura par l'irradiation de la rate. Dans cette question, il est très important de se servir d'une technique précise et de n'irradier que la rate. Les effets produits sur les hématoblastes sont d'ailleurs complexes.

Les réactions d'hyperglycémie provoquées par les ingestions d'albumine. — MM. M. Labbé et F. Nepveux. Si l'on compare chez les diabétiques les intensités de leur réaction hyperglycémique au glucose et aux différentes albumines animales, en respectant le rapport : $\frac{\text{glucose}}{\text{azote}}$, on constate que :

1° Les ingestions d'albumine chez les diabétiques provoquent généralement une réaction hyperglycémique ;

2° Les réactions à l'albumine sont beaucoup moins intenses que celles provoquées par la dose équivalente de glycose ; elles sont en général plus forte chez les diabétiques avec dénutrition azotée que chez les diabétiques sans dénutrition ; en outre, elles varient avec les diverses espèces d'albumines.

De la mort par l'adrénaline au cours de l'anesthésie chloroformique. — MM. E. Bardier et A. Stillmunkes. L'injection intraveineuse d'une dose de 1 centième de milligramme environ d'adrénaline au cours de l'anesthésie chloroformique provoque un choc mortel caractérisé par l'arrêt brusque du

cœur accompagné de fibrillation, ainsi que Lévy l'a signalé pour la première fois en 1911.

Les auteurs analysent physiologiquement ce phénomène qu'il faut considérer comme de nature périphérique et malgré sa ressemblance avec la syncope chloroformique comme relevant d'un autre mécanisme.

Il peut se produire à n'importe quelle phase de l'anesthésie, soit sur l'animal (chien, rat), soit sur l'homme.

Septicémie éphémère provoquée par l'intervention chirurgicale. — M. André Philibert a pu surprendre dans un cas une septicémie immédiatement consécutive à une intervention chirurgicale.

Il s'agit d'un blessé de guerre portant un fracas par balle de l'épaule droite. La plaie était infectée par les streptocoques.

Immédiatement avant la résection pratiquée par le chirurgien, l'hémoculture fut négative, immédiatement après, pendant qu'on appliquait le pansement, l'hémoculture révéla du streptocoque. Le malade, d'ailleurs, guérit facilement en quelques jours de cette septicémie sans autre localisation.

L'auteur insiste sur l'intérêt que présente, au point de vue de la génération des germes localisés dans une plaie infectée, un traumatisme chirurgical.

Dans d'autres cas qu'il a pu observer, la septicémie vérifiée par l'hémoculture fut bien constatée après l'opération, mais dans celui-ci les possibilités de pratiquer l'hémoculture avant l'intervention, puis après, donnent à ce cas la valeur d'une expérience.

Evolution de la salicylémie après ingestion de salicylate de soude chez le sujet normal. — MM. Noël Fiessinger et Jacques Debray résument leurs recherches sur la salicylémie à l'aide de la remarquable technique de Hérissey qui permet de déceler dans le sérum des doses de salicylate de 2 et 3 centigrammes par litre de sérum. Après ingestion de 10 centimètres cubes d'une solution de salicylate, la salicylémie apparaît vers la dixième minute et persiste pendant douze à dix-huit heures. Les auteurs en étudient l'évolution en dosant par méthodes colorimétriques les différentes étapes de la salicylémie. Ils montrent que le maximum en est atteint avec la dose d'un gramme vers une heure et demie. Le sérum à ce moment contient plus de 10 centigrammes de salicylate par litre. Par administration en cachet, la réaction sanguine se trouve nettement retardée. Par contre, en injection intraveineuse, la réaction paraît particulièrement courte. Ces constatations permettent déjà d'entrevoir des applications nouvelles à la thérapeutique.

Recherche de l'acide salicylique dans le sang, etc. — M. Hérissey.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 14 JUIN 1922)

Des adjuvants et des correctifs en radiothérapie. — M. Ch. Schmitt les énumère dans son travail. Ils sont destinés à éviter les symptômes toxiques, les hémorragies, les troubles digestifs consécutifs à des traitements radio ou radiumthérapiques.

Ils sont d'ordre médicamenteux (strychnine, adrénaline, uroformine, etc.), d'ordre physique (électrisation, massage, etc.), d'ordre mécanique (dilatation du col utérin).

Trocart-canule en Y à double effet pour transfusion sanguine. — M. Georges Rosenthal décrit son trocard qui rend impossible toute altération traumatique de la paroi veineuse. Les nouveaux modèles acceptent à l'extrémité externe de la canule le raccord ordinaire des seringues de 20 centimètres cubes.

Ainsi se peuvent combiner les injections sanguines et salines ou sucrées par l'orifice externe ou terminal de la canule.

Additions et modifications apportées au Codex. — M. Ed. Desesquelle indique les caractères et les doses des nouveaux médicaments officiellement consacrés : collargol, diacétylmorphine, chlorhydrate d'émétine, chlorhydrate d'éthylmorphine, thiocol, perborate de soude, peroxyde de zinc.

Thérapeutique alimentaire. — M. Chr. Jürgensen (de Copenhague) expose sa conception d'une hygiène alimentaire générale et toutes les particularités qu'elle comporte étudiées dans des ouvrages dont il fait hommage à la Société.

Les laits concentrés (sucrés ou non sucrés) dans l'alimentation des nourrissons. — M. J. Chevalier signale la variabilité de leur composition, donnant la préférence aux laits non sucrés, mieux stérilisés et plus économiques. Le manque de sucre durant la guerre justifiait l'emploi des laits sucrés. Il n'en est plus ainsi actuellement.

NOTES DE PRATIQUE

DIABÈTE ARTHRITIQUE

Prendre cinq jours de suite : antipyrine, 1g50 en deux paquets, à prendre dans de l'eau de Vichy avant les deux principaux repas.

Les vingt jours suivants : Vanadarsine, v à x gouttes, dans un peu d'eau, avant les repas.

Laissez reposer le malade une quinzaine de jours et recommencer ensuite la double série d'antipyrine et de Vanadarsine.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DES LOYERS

M. Petitfils, député, rappelle à M. le ministre de la Justice le texte du paragraphe 4 de l'article 1er de la loi du 31 mars 1922 sur les loyers et demandant : 1° au cas où le propriétaire n'habite pas l'immeuble loué, si les locataires qui l'occupent seuls doivent bien se partager au prorata de leurs loyers respectifs l'intégralité de l'augmentation qui s'est produite depuis le 1er août 1914 dans les impôts; 2° quelle est la partie de l'exception à ces charges réparties entre les locataires; 3° si l'impôt sur le revenu de la propriété foncière est une formule équivalente à « impôt foncier » ou si elle ne s'applique qu'à la part dans l'impôt global sur le revenu déterminée en fonction des revenus immobiliers, ajoutant que dans le premier cas, selon la première interprétation, l'exception réduirait presque à rien la charge nouvelle imposée au locataire, car des charges fiscales qui grèvent l'immeuble l'impôt dit « foncier » est de beaucoup la charge essentielle. (*Question du 23 mai 1922.*)

Réponse. — 1° Au cas où le propriétaire n'habite pas lui-même l'immeuble loué, les locataires appelés à bénéficier de la prorogation des lois des 9 mars 1918 et 23 octobre 1919 doivent, dans les termes de l'article 1er, article 4, de la loi du 31 mars 1922, contribuer, chacun pour sa part et au prorata du prix de son loyer par rapport au total des loyers de l'immeuble, à l'augmentation, résultant de la comparaison des rôles de l'année 1914 et de l'année en cours, qui s'est produite dans les impôts et taxes de toute nature grevant l'immeuble loué; 2° toutefois, n'entre pas en ligne de compte pour cette comparaison la partie revenant à l'État dans le montant des cotes relatives à la contribution foncière, et l'augmentation de ce chef n'est pas récupérable sur les locataires; 3° cette part de l'Etat dans les cotes de la contribution foncière est un impôt de quotité, actuellement de 10 p. 100 du revenu imposable; c'est ce que la loi du 31 mars 1922 entend et entend uniquement par « impôt sur le revenu de la propriété foncière ». Cette expression ne saurait en rien s'appliquer à une portion quelconque de l'impôt général sur le revenu, lequel grève personnellement le propriétaire et non l'immeuble. Contrairement d'ailleurs à l'opinion de l'honorable député, les centimes départementaux et communaux et autres taxes grevant l'immeuble constituent une charge très appréciable de la propriété foncière. (*J. O.*, 21 juin 1922.)

LIVRES NOUVEAUX

Précis de pathologie médicale (1), par MM. F. BEZANÇON, M. LABBÉ, L. BERNARD, J.-A. SICARD, A. CLERC, P.-Emile WEILL, PHILIBERT, S.-I. DE JONG, A. SÉZARY, Ch. FOIX, PASTEUR-VALLERY-RADOT, G. VITRY, Marcel BLOCH.

Le *Précis de pathologie interne* de Dieulafoy, qui a éduqué tant de générations médicales, ne pouvait être retouché pour être mis au goût du jour ; il fallait entreprendre un travail complètement nouveau, « traduire en formules faciles à comprendre les théories et les techniques que la médecine actuelle a puisées dans les sciences, et établir une juste proportion entre les traditions du passé et les innovations du présent ».

Les auteurs ont tenu à donner la première place dans cet ouvrage aux tableaux cliniques et n'ont voulu retenir d'épreuves de laboratoire que celles que l'expérience a déjà consacrées et dont elle a démontré l'utilité pratique.

Tout en laissant à l'anatomie pathologique son rôle fondamental dans l'établissement des grands types morbides, selon la méthode anatomo-clinique fondée par Laënnec, ils ont montré les directives nouvelles que la physiologie pathologique, inaugurée par Claude Bernard, a apportées pour la classification des syndromes morbides.

Les auteurs, tous professeurs ou agrégés à la Faculté de Paris, médecins des hôpitaux ou chefs de clinique, ont été formés à la même école et sont liés par les mêmes directives intellectuelles. C'est dire que si un Précis de pathologie médicale ne peut plus être écrit comme il y a trente ans par un seul auteur, il n'en est pas moins l'œuvre d'une seule pensée, celle d'une nouvelle génération qui, aussi préoccupée que la précédente de la clinique pure, a fait état de toutes les données nouvelles dont la médecine s'est enrichie depuis quinze ans.

C'est un précis que les auteurs ont voulu écrire. Ils le dédient aux étudiants qui apprennent et aux médecins qui ont besoin de se tenir au courant des conceptions nouvelles et des techniques modernes. L. G.

Viennent de paraître :

Tome IV : **Maladies du sang et des organes hématopoïétiques. Maladies des reins**, par P.-Emile WEILL, médecin de l'hôpital Tenon, et Marcel BLOCH, chef de laboratoire à la Faculté de Paris ; PASTEUR-VALLERY-RADOT, médecin des hôpitaux de Paris. Un volume de 628 pages avec 150 figures et 4 planches en couleurs. — Prix : broché, 20 francs ; cartonné, 25 francs. — Paris, Masson et Cie.

Tome V : **Maladies de l'appareil digestif et de la nutrition**, par Marcel LABBÉ, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, et G. VITRY, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Un volume de 790 pages avec 316 figures et 2 planches en couleurs. — Prix : broché, 20 francs ; cartonné, 25 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Dispensaire marin. Un organisme nouveau de puériculture (2), par le docteur J. JARRICOT.

Ce livre est le premier ouvrage où se trouvent exposées la théorie générale de la méthode marine et sa pratique, l'application des grandes lois biologiques découvertes par Quinton à la prophylaxie et au traitement des maladies les plus fréquentes du nourrisson.

Dans ce grand et beau livre, fruit de dix ans de pratique et de milliers d'observations personnelles de clinique infantile, l'auteur accorde une égale importance aux idées générales dont la méthode marine dérive, aux preuves qu'il a réunies de l'exactitude de la doctrine et aux détails de la pratique dont l'observation assure les résultats qu'il annonce. C'est dire que le lecteur trouvera à côté d'une partie théorique (loi de constance marine, lois de la croissance de l'enfant, tables de croissance, index bibliographique) une partie très étendue de thérapeutique pure : et ce n'est pas la moins originale.

L'auteur montre, en effet, comment et pourquoi il convient d'associer à l'injection d'eau de mer, faite d'ailleurs à doses réglées, des critériums nouveaux dans la détermination du régime des nourrissons traités. Il expose, par exemple, comment seul le régime « de l'instinct » est capable de rappeler à la vie les grands hypotrophiques, comment on règle ce régime, quelle est l'importance des besoins d'eau du petit enfant, quelle est l'importance de la fonction de thermolyse, etc.

En somme, l'auteur apporte la preuve qu'il existe bien une méthode nouvelle de puériculture et une méthode qui s'impose puisqu'elle donne des résultats dont on ne peut pas douter quand on a pris connaissance des documents de tout ordre qu'il a recueillis avec rigueur à son propre dispensaire de Lyon, et qu'il expose avec clarté. L. G.

Le Cancer et son traitement médical rationnel (1), par E. BARONAKI.

Cette brochure est consacrée à l'exposé des idées de l'auteur qui regarde le cancer comme une maladie générale, purement dyscrasique, due à des troubles fonctionnels de certaines glandes endocrines. Partant de cette conception, qui n'est pas tout à fait nouvelle puisque M. Albert Robin soutenait, il y a plus de vingt ans, une théorie analogue, M. Baronaki préconise, contre les néoplasies malignes, d'une part, des injections intramusculaires d'une solution plasmatique (?) minéralisée, et, de l'autre, des cachets ou des extraits liquides de thyroïde, de surrénales, de foie et de rate et de ferments organiques. Quelques observations, résumées à la fin de ce petit volume, indiquent les résultats obtenus par ce traitement. J. L.

(1) Six volumes. — Prix : brochés, 120 francs ; cartonnés, 150 francs ; chaque volume séparément : broché, 20 francs ; cartonné, 25 francs. — Paris, Masson et Cie.

(2) Grand in-8 de 628 pages avec 144 figures et 54 planches hors texte. — Prix : 60 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

(1) In-8 broché de 96 pages. Prix : 6 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — RELATIONS DE PARIS P.-L.-M. AVEC LA SUISSE, L'ITALIE ET L'ORIENT PAR FRASNE-VALLORBE ET LE SIMPLON. — *Rapide 1re et 2e classes Direct-Orient.* — Le train rapide Direct-Orient assure dans de bonnes conditions de confort et de rapidité les relations de Paris avec la Suisse, l'Italie et l'Orient :

Paris, départ, 11 h. 50 ; Lausanne, arrivée, 22 h. 55 ; Vevey, arrivée, 23 h. 52 ; Montreux, arrivée, 0 h. 04 le lendemain ; Milan, arrivée, 6 h. 30 ; Venise, arrivée, 12 h. ; Trieste, arrivée, 16 h. 25 ; Belgrade, arrivée, 17 h. 40 le surlendemain ; Bucarest, arrivée, 8 h. 15 le 4e jour ; Sofia, arrivée, 11 h. le 4e jour ; Constantinople, arrivée, 18 h. 30 le 5e jour.

Le train Direct-Orient comporte des places de wagon-lits : entre Paris, Trieste et Belgrade, tous les jours ; entre Belgrade et Sofia, les dimanches, mardis, mercredis et vendredis ; entre Belgrade et Constantinople, les lundis, jeudis et samedis.

Il comprend également un wagon-restaurant sur les principales sections du parcours, notamment entre Paris et Vallorbe, Milan et Trieste.

— RELATIONS DE PARIS AVEC MOUTIERS-SALINS ET BOURG-SAINT-MAURICE. — En vue de faciliter l'accès aux stations de la Tarentaise, la Compagnie P.-L.-M. a établi, depuis le 14 juin, une relation directe 1re, 2e classes et places de luxe entre Paris, Moutiers-Salins et Bourg-Saint-Maurice.

Paris, départ, 20 h. 10 ; Chambéry, arrivée, 6 h. 50 ; Moutiers-Salins, arrivée, 9 h. 10 ; Bourg-Saint-Maurice, arrivée, 10 h. 20.

Cette relation donnera, à Moutiers-Salins, une correspondance par service automobile P.-L.-M. sur Brides et Pralognan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 54. — MARDI 11 & JEUDI 13 JUILLET 1922. 95e ANNÉE. MARDI 11 & JEUDI 13 JUILLET 1922. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

A PROPOS DE L'ÉPREUVE DE SÉLECTION. — Nous recevons communication de la note suivante :

« Les *externes reçus aux épreuves de sélection* du concours de l'internat de 1922 protestent de façon formelle contre les manœuvres des candidats non admis qui soulèvent des questions équivoques de vices de forme pour attaquer le dernier concours. Ils estiment que ces manœuvres sont injurieuses à l'égard du jury des épreuves de sélection qui a parfaitement respecté l'esprit du règlement puisque l'anonymat n'a été nullement violé et qui, en faisant lire les copies soulignées, s'est conformé au désir de tous, notamment à celui de l'Association des externes et des autres associations d'étudiants.

Ils font appel à l'esprit de justice de M. le Directeur de l'Assistance publique pour faire respecter les résultats obtenus par eux au prix d'un long travail. »

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HOPITAUX DE PARIS. — Le lundi 10 juillet, à 17 heures, amphithéâtre de la clinique de neurologie de la Salpêtrière, a eu lieu, sous la présidence de M. L.-J. Besançon, la réunion d'administration trimestrielle de l'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris. Les très nombreuses questions qui préoccupent actuellement les externes y ont été traitées.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — GRENOBLE. — M. Perriol, professeur de clinique chirurgicale, est nommé directeur, pour trois ans, à dater du 16 avril 1922.

M. Perrin, chef des travaux de zoologie à la Faculté des sciences de l'Université de Grenoble, est chargé, en outre, d'un cours de bactériologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de cette ville.

M. Abonnenc, préparateur de physique à la Faculté des sciences de l'Université de Grenoble, est chargé, en outre, des fonctions de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

— NANTES. — Le Dr Brelet, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Nantes vient d'être nommé professeur de thérapeutique à la même Ecole.

Nous sommes heureux d'adresser nos bien vives félicitations à notre excellent collaborateur et ami.

— M. Sourdille est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie externe et de clinique chirurgicale.

CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE (Hôpital de la Charité). — COURS DE REVISION SUR LES ACQUISITIONS MÉDICALES PRATIQUES DE L'ANNÉE. — Dans une série de conférences et de démonstrations pratiques, seront exposées chaque année les notions nouvelles cliniques et thérapeutiques dans toutes les branches de l'activité médicale.

Ce cours, fait sous la direction du prof. Emile Sergent, avec la collaboration du Dr Camille Lian, médecin des hôpitaux, aura lieu en 1922, du 6 au 31 octobre.

Prof. E. Sergent (Leçon d'ouverture : critique générale des méthodes d'exploration de l'appareil respiratoire); — Abrami (Pathologie générale); Aubertin (sang); Chabrol (foie, pancréas et nutrition); Debré (hygiène); Duvoir (médecine légale); Faroy (tube digestif); Harvier (glandes, endocrines); Lian (cœur, vaisseaux et reins); Tinel (neurologie et psychiatrie), professeurs agrégés, médecins des hôpitaux; — Cadenat (chirurgie générale et gynécologie), chirurgien des hôpitaux; — Le Mée, laryngologiste des hôpitaux; — Velter, ophtalmologiste des hôpitaux; — Guilly, dentiste des hôpi-

taux; — Blechmann (pédiatrie et maladies infectieuses); Cottenot (radiologie et curiethérapie); G. Durand (intestin); Fernet (dermatologie et syphiligraphie); Marsan (urologie); Passot (chirurgie esthétique); P. Pruvost (appareil respiratoire); Ségard (thérapeutique générale); Trêves (chirurgie infantile et orthopédie); Vaudescal (obstétrique), anciens internes des hôpitaux; — Dausset (physiothérapie), chef de laboratoire à la Faculté); — Duchesne (Questions professionnelles); H. Leclerc (phytothérapie); G. Siguret (crénothérapie, climatothérapie).

Les cours, dont le programme détaillé sera affiché ultérieurement, auront lieu chaque jour, sauf le dimanche, à l'amphithéâtre de la clinique du prof. Sergent, à l'hôpital de la Charité, aux heures ci-après : 3 h. à 4 h., Conférence clinique; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, Démonstrations et Exercices pratiques; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, Conférence clinique.

Les élèves auront la libre disposition de la matinée pour suivre la visite dans les hôpitaux. En particulier, les salles de la Clinique propédeutique et les services des divers conférenciers leur seront très largement ouverts.

Les leçons seront suspendues les 12, 13, 14 octobre pour permettre aux élèves de suivre les discussions du Congrès français de médecine qui se tiendra à cette date à Paris.

Les séances de Démonstrations et Exercices pratiques (4 h. 1/4 à 5 h. 1/4) seront réservées aux élèves s'étant fait inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet 3, jeudis et samedis 12 h. à 15 h.) et ayant versé un droit d'inscription de 150 fr.

Les Conférences cliniques (3 h. à 4 h.; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2), seront ouvertes à tous les docteurs et étudiants en médecine.

SERVICE DE PROPHYLAXIE MENTALE, 1, rue Cabanis (XIVe). Médecin en chef : Dr Toulouse. — *Dispensaire.* — Traitement externe des malades atteints d'affections nerveuses et mentales. Distribution de médicaments. Patronage et sélection pour le travail professionnel.

Consultations tous les jours, à 9 heures, par le Dr Genil-Perrin.

Consultations spéciales. — Psychopathies organiques : Dr Rogues de Fursac; Etats délirants : Dr Capgras; Enfants arriérés et anormaux : Dr Roubinovitch; Dégénérés antisociaux : Dr Colin; Epileptiques : Dr Marchand; Psychothérapie : Dr Mignard; Toxicomanes : Dr Dupouy; Ophtalmologie : Dr Darrieux; oto-rhino-laryngologie : Dr Vincent.

Consultation de médecine générale, par le Dr O. Teisseire.

Examens de laboratoire. — Chimie biologique, sérologie, hématologie : Dr Lanzenberg; Psychophysiologie et orientation professionnelle : M. J.-M. Lahy.

Patronage familial et visites à domicile. — Drs A. Marie et Rodiet.

Hospitalisation dans le service libre. — Les malades atteints d'affections mentales pourront être hospitalisés dans le service libre sans être astreints aux formalités légales de l'internement.

Pour les consultations, se présenter au dispensaire le matin avant 9 heures (sauf le dimanche).

CONGRÈS

CONGRÈS INTERNATIONAL DE FEMMES MÉDECINS. — L'Association internationale des femmes médecins réunit à Genève un Congrès international de femmes médecins du 4 au 7 septembre.

La section française de cette Association internationale invite nos collègues à se rendre à Genève afin que la France soit représentée par le plus grand nombre possible d'entre elles.

Le programme du Congrès comporte l'élaboration définitive des statuts de l'Association et la discussion des rapports sur la situation des femmes médecins dans diverses spécialités.

L'Association rappelle que son but est d'ordre exclusivement professionnel : établir des possibilités d'entr'aide féminine, centraliser tous renseignements intéressant plus particulièrement les femmes médecins (demandes, offres de situations, etc.).

Pour tous renseignements, s'adresser à Mme le Dr Thuillier-Landry, vice-présidente de l'Association internationale, 68, rue d'Assas, Paris (6e).

Le Docteur Jacques BERTILLON

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur Jacques Bertillon, directeur de la statistique médico-chirurgicale de l'armée, décédé le 4 juillet 1922, dans sa soixante et onzième année, après une longue maladie.

Sentant sa fin prochaine, notre confrère a pris soin de rédiger une lettre d'adieux qui nous a été adressée après sa mort, accompagnée de l'autobiographie qui suit :

« M. Bertillon s'est surtout consacré à la statistique. Il a dirigé pendant trente ans (1883-1913) la statistique de la ville de Paris. Fils, petit-fils et frère de statisticiens connus, il a cultivé toutes les parties de cette vaste science. Il a publié plus de 300 études originales dans les revues spéciales, et notamment dans le *Journal de la Société de statistique* (dont il a été président) et dans l'*Annuaire statistique de la Ville de Paris*.

Il a enseigné la statistique pendant plus de dix ans dans le Collège libre des sciences sociales qu'il a contribué à fonder en 1895, et dont il est un des trois administrateurs, les deux autres (MM. Justin Godard et Louis Marin, députés; président : M. Paul Deschanel).

Dès 1873, dans la *République française*, de Gambetta — et notamment dans les feuilletons scientifiques que dirigeait Paul Bert, — il a signalé le danger de la dépopulation de la France. En 1896, avec quatre amis (Cheysson, de l'Institut; Javal, de l'Académie de médecine; Honnorat, récemment ministre de l'Instruction publique; et Charles Richet, de l'Institut), il fondait l'*Alliance nationale pour l'accroissement de la population française*.

Il a publié plusieurs volumes sur cette question angoissante, dont personne ne s'occupait autrefois.

Il a publié de nombreux articles pour populariser la statistique dans le *Matin*, le *Journal*, le *Petit Journal*, et dans plus de vingt autres grands journaux. Il changeait volontiers de journal pour s'adresser successivement à tous les lecteurs. En 1918 il a fondé, dans le même but, avec M. Paul Coquemard, la *Femme et l'Enfant*, organe de propagande nationale, en faveur du relèvement de la natalité, et défenseur des droits des familles nombreuses.

Il était, depuis le début, membre du Conseil supérieur de statistique, et du Conseil supérieur de la natalité.

Il était officier de la Légion d'honneur.

Ne voulant pas déranger ses amis, il a prescrit que ses obsèques eussent lieu dans la plus stricte intimité. »

RENSEIGNEMENTS

585. — **ÉTUDIANT EN MÉDECINE**, fin d'études, cherche internat dans sanatorium ou maison de santé pour octobre (Midi ou Algérie de préférence).

LA SECTION DE MÉDECINE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS (13 et 15, rue de la Bûcherie) informe MM. les médecins qui désirent se faire remplacer qu'elle leur adressera des remplaçants, docteurs ou étudiants en médecine, pourvus des inscriptions réglementaires, dont ils auront entière satisfaction. Téléphone : Gobelins 07-40 et 59-19.

SYNCOPE MORTELLE

AVEC CONVULSIONS ÉPILEPTIFORMES

AU COURS D'UNE PONCTION DE LA PLÈVRE

Par MM. André CAIN et Pierre HILLEMAND.

L'observation suivante s'ajoute à une liste déjà assez longue d'accidents graves ou mortels, survenus au cours d'interventions sur la plèvre. Si nous la publions, c'est qu'elle a présenté un certain nombre de particularités et donné lieu à des constatations qui ne doivent pas être négligées, étant donné l'obscurité qui entoure encore la production de tels accidents.

Mme V..., vingt-deux ans, papetière, entre le 28 février 1922, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de notre maître, le docteur Bensaude.

La maladie a débuté brusquement le 21 février, en pleine santé apparente, par un peu de céphalée, un léger mal de gorge, un violent frisson qui dura toute la nuit et s'accompagna de vomissements et de diarrhée. Le lendemain, la malade ressent un fort point de côté à droite, avec toux, dyspnée, expectoration sanguinolente.

Un médecin porte le diagnostic de congestion pulmonaire bilatérale et pratique, le 28 février, *une ponction exploratrice* qui aurait permis de retirer à droite un liquide purulent (?), ce qui détermine l'envoi à l'hôpital.

A son entrée, la malade est prostrée, très dyspnéique. Température : 38°6, pouls à 118, 56 respirations. Expectoration assez abondante, purulente, teintée de sang. L'amplitude des mouvements respiratoires est diminuée dans l'hémithorax droit. Dans sa moitié inférieure, celui-ci est mat, les vibrations sont abolies, le murmure vésiculaire se perçoit à peine. Il existe un souffle de tonalité aiguë, perçu aux deux temps de la respiration qui, à la partie moyenne du thorax, se renforce et s'accompagne de râles sous-crépitants augmentés par la toux.

A la base gauche et en arrière, on entend un souffle surtout expiratoire et des râles humides après la toux.

Rien de notable à signaler dans le reste de l'examen. Les bruits du cœur sont normaux, le foie ne déborde pas les fausses côtes, les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

La malade n'accuse pas de maladie antérieure; elle s'est mariée à vingt et un ans, elle a mis au monde, en 1921, un enfant qui serait mort, à six mois, de méningite tuberculeuse. Son mari est bien portant.

En présence de ces symptômes, on pratique, le jour de l'entrée, une ponction exploratrice de la base droite ; elle est négative.

L'examen radioscopique montre des champs pulmonaires diminués de clarté avec des pommelures à droite, sans signe d'épanchement pleural.

Examen des crachats le 1er mars : pneumocoques en abondances.

Devant cet état, on porte le diagnostic de broncho-pneumonies à pneumocoques. Mais l'intensité de la dyspnée, et l'atteinte profonde de l'état général font penser à la possibilité d'une tuberculose aiguë.

La recherche du bacille de Koch, pratiquée le même jour est négative à l'examen direct et après homogénéisation.

L'état général reste mauvais, la température présente des oscillations quotidiennes entre 38° et 39°5 ; la malade maigrit, s'affaiblit, sans présenter de nouveaux symptômes. Les signes constatés à la base droite semblent se localiser à la partie moyenne du poumon. On note à ce niveau une matité suspendue, et l'on perçoit en outre, au-dessous de l'épine de l'omoplate, un souffle expiratoire presque caverneux avec broncho-égophonie, pectoriloquie aphone, et accompagné de râles sous-crépitants après la toux.

Deux nouvelles ponctions exploratrices sont négatives le 7 et le 14 mars. A la même date, une nouvelle recherche de bacilles de Koch reste sans succès après homogénéisation.

L'examen radioscopique est renouvelé le 23 mars, malgré la faiblesse extrême de la malade ; le cœur est légèrement refoulé à droite ; le champ pulmonaire gauche est grisâtre, pommelé, sans déformation diaphragmatique. A droite, la partie moyenne de l'hémithorax est occupée par une zone opaque, homogène, à contours imprécis, atteignant en haut le niveau de la 3e côte et séparée en bas, par une étroite zone claire, du diaphragme dont les contours sont normaux. Cette zone opaque présente son maximum de visibilité en oblique postérieur gauche. Si l'on fait tourner la malade, on constate que cette ombre est incluse en plein poumon et qu'elle ne prend contact ni avec la paroi thoracique, ni avec le bord droit du cœur. Au-dessus de cette masse opaque, le poumon est grisâtre et pommelé.

Etant donné ces constatations, on pense à la possibilité soit d'une pleurésie interlobaire, soit d'un abcès du poumon, et dans l'après-midi du 23 mars, on pratique une ponction exploratrice. Cette ponction est précédée de l'anesthésie locale de la paroi avec 2 centimètres cubes de novocaïne, elle est faite avec une aiguille à ponction lombaire, puis avec un trocart de l'appareil Potain ; elle ne donne aucun résultat. Au moment où le trocart, qui a été enfoncé de 8 centimètres environ est retiré, la malade pousse un cri et retombe sans connaissance, avec de l'écume aux lèvres. La respiration cesse, le cœur s'arrête, la malade urine sous elle. Après une demi-heure de mouvements respiratoires, de révulsion, d'injection de tonicardiaques et d'adrénaline, les battements du cœur réapparaissent, le pouls devient perceptible, une respiration très lente se rétablit, la malade reste sans connaissance, en résolution musculaire généralisée. A droite, la pupille est en myosis, le réflexe cornéen est conservé ; à gauche, il est aboli, la pupille est dilatée.

Une demi-heure après, c'est-à-dire une heure après le début des accidents, de nouveau les mouvements respiratoires et les battements du cœur diminuent progressivement, le pouls redevient imperceptible. En même temps, le réflexe cornéen droit disparaît, la pupille droite se dilate et des convulsions épileptoïdes, localisées au sterno-cléido-mastoïdien droit et aux muscles de la face du même côté, précèdent la mort.

Autopsie : 24 mars.

Cerveau. — Rien à signaler. Il n'y a pas de méningite, les vaisseaux sont normaux.

Thorax. — Le poumon gauche n'adhère pas.

Légères adhérences à droite sans épanchement.

Poumon droit. — Très augmenté de volume, de consistance ferme, et donnant au palper la sensation d'un gros bloc d'hépatisation dans le lobe moyen. Il n'y a pas de symphyse interlobaire, la plèvre est dépolie et épaissie dans toute son étendue. Elle présente des petits nodules jaunâtres, surtout sur sa face diaphragmatique A la coupe : broncho-pneumonie tuberculeuse, généralisée à la presque totalité du poumon ; elle forme, dans le lobe moyen, un foyer dense, moins homogène néanmoins qu'un foyer de pneumonie caséeuse, car il est constitué par des lobules broncho-pneumoniques conglomérés. Autour de ce foyer central, les tubercules se groupent en petits nodules arrondis ou en corymbes, rappelant très exactement la broncho-pneumonie disséminée de l'enfant. Les tubercules élémentaires ne dépassent pas la taille d'un grain de millet, tous sont jaunâtres, ramollis en leur centre, en voie de caséification. Dans l'intervalle des foyers broncho-pneumoniques, le poumon est congestionné, emphysémateux, surtout à la périphérie. Le lobe supérieur est atteint d'œdème aigu et laisse écouler à la coupe une écume abondante. Il contient en outre un tubercule du volume d'une grosse cerise, à contenu caséeux inclus dans le parenchyme, sans réaction scléreuse de celui-ci.

Poumon gauche. — Congestionné et emphysémateux, il présente également à la coupe un semis de nodules broncho-pneumoniques, surtout nombreux au voisinage du hile, mais beaucoup moins développés qu'à droite.

Les deux poumons ne contiennent pas de lésions scléreuses ou calcifiées.

Les ganglions trachéo-bronchiques sont tuméfiés, légèrement anthracosiques, semés de fines granulations ; ils ne sont ni caséeux, ni calcifiés.

Le cœur et les gros vaisseaux ne sont pas thrombosés.

Les reins sont volumineux, les pyramides sont congestionnées.

La rate est un peu augmentée de volume, les corpuscules de Malpighi sont très visibles.

Les surrénales ont un volume normal, mais leur partie centrale a un aspect hémorragique.

Le foie est normal. Rien à signaler au niveau du tube digestif et du péritoine. L'ovaire droit contient un gros kyste.

Aucune lésion tuberculeuse n'a pu être décelée en dehors du thorax, sur les différents viscères.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — *Poumons.* — Les lésions sont essentiellement constituées par un semis de tubercules, dont le centre homogène et caséeux, s'entoure d'une infiltration de cellules mononucléées, de type épithélioïde et profondément dégénérées. Les cellules géantes sont nombreuses. A côté de ces tubercules typiques, l'infiltration est, par place, centrée par une bronche très altérée, remplie d'un amas caséeux, et réalise un nodule péribronchique. Dans l'intervalle des tubercules et des nodules péribronchiques, il existe une infiltration diffuse, assez dense pour effacer le dessin alvéolaire et représentée par des cellules endothéliales hypertrophiées, de type macrophagique, des cellules lymphoïdes et plasmatiques, des éléments proliférés de la trame conjonctivo-vasculaire (alvéolite tuberculeuse).

Dans les parties où l'infiltration tuberculeuse est moins dense, le parenchyme présente des lésions banales d'œdème, d'alvéolite congestive et catarrhale.

Les bacilles de Koch existent en abondance dans les lésions d'alvéolite et dans les foyers caséeux.

Dans les points où elle est dépolie, la plèvre présente des lésions banales (hyperplasie conjonctive avec infiltration lymphoïde, prolifération du revêtement endothélial, sans dépôts fibrineux à sa surface). Les tubercules sont sous-pleuraux et n'intéressent pas la plèvre.

Ganglions trachéo-bronchiques. — Hyperplasie des centres germinatifs, développement du type macrophagique de la trame réticulée ; semis de quelques tubercules à centre épithélioïde et giganto-cellulaire.

Foie. — Légère hépatite scléreuse diffuse, avec intégrité des travées hépatiques.

Rate. — Hyperplasie considérable de la pulpe blanche. Très gros corpuscules de Malpighi à centre clair. Pas de lésions spécifiques.

Surrénales. — Elles ne présentent ni sclérose, ni lésions spécifiques. La couche spongiocytaire est bien développée. Ce qui domine, c'est la congestion, sans hémorragie toutefois, mais assez intense, surtout au niveau de la réticulée et de la partie centrale de la fasciculée, pour distendre les capillaires qui forment des lacs sanguins et dissocient les groupements cellulaires au point de rendre ceux-ci méconnaissables. Cette congestion ne se retrouve pas au niveau de la médullaire.

Reins. — On note seulement une congestion légère des vaisseaux des pyramides.

*
* *

En résumé, chez une jeune femme de vingt-deux ans, une tuberculose aiguë pulmonaire a évolué de façon extrêmement rapide dans un organisme jusque-là indemne; les lésions anciennes font défaut; le « chancre d'inoculation » pulmonaire est caséeux et de formation récente; autour de lui la bronchopneumonie s'est propagée à une grande partie du parenchyme; mais la mort est survenue avant une plus grande extension des lésions. Nous ne faisons que signaler le caractère exceptionnel de cette tuberculose primitive de l'adulte; elle emprunte l'aspect que revêt la primo-infection tuberculeuse mortelle chez le nourrisson ou dans la première enfance.

La tuberculose fut chez notre malade une trouvaille d'autopsie; à deux reprises, la recherche des bacilles de Koch dans les crachats avait été infructueuse; au contraire la présence de pneumocoques en grande abondance orientait vers l'hypothèse d'une hépatisation. Trois ponctions capillaires furent faites sans incident au niveau de la base droite. L'état s'aggravant, on pratiqua une nouvelle ponction dans une zone où l'examen clinique et radioscopique pouvait faire supposer l'existence d'une collection suppurée, pleurale ou pulmonaire. Malgré l'anesthésie locale, la ponction fut suivie d'accidents syncopaux et convulsifs qui entraînèrent la mort, en dépit de tous les efforts faits pour ranimer la malade.

*
* *

Depuis 1875, date d'une discussion mémorable que provoqua une communication de Maurice Raynaud, il a été publié de nombreux cas d'accidents nerveux à la suite d'intervention sur la plèvre. En 1910, dans sa thèse, Cordier (1) pouvait en réunir 84 observations.

La cause habituelle est : soit le lavage de la cavité pleurale au cours d'une pleurésie purulente, soit l'opération de l'empyème, soit la ponction exploratrice.

Les accidents peuvent revêtir trois formes (Cestan) : la forme syncopale, la forme convulsive et la forme paralytique; celle-ci, très rare, n'a aucun point commun avec notre observation.

Dans la forme syncopale, les accidents font suite à l'intervention ou surviennent au cours de celle-ci. Ils apparaissent soudain, sans prodromes; le malade pâlit, les pupilles se dilatent, le cœur s'arrête, la mort est immédiate.

Dans la forme convulsive, connue aussi sous le nom d'épilepsie ou d'éclampsie pleurale, les accidents sont précoces; parfois précédés d'une aura sous la forme de douleurs irradiées dans l'épaule ou le bras du côté de la plèvre intéressée, ils reproduisent assez exactement les phases de la crise comitiale: le cri, la perte de connaissance, la chute, avec pâleur, mydriase, insensibilité absolue, les convulsions toniques puis cloniques débutant du même côté que la plèvre lésée et se généralisant d'ordinaire, enfin la phase comateuse dont l'issue est fatale dans 70 p. 100 des cas, après un accès unique ou répété.

On voit, par cette rapide description, que notre observation ne rentre pas dans le groupe des cas d'épilepsie pleurale. Les manifestations syncopales ont été prépondérantes; ce sont elles qui ont déterminé la mort et les accidents convulsifs ne s'y sont surajoutées qu'à la période ultime. On les retrouve avec les mêmes caractères, apparaissant plus ou moins précocement après le début de la syncope, dans plusieurs des observations relatées par Cordier.

Quel que soit l'aspect clinique des accidents, leur mécanisme et les conditions de leur production sont loin d'être élucidés. Les auteurs allemands ont surtout soutenu la théorie de l'embolie gazeuse; Brauer aurait constaté à l'autopsie la présence de bulles d'air dans les artères cérébrales et aurait reproduit expérimentalement des embolies gazeuses (1). A vrai dire, cette opinion en l'absence de lésions de la substance cérébrale, reste toute entière dans le domaine de la théorie. Aucune observation ne relate

(1) CORDIER. Des accidents nerveux au cours de la thoracentèse et de l'empyème. Recherches expérimentales sur l'épilepsie d'origine pleurale. *Th. de Lyon*, 1910.

(1) Voir LENORMANT. *Presse méd.*, n° 103, 20 déc. 1913.

de telles embolies. Nos recherches ont été négatives.

Il paraît certain au contraire que quelques cas, où les accidents affectent la forme hémiplégique, relèvent d'une embolie. De Jong et Jacquelin (1), au cours d'un grand épanchement séro-fibrineux gauche ont constaté l'apparition d'une hémiplégie de type organique et persistante, quatre jours après une simple ponction exploratrice. Ils admettent qu'à la faveur de la compression soit des veines pulmonaires, soit de l'oreillette gauche, un embolus s'est détaché et est venu obstruer une artère cérébrale.

Mais cette interprétation ne peut être envisagée que pour quelques cas exceptionnels, et, en l'absence de lésions ou de symptômes permettant d'expliquer l'apparition soudaine des accidents et leur dénouement si souvent mortel, la théorie qui invoque un réflexe pleural paraît la plus vraisemblable.

Elle a trouvé un fondement sérieux dans les expériences de Cordier qui ont montré l'existence d'un réflexe né dans le riche réseau nerveux de la plèvre pariétale, et gagnant le bulbe par le pneumogastrique, à l'exclusion de toute autre voie (sympathique, phrénique, nerfs intercostaux). L'irritation de la plèvre par une substance chimique provoque une crise convulsive souvent mortelle; cette crise n'a pas lieu, si le pneumogastrique du même côté est sectionné au préalable; elle est atténuée après anesthésie locale; elle ne se produit pas au cours de l'anesthésie générale ou même après injection de morphine. Mais contrairement à ce qu'on pouvait attendre de son pouvoir inhibiteur du vague, l'injection d'atropine ne met pas à l'abri des accidents.

A vrai dire, ces expériences ont été réalisées dans des conditions assez différentes de celles qui se présentent chez l'homme. L'épilepsie pleurale expérimentale nécessite une irritation chimique de la plèvre; l'action du froid ou du chaud, la piqûre, la ponction simple, l'injection d'air restent sans effet.

Si l'on se rappelle que, chez l'homme, une simple ponction pleurale, une thoracentèse suffisent pour déclancher les accidents, on se rend compte que l'expérimentation ne fait qu'établir l'existence d'un réflexe à point de départ pleural; elle ne précise nullement les conditions qui en clinique déterminent l'apparition des accidents.

Le réflexe pleural n'est certes pas tout; s'il était seul en jeu, on ne s'expliquerait pas pourquoi une intervention aussi souvent répétée que la ponction exploratrice ou la thoracentèse n'entraîne d'accidents que dans des cas, en définitive, exceptionnels. Ce réflexe, pour se produire, exige des conditions qui, jusqu'ici, ont échappé au médecin; rien dans l'examen clinique ne permet de prévoir que la ponction de la plèvre, manœuvre simple et en apparence bénigne, soit capable de provoquer soudainement une syncope ou une crise convulsive mortelle. Pourquoi ces accidents surviennent-ils chez un sujet dont l'état général est en apparence excellent, et épargnent-ils un malade cachectique? Il arrive que le lavage de la plèvre soit pratiqué à de nombreuses reprises, ou la ponction pleurale renouvelée sans incident, jusqu'au jour où la répétition du même geste, dans des conditions en apparence identiques, déclanche la syncope ou l'épilepsie pleurale.

L'anesthésie locale ne met pas à coup sûr à l'abri de ces accidents; dans notre observation, elle fut pratiquée avant une ponction qui fut mortelle, alors que trois autres ponctions avaient été antérieurement faites, sans anesthésie préalable.

Il y a lieu de tenir compte de tous les facteurs qui peuvent favoriser le réflexe pleural. Apert (1) attache une grande importance à l'émotivité, surtout chez l'enfant. A notre avis, la recherche du réflexe oculo-cardiaque pourra donner des indications très utiles : s'il est exagéré, l'on doit redouter une prédisposition vagotonique et, malgré les résultats expérimentaux de Cordier, il sera prudent d'associer l'injection d'atropine à celle de morphine, avant la ponction.

Dans l'ignorance où nous sommes des conditions d'apparition des accidents, certains faits, comme l'observation d'Apert et Vallery-Radot (2), permettent d'entrevoir une interprétation plus précise. Chez un enfant de quatre ans, bien portant en apparence, et atteint d'un épanchement pleural bilatéral et de petit volume, une simple ponction exploratrice (faite, il est vrai, en maintenant de force l'enfant effrayé) suffit à provoquer une syncope mortelle. L'autopsie montra l'existence d'une myocardite, jusque-là latente, reliquat d'une angine diphtérique.

Cette myocardite expliquerait le fléchissement subit du cœur et la syncope mortelle, « sous l'influence d'un réflexe mis en jeu par un traumatisme pleural aussi minime ».

C'est dans le même esprit et guidé par les mêmes considérations que nous avons essayé d'interpréter les lésions notées à l'autopsie de notre malade.

Le cœur est normal; il n'est pas thrombosé, non plus que les gros vaisseaux ; le cerveau et les méninges sont intacts.

Mais nous avons été frappés par l'intensité et la généralisation des lésions pulmonaires, allant de l'infiltration tuberculeuse massive à l'avéolite catarrhale, et ne laissant subsister qu'un très minime champ respiratoire, encore amoindri du fait de la poussée terminale d'œdème aigu.

Enfin les surrénales ont attiré notre attention par l'aspect ecchymotique de leur partie centrale, qui leur donnait l'apparence de certaines surrénalites hémorragiques, au cours des infections aiguës. L'examen montra qu'il n'existait pas de foyers hémorragiques, mais une congestion capillaire si intense qu'elle formait de véritables lacs sanguins dans lesquels baignaient les cellules surrénales, isolées et déformées. Cette congestion réalisait, en somme, et tout aussi brutalement, les effets de la surrénalite hémorragique dans les maladies infectieuses.

Il est à noter que l'hyperhémie s'était cantonnée électivement aux surrénales, car on ne la retrouvait pas dans les autres viscères, si l'on en excepte une légère congestion des pyramides rénales. Rien ne la faisait prévoir; il n'existait pas de lésion antérieure appelant cette localisation.

Nous n'avons donc pas trouvé, dans notre observation, une lésion préexistante, qui puisse être rendue responsable des accidents mortels. La congestion des surrénales fut un phénomène ultime que la mise en jeu du réflexe pleural a provoqué, par un mécanisme qui nous paraît difficile à élucider, en tous cas avec une électivité remarquable, car cette con-

(1) S. I. de Jong et André Jacquelin. Un cas d'hémiplégie pleurétique. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.* (Séance du 5 mars 1920.)

(1) Apert et Pierre Vallery-Radot. Mort subite au cours d'une ponction pleurale exploratrice chez un enfant de quatre ans. Myocardite, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, séance du 18 juin 1920.

(2) Loc. cit.

gestion n'atteignait pas les autres viscères. Elle fut assez intense pour désagréger la glande et déterminer une insuffisance surrénale aiguë qui a dû être, de même que la myocardite dans l'observation d'Apert, une des causes principales de la mort.

A ce titre, cette observation se rapproche de la nôtre, toutes deux reconnaissent un fondement organique aux accidents mortels qui ont suivi l'intervention sur la plèvre.

Le réflexe pleural, quel que soit sa nature véritable, est susceptible de provoquer des troubles intenses, dramatiques même ; il est incapable à lui seul d'entraîner la mort. Celle-ci est le fait d'une lésion organique grave, lésion qui peut préexister et même se révéler à cette occasion, lésion qui, dans d'autres cas apparaît à la suite de la mise en jeu du réflexe ; cette lésion est représentée par une altération des surrénales dans notre observation. Mais la constatation éventuelle d'une hémorragie bulbaire, ou d'une thrombose cardiaque, ou d'une oblitération des gros vaisseaux permettrait de formuler les mêmes conclusions.

A PROPOS
DE LA
SÉROTHÉRAPIE PRÉVENTIVE CONTRE LE TÉTANOS
DANS LA PRATIQUE CIVILE EST-ELLE INDISPENSABLE?

Par le Dr LOP (de Marseille).

I

Depuis la guerre j'ai suivi avec beaucoup d'attention, toutes les discussions de la Société de chirurgie, sur l'action préventive du sérum antitétanique, chez les blessés de guerre et le nombre relativement restreint de cas, par rapport à celui des blessés, nombre restreint attribué à la sérothérapie préventive.

Je n'ai pas eu à soigner un seul combattant, récemment blessé. Je n'ai donc aucune expérience personnelle sur la valeur de la sérothérapie préventive chez eux : je suis obligé de m'en tenir à l'opinion des chirurgiens autorisés par cette longue et douloureuse expérience et de m'incliner, en ce qui touche les blessures de guerre, devant les résultats obtenus par la sérothérapie préventive.

Pourtant dans une discussion à la Société de chirurgie (20 décembre 1916). (Existe-t-il des porteurs de bacilles de tétanos?) M. Souligoux s'exprime ainsi :

Je ne suis pas opposé aux injections de sérum antitétanique comme moyen préventif, mais il ne faudrait pas croire, à mon sens, que la disparition du tétanos tient seulement aux injections. Je suis convaincu que la part la plus grande en revient à l'asepsie et à l'antisepsie que l'on pratique avec des moyens plus actifs, plus complets et plus perfectionnés qu'au début de la guerre.

Pour ma part, depuis dix ans, dans les différents services où j'ai été le chef de service ou assistant, je n'ai jamais fait d'injections de sérum antitétanique.

Or, je n'ai jamais vu de cas de tétanos, ce que je m'explique par les soins attentifs dont les blessés sont entourés et aux pansements à l'éther qui sont toujours employés (1).

Plus loin :

Comme tout le monde j'isole les cas de tétanos que j'ai à soigner, car j'ai vu au début de mes études, une épidémie de tétanos à Clermont-Ferrand.

Le blessé qui se trouvait, salle Duprat, n° 1, avait reçu un coup de charrue à la fesse. Il eut le tétanos. Or, ses quatre voisins le contractèrent aussi. A cette époque, il n'y avait pas d'asepsie. On se servait des mêmes instruments pour panser les blessés, sans les stériliser. Il s'agit donc bien là de contagion directe.

II

Je n'hésite pas à souscrire sans réserve aux réflexions et observations de M. Souligoux pour les raisons que je vais exposer, ayant comme lui, il y a plus de vingt ans, constaté des cas analogues aux siens.

Son opinion sur la sérothérapie préventive m'a engagé à faire connaître à nouveau les résultats de ma pratique civile. A ma clinique chirurgicale où, depuis 1906, à la suite de deux cas de *tétanos mortels*, observés chez deux blessés, inoculés préventivement avec du sérum tout récent, venu directement de l'Institut Pasteur, j'ai banni jusqu'à ce jour (31 décembre 1921) toute injection préventive de ma pratique.

Depuis lors, sur une *moyenne annuelle de 1.000 à 1.200 blessés de la rue,* des quais, usines ou bateaux, tous vus personnellement par moi et à peu près tous soignés par moi je n'ai plus eu à déplorer *qu'un seul cas de tétanos* arrivé le quatrième jour de l'accident et en pleine période d'état. (Ecrasement de la main) traité et guéri par la méthode de Bacelli.

Tous ces blessés, je le répète, de gravité variable, depuis la simple éraflure jusqu'aux écrasements et arrachements les plus graves. Tous ou à peu près, souillés de cambouis, de graisse et de poussières diverses. Nombre d'entre eux blessés en mer, quelques-uns sur des navires transportant des bestiaux et des chevaux ; restés bien souvent sans soins, pendant quatre à huit jours.

Ces blessés ont été vus, opérés par moi et soignés sous ma direction, sans qu'il leur ait été fait la moindre injection préventive.

Depuis les cas malheureux rapportés plus haut, je n'ai jamais plus eu, à déplorer un seul cas de tétanos, sur le chiffre respectable, à ce jour, d'environ *15.000 blessés*.

III

Sont-ce des cas heureux qui se répètent ainsi depuis bientôt quinze ans, sur un tel chiffre de blessés?

Les blessés de guerre présentent une réceptivité plus grande, par les fatigues et les privations subies pendant les heures qui précèdent, accompagnent et suivent le combat auxquelles s'ajoutait l'attente malheureusement prolongée des premiers soins, leur insuffisance, le manque souvent forcé d'antiseptie dans les postes de secours? C'est là une hypothèse très vraisemblable, confirmée par la cruelle expérience de ces dernières années.

Quoi qu'il en soit, à ce chiffre de blessés du travail, je puis ajouter un *millier* d'interventions post-traumatique et non traumatiques de toutes sortes, d'importance et de siège variable (abdomen, thorax, crâne, membres), sans aucun cas de tétanos.

En résumé, si j'avais été sur le front, insuffisam-

(1) LOP. *Sur la contagiosité du tétanos.* Mémoire présenté par le professeur S. Richelot, à l'Académie de médecine, 1889.

(1) Communication faite à la *Société de chirurgie*, Paris 1909.

ment outillé, je n'aurais peut-être pas hésité à injecter, surtout pour obéir à un sentiment de conscience et par déférence pour les résultats obtenus et proclamés par des chirurgiens dont l'autorité n'a d'égale que leur probité scientifique.

Plus à l'arrière, dans un hôpital d'évacuation, qui m'aurait placé, à peu près, dans les conditions où j'opère actuellement, j'aurais appliqué ma pratique civile selon la technique suivante : à l'arrivée : lavage, savonnage, alcool ou éther, teinture d'iode, eau oxygénée, large débridement, esquillotomie prudente, irrigation continue que, je faisais déjà avant la guerre, avec des drains en verre, soit à la liqueur de Labaraque, soit à l'eau iodo-iodurée (formule faible de Tarnier).

III

Obéissant à un scrupule que l'on comprendra pour ne pas donner prise à la défiance contre une méthode, qui au dire de chirurgiens et de médecins de valeur, a fait ses preuves, je n'ai pas voulu avant la fin de la guerre solliciter de publicité, sur mes observations personnelles.

Aujourd'hui, celle-ci, heureusement terminée, je soumets à l'appréciation de mes confrères les résultats acquis et observés, étayés sur des faits rigoureusement exacts et pour lesquels je puis invoquer le témoignage de mes assistants (Blayac, Beau, Baccarat, Bubendorf) : et ceux de mes maîtres et amis; du docteur Schnell, médecin des hôpitaux de Marseille, auteur de travaux estimés sur le tétanos ; celui du docteur Roux de Brignoles, chirurgien des hôpitaux, professeur à l'École de médecine, qui veut bien me prêter comme consultant, depuis plus de dix ans, l'appui de sa haute autorité.

ACTUALITÉS

L'ORGANISATION RÉGIONALE DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER

La Commission d'*hygiène et d'assistance sociale* du Sénat et de la Chambre des députés a convoqué, le 4 juillet, quelques représentants de la presse médicale pour assister à une conférence du professeur Bergonié (de Bordeaux), sur l'organisation régionale de la lutte contre le cancer.

C'est que le cancer pose, au point de vue sanitaire, un problème de plus en plus inquiétant et qui demande, ainsi que l'a fait justement valoir M. le docteur Chauveau, sénateur et président de la Commission, en présentant le conférencier à ses collègues du Parlement, une solution pratique immédiate. Déjà on le sait, le professeur Hartmann s'est préoccupé de vulgariser la connaissance des précautions individuelles à prendre contre cette maladie et, l'année dernière, le ministère de l'Hygiène a, dans le même but, fait répandre un « Avertissement au public sur le cancer », rédigé par l'Association française pour l'étude du cancer. Mais, pour l'éminent spécialiste qu'est le docteur Bergonié, il s'agit d'autre chose; il s'agit d'une lutte organisée, sous forme thérapeutique, sinon par l'Etat, du moins par les collectivités compétentes.

Et on ne saurait attendre, car le cancer développe ses ravages avec une rapidité impressionnante. En France, pays qui n'est cependant pas parmi les plus atteints, la mortalité cancéreuse représente 1/10e de la mortalité totale et elle tend sans cesse à augmenter; déjà même, aux Etats-Unis, cette affection cause plus de décès que la tuberculose. Il y a donc urgence. Bien que nous ne connaissions pas encore l'étiologie des néoplasies malignes, néanmoins nous disposons, pour les combattre, de deux moyens : l'intervention chirurgicale et les agents physiques, rayons X et radium. La première toutefois n'est avantageusement applicable que si le mal est bien localisé et si toutes les précautions sont prises pour ne pas disséminer les cellules cancéreuses qui créent les métastases, circonstances qui en limitent forcément l'emploi. Restent donc les radiations et particulièrement les rayons γ, les plus pénétrants, qui ont fait leur preuve et procuré, dès à présent, un nombre très appréciable de guérisons.

D'où provient l'efficacité de ces radiations? M. Bergonié l'explique par les lois de la radiosensibilité qu'il a formulées de la manière suivante : « Les radiations agissent avec d'autant plus d'intensité sur les cellules : 1° que leur activité reproductrice est plus grande; 2° que leur avenir caryocinétique est plus long; 3° que leur morphologie et leurs fonctions sont moins définitivement fixées ». En d'autres termes, plus une cellule est différenciée, plus elle est proche du terme de ses mitoses ou l'a atteint, moins elle est touchée par les radiations. Au contraire, toute cellule embryonnaire, toute cellule en voie de reproduction est, par elles, rapidement détruite. C'est justement le cas des cellules cancéreuses, et voilà pourquoi les rayons γ tuent les éléments néoplasiques d'un utérus cancéreux, par exemple, tout en respectant les éléments différenciés et sains, à la condition pourtant que la nature, la puissance et la durée d'application des radiations soient adaptées au cas considéré; autrement on s'expose à léser profondément les parties saines et à déterminer de graves accidents. Telle est la manière de voir qui a cours en France, et non sans de bonnes raisons. En Allemagne, on procède plus brutalement, de façon à tout détruire d'un coup, et on y arrive quelquefois. Entre ces deux méthodes, l'avenir prononcera.

Quoi qu'il en soit, il est bien évident que l'application des radiations à la cure des tumeurs malignes réclame de ceux qui prétendent la mettre correctement en œuvre, une instruction spéciale, à la fois précise et étendue, qui demande un certain temps et que tous les médecins ne peuvent recevoir. Si l'on considère, en outre, que l'instrumentation indispensable à la radio et à la radiumthérapie est extrêmement coûteuse et très fragile, difficile à se procurer pour un médecin isolé, on en arrive à comprendre qu'une lutte efficace contre le cancer doit s'organiser dans certains centres seulement, à même d'être pourvus des compétences et de l'appareillage nécessaires.

A Paris, toutes les ressources voulues sont à la disposition des malades; l'Institut du radium, la Ligue franco-américaine et l'Association française pour l'étude du cancer y concentrent les recherches scientifiques, tandis que de nombreux services, comme ceux de M. Regaud, de M. Proust, etc., y distribuent les soins appropriés. Il n'en est pas de même en province, où pourtant le cancer ne fait guère moins de ravages que dans la capitale. En conséquence, M. Bergonié qui, grâce à son zèle, à sa ténacité, à son autorité, fait profiter Bordeaux

d'une organisation dont bénéficient les malades de la région, estime qu'il convient de multiplier les centres cancérothérapiques bien agencés, de les disperser dans toute la France et que, dès lors, il est indiqué de les placer au siège même des Facultés et des principales Ecoles de médecine. Ils y trouveront non seulement le chef désigné et les assistants du service, par suite les moyens d'application thérapeutique, d'instruction technique et de recherches scientifiques, mais aussi l'argent nécessaire. D'abord, les Universités disposent de quelques ressources propres; puis, l'État peut intervenir, le ministère de l'Instruction publique et celui de l'Hygiène; enfin, on peut faire appel à la Caisse des recherches scientifiques, a l'Institut, à l'Association pour l'avancement des sciences, aux ligues et associations contre le cancer, etc. Certes, de chacune de ces caisses on n'obtiendra pas beaucoup, mais la somme des apports finira par assurer un trésor suffisant au fonctionnellement régulier et, par conséquence, au bon rendement du centre cancérothérapique.

Dans l'esprit de M. Bergonié, ces centres régionaux sont uniquement réservés aux malades de l'assistance médicale gratuite. Le riche, dit-il, a le moyen de se faire soigner et bien soigner partout; le miséreux ne l'a pas et c'est à lui surtout qu'il faut songer. D'accord. Mais, que deviennent alors les cancéreux de situation modeste, petits employés, petits commerçants, petits propriétaires, et tout le prolétariat intellectuel? D'un côté, n'ayant pas assez d'argent pour se payer un traitement très onéreux (220.000 francs de radium pour une cure prolongée, d'après M. Bergonié) et, de l'autre, voyant se fermer devant eux les portes du centre cancérothérapique, n'auront-ils donc d'autre alternative que de se tourner vers l'empirique ou le charlatan? Aujourd'hui, il n'y en a plus que pour l'ouvrier, car le millionnaire se débrouille. N'est-ce pas intolérable à la fin, alors que ce sont les classes moyennes qui paient les lourds impôts auxquels l'ouvrier syndiqué se dérobe, qu'elles ont été décimées sur le front, tandis que l'ouvrier se la coulait douce à l'usine et qu'elles fournissent, à peu près seules, cette élite intellectuelle et morale, sans laquelle la civilisation s'abîmerait vite dans la misère et l'anarchie? Peut-être ai-je, après tout, mal compris la pensée de M. Bergonié et je le souhaite, car il me paraît injuste et absurde que les gens de petite aisance, sous prétexte qu'ils ne peuvent consentir qu'une faible rémunération, soient privés des avantages du traitement anticancéreux donné dans les centres régionaux.

Cette réserve faite, s'il y a lieu, nous croyons que le projet de M. Bergonié mérite la plus sérieuse considération; il est logique et doit aboutir, et c'est pourquoi nous avons tenu à la faire connaître à nos lecteurs. Sans doute, les charges publiques sont actuellement trop lourdes pour que l'on ait l'espoir de compter sur une contribution effective de l'État, mais les bonnes volontés ne manquent pas, non plus que les bienfaiteurs, probablement. C'est donc des initiatives privées, combinant leurs efforts, qu'il faut attendre la création des centres cancérothérapiques : elles s'exercent à moins de frais plus vite et plus énergiquement que celles dont l'administration règle la marche. Et nous n'avons pas de temps à perdre.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 5 JUILLET 1922)

Un cas de mort après greffe osseuse pour mal de Pott. — M. Savariaud rapporte l'observation d un malade de trente-quatre ans atteint de gibbosité pottique et d'abcès médiastinal à qui il a pratiqué, sous anesthésie rachidienne haute par 5 centigrammes de cocaïne, complétée par anesthésie à l'éther, une opération d'Albee. Le malade est mort de shock quelques heures après l'opération. L'anesthésie a été mauvaise, la durée de l'opération très longue (deux heures environ), l'hémorragie importante. L'auteur hésitera à l'avenir à pratiquer cette intervention qu'il avait jusque-là considérée comme bénigne.

M. Dujarrier ne sait à quoi attribuer cette mort, l'opération d'Albee lui a donné jusqu'à présent de bons résultats. Il n'emploie pas la cocaïne pour la rachianesthésie.

M. Tuffier a eu, après cette opération pratiquée sous anesthésie à l'éther, un cas de mort identique à celui de M. Savariaud.

M. Auvray a fait quelques greffes d'Albee, pour lui c'est une opération bénigne, pour M. Lapointe également.

M. Delbet apporte lui aussi un cas de mort, néanmoins il considère l'opération d'Albee comme le meilleur procédé d'immobilisation.

M. Mauclaire, après cette intervention, a perdu un malade au douzième jour de méningite tuberculeuse.

A propos du traitement des plaies artérielles. — M. Lenormant termine et résume la discussion; il étudie les causes de gangrène après la ligature et les résultats de la suture après les plaies des gros vaisseaux.

Il persiste à affirmer qu'il existe toujours des zones dangereuses; que la ligature semble plus grave lorsqu'elle est pratiquée dans les heures qui suivent la blessure, et il reconnaît l'utilité du débat qui s'est ouvert sur cette question; à l'heure actuelle, il ne suffit plus de s'occuper des suites immédiates des ligatures des gros troncs artériels et de savoir simplement si après la ligature il y a eu gangrène ou non; il faut viser plus haut et s'efforcer de savoir tardivement quelle est à longue distance de l'opération la valeur fonctionnelle du membre que l'on a pu conserver.

M. Lenormant est moins pessimiste que MM. Tuffier et Roux-Berger et cite des cas de récupération fonctionnelle intégrale après ligature de gros troncs artériels. L'étude de la tension artérielle ne peut pas nous renseigner exactement sur l'état et la valeur du membre; les rapports entre l'importance de la chute de la tension et l'apparition des troubles fonctionnels ne sont pas encore suffisamment définis.

L'auteur étudie les indications réciproques de la ligature et de la suture. Au fond, la suture est souvent bien difficile à pratiquer dans de bonnes conditions; elle serait plus applicable aux plaies de la pratique civile qu'utilisable en chirurgie de guerre et la ligature, bien que quelquefois dangereuse, semble encore être bien souvent ce qu'il y a de mieux.

A propos des récidives postopératoires des cancers du sein. — La discussion continue. MM. Wiart, Proust, Lecène, Hartmann, Savariaud et Thierry apportent leurs observations et indiquent leur manière d'opérer; ils restent tous fidèles à l'opération large ou élargie avec quelques détails de technique mais dont la base est : excision large de la tumeur, amputation des muscles et des aponévroses et curage total de l'aisselle.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 24 JUIN 1922)

A propos de la scoliose. — M. Lance pense que l'insuffisance respiratoire, qui joue un rôle important dans la genèse des cyphoses infantiles, n'en joue qu'un accessoire dans la

scoliose. La cause principale des scolioses dites essentielles réside dans les asymétries osseuses vertébrales primitives, très fréquentes, comme le montrent les radiographies.

M. PESCHER estime que l'insuffisance respiratoire est constante chez les sujets à thorax déformé : d'où indication d'améliorer la respiration. L'entraînement respiratoire arrive à ce but par son actiontrophique et son action mécanique.

L'autohématothérapie dans les maladies cutanées. — M. GASTOU signale les résultats obtenus par cette méthode avec MM. PONTOIZEAU et DUTREY : injection dans les muscles de la fesse à plusieurs reprises de 5 à 20 centimètres cubes de son propre sang recueilli dans les veines ; ce traitement est surtout actif dans les dermatites microbiennes.

Dilatation de la crosse de l'aorte. — M. GUELPA, dans sept observations, a obtenu une amélioration constante et rapide par les périodes fréquentes de purge et de jeûne répétées alternativement avec des périodes d'alimentation carnée acide restreinte. La dilatation de l'aorte cessant ainsi d'être une maladie dangereuse, peut être rapidement enrayée, au contraire.

M. CLÉMENT-SIMON pense que l'opinion de M. Guelpa faisant jouer le rôle principal à la diathèse alcaline et le rôle secondaire à la syphilis, est dangereuse, puisqu'elle tend à négliger le traitement spécifique ; l'origine syphilitique de l'anévrisme aortique est démontrée par la présence de tréponèmes dans les parois de l'aorte et, de plus, beaucoup de porteurs d'anévrismes ne sont pas obèses, mais bien au contraire amaigris.

Appareil pour transfusion sanguine sans citratation préalable. — M. DARTIGUES, au nom de MM. PAUCHET et BÉCARD, présente un nouvel appareil pour transfusion : c'est une ampoule dite à renversement dans laquelle le sang est recueilli directement, on peut ainsi transfuser des doses massives de sang très simplement. Cette transfusion sans citratation ne détermine pas de frissons.

Culture physique et pleurésies purulentes. — M. ROSENTHAL pense qu'au cours du traitement des pleurésies purulentes, il faut associer aux exercices respiratoires, l'hygiène de la peau et des muscles.

Traitement de la syphilis par les sels de bismuth. — MM CLÉMENT-SIMON et BRALEZ ont soigné 113 cas par les sels insolubles de bismuth. Ils concluent que le bismuth est plus maniable que les arsenobenzols et aussi maniable que le mercure et que, cliniquement, son action est égale, sinon supérieure aux arsenobenzols, surtout dans les complications nerveuses.

Le coup de chaleur chez les nourrissons. — M. GALLOIS pense que le choléra infantile attribué à une infection gastro-intestinale par le lait tourné est dû surtout à l'action de la chaleur. Il faut donc soustraire l'enfant à la chaleur excessive en rafraîchissant la salle où il séjourne, en faisant fondre, par exemple, dans la pièce des blocs de glace.

REVUE DES THÈSES

THÈSES DE MONTPELLIER (1921-1922)

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

M. Charles LAZARE. **Le traitement de l'infection post-abortum par l'irrigation intrautérine au liquide de Dakin** (28 janv. 1922, n° 22). — Cavitaire et anfractueuse comme les plaies de guerre, la plaie utérine grâce à l'abondance du matériel mort offre un milieu de culture favorable à la pullulation microbienne. Le curettage utérin réalise un nettoyage et une détersion analogues à l'ébarbement de Lemaitre. L'ouverture large et le drainage sont assurés par la mise en place d'un tube de caoutchouc par lequel des injections périodiques de liquide de Dakin réalisent assez promptement, en un ou deux jours, la désinfection de la cavité utérine.

M. Jean GREGORI. **De la suppression du drainage préventif du péritoine dans les laparotomies pour annexites suppurées** (3 fév. 1922, n° 27). — La clinique montre l'inutilité du drainage, alors même que le pus des poches annexielles a contaminé le péritoine, pourvu que la vitalité de cette séreuse n'ait pas été compromise par des lavages antiseptiques intempestifs. Ce drainage est d'ailleurs illusoire, car il ne fonctionne guère que pour la petite poche que lui constituent les adhérences très vite formées autour de lui. Par sa suppression seront évitées : l'infection secondaire par voie rétrograde, des retards dans la cicatrisation, des éventrations fréquentes, des adhérences douloureuses et des occlusions postopératoires, des embolies, des hémorragies secondaires et des fistules intestinales que l'on a vu se produire au moment où on enlève le drain.

M. Raoul BOUSQUET. **De la môle hydatiforme** (11 mars 1922, n° 37.) — Revue générale dans laquelle l'auteur insiste sur la fréquence de la coexistence de la dégénérescence kystique des ovaires qu'il donne comme un signe avant-coureur du chorio-épithélioma, d'où indication de l'hystérectomie si, dans le mois qui suit l'expulsion de la môle, il n'y a pas régression de volume des kystes ovariens.

M. Philippe JANDET, dit DANJOU. **Névraxite épidémique et grossesse** (15 mars 1922, n° 43.) — Cette affection, surtout dans ses formes myotoniques, entraîne fréquemment la mort de la mère et du fœtus. En retour, l'accouchement est un facteur important d'aggravation de la névraxite épidémique.

M. Maurice ROBERT. **Valeur comparative de la radiumthérapie pré et postopératoire dans le traitement des cancers de l'utérus** (25 mars 1922, n° 45). — Dans les cas d'épithélioma du col aux limites de l'opérabilité, la curiethérapie constitue une méthode de choix ; elle doit précéder l'intervention chirurgicale dont elle constitue un précieux adjuvant. Par contre, la radiumthérapie postopératoire ne présente que des inconvénients et doit être abandonnée.

M. Henri BAUDOIN. **A propos d'un cas de myome utérin pur pédiculé intracavitaire** (5 avril 1922, n° 57). — A l'encontre des tumeurs de cet ordre, habituellement intrapariétales, ce myome était pédiculé dans la cavité utérine. Il offrait cliniquement tous les signes d'un néoplasme à développement très actif. De forme pédiculée, disposé en franges de consistance molle, il montrait au microscope une absence complète de tissu conjonctif, une prolifération intense des fibres musculaires et un grand nombre de vaisseaux. Tardivement opéré, il doit être séparé des léiomyomes malins à marche plus rapide et à symptomatologie plus bruyante.

M. Paul FILIPPI. **Hémophilie congénitale mortelle et diathèse biliaire familiale** (3 avril 1922, n° 58). — Observation d'un cas d'hémophilie congénitale authentique, mais non héréditaire, dans lequel la première hémorragie provoquée a été suivie d'une issue fatale. Le dysfonctionnement hépatique y est souligné par la présence d'un subictère congénital peut-être plus cholémique qu'hémolytique, bien qu'on puisse écarter la notion d'une hépatite grave. La grossesse avait été marquée, chez la mère, par une succession presque ininterrompue d'accidents de lithiase biliaire. L'hémophilie de l'enfant peut être expliquée par une débilité hépatique congénitale à laquelle l'irritation permanente et l'insuffisance consécutive de foie maternel n'ont peut-être pas été étrangères.

M. Henri BEC. **Contribution à l'étude de la rachianesthésie par le mélange syncaïne-caféine** (25 avril 1922, n° 59.) — Pour pallier aux incidents, d'ailleurs rares, des rachianalgésies à la novocaïne, les injections curatrices de caféine dans le liquide céphalo-rachidien ont été pratiquées avec succès. Il a paru rationnel à l'auteur d'injecter préventivement dans les espaces sous-arachnoïdiens le mélange syncaïne et caféine. Cette association, qui n'offre par elle-même aucun inconvénient sérieux, semble n'avoir donné, dans les cas rapportés, que de bons résultats.

M. Charles MAILHES. **Le mécanisme de la menstruation** (2 mai 1922, n° 64.) — Dans un bref exposé, après avoir écarté la théorie réflexe de Pouchet Pflüger et la théorie du corps jaune de Fränkel Villemin, l'auteur se rallie à la théorie de la glande interstitielle.

M. Jean LAFONT. **Radiumthérapie dans les cancers du col de l'utérus** (8 mai 1922, n° 68.) — Sous réserve d'une plus longue expérimentation, on peut considérer comme établie aujourd'hui l'action élective du radium sur la cellule néoplasique, surtout dans les cancers fongueux et végétants. Sous son influence, du tissu scléreux englobe les masses néoplasiques.

M. Jean HENRY. **Recherches anatomo-cliniques sur les rapports entre l'évolution du corps jaune et l'apparition des règles** (3 juin 1922, n° 77.) — Après un court exposé des connaissances actuelles sur la physiologie de l'ovulation, du corps jaune et de la menstruation, l'auteur résume les théories modernes de la production du flux menstruel; il rapporte ensuite vingt-trois examens d'ovaires chirurgicalement prélevés sur des femmes à menstruation normale pour se demander enfin de quelle théorie ses résultats se rapprochent le plus. D'où il conclut que les relations chronologiques entre le développement du corps jaune et l'apparition de la menstruation n'obéissent pas à des règles fixes, mais varient selon les sujets sous l'influence de causes encore mal connues; il existe, d'ailleurs, des sujets régulièrement menstrués chez lesquels on ne décèle aucun corps jaune en évolution.

PAUL DELMAS.

JURISPRUDENCE ET LEGISLATION

LOIS NOUVELLES. MODIFICATIONS

I

L'article 6 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine était ainsi conçu :

« Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de douze inscriptions, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

« Cette autorisation, délivrée par le préfet du département, est limitée à trois mois; elle est renouvelable dans les mêmes conditions. »

Le nouveau régime d'études a rendu une modification nécessaire.

La loi du 6 mai 1922, promulguée au *Journal officiel* du 13 mai 1922 (Cf. *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 38, p. 610), a modifié cet article 6 de la loi du 30 novembre 1892 dans les termes suivants :

« Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours et munis de *seize* inscriptions, et les étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité, *et étant dès lors munis de vingt inscriptions*, peuvent être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

« Cette autorisation délivrée par le préfet du département est limitée à trois mois; elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

« *Toutefois pour les étudiants en médecine soumis encore à l'ancien régime comportant au maximum seize inscriptions, l'autorisation en question pourra continuer à leur être accordée, comme précédemment, lorsqu'ils auront leurs seize inscriptions, ou au moins douze s'ils sont internes des hôpitaux ou hospices français.* »

Les parties en italique sont celles qui ont été modifiées ou ajoutées par la loi nouvelle. On peut se rendre ainsi facilement compte du changement.

II

L'article 4 de la loi du 9 avril 1898, concernant la responsabilité des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, modifié déjà par la loi du 31 mars 1905, contient un premier paragraphe ainsi conçu :

« Le chef d'entreprise supporte, en outre, les frais médicaux et pharmaceutiques et les frais funéraires. Ces derniers sont évalués à la somme de 100 fr. au maximum. »

La loi du 12 avril 1922 a modifié ce texte en élevant la somme afférente aux frais funéraires de 100 fr. à 200 fr.

III

Tout le monde a entendu parler de la loi du 2 juillet 1919 instituant le règlement transactionnel; on en a souffert en raison des abus qu'elle a amenés dans les relations commerciales. Cette loi du 2 juillet 1919 a été l'objet de violentes critiques par ce fait notamment que la dette du débiteur pouvait être réduite.

Une loi nouvelle du 28 avril 1922, modifiant la loi du 2 juillet 1919, a pris un certain nombre de dispositions qui ont pour but de faire cesser les abus dont on s'est plaint. Sans entrer dans le détail de toutes ces dispositions, il suffit de signaler la suivante :

« ART. 12. — Le second alinéa de cet article est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Le règlement sollicité ne peut comporter aucune réduction sur le chiffre des créances* et ne peut impliquer que la concession de délais, qui ne devront en aucun cas dépasser cinq années... »

Le débiteur commerçant n'a plus d'intérêt à demander le règlement transactionnel, puisqu'il doit payer la totalité de ce qu'il doit, dans un délai de cinq années au maximum. Aussi le règlement transactionnel n'est-il plus à la mode; qu'on nous permette cette expression. La faillite ou la liquidation judiciaire, pour un commerçant qui ne craint pas l'abaissement moral que comportent celles-ci, sont plus avantageuses puisqu'elles peuvent avoir comme suite l'obtention d'un concordat, pouvant avoir comme conséquence une réduction de la dette.

On sait qu'aux termes de l'article 1er de la loi du 2 juillet 1919, celle-ci n'a d'application que pour une durée de trois années suivant la ratification du traité de paix.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LOYERS

M. Paul Bernier (Indre-et-Loire), député, demande à M. le ministre de la Justice : 1° si les logements habités par certains fonctionnaires, les percepteurs, par exemple, dans lesquels sont compris les bureaux, doivent être considérés, comme locaux professionnels et, comme tels, profiter du bénéfice de la prorogation de cinq ans; 2° s'il y a une différence entre les locaux loués avant la guerre et ceux loués pendant. (*Question du 23 mai 1922.*)

Réponse. — 1° La question de la prorogation professionnelle d'une durée égale à celle des hostilités (cinq ans, deux mois, vingt-trois jours), ne peut se poser que pour des baux en cours au 1er août 1914 ou tout au moins au jour de la mobilisation du locataire par ordre d'appel individuel; 2° l'article 3 de la loi du 31 mars 1922 a défini le local à usage professionnel comme étant celui dans lequel le locataire exerce définitivement son art ou sa profession. Il n'appartient, par suite, qu'aux juridictions compétentes de décider, sous le contrôle souverain de la commission supérieure de cassation, si un fonctionnaire exerce une « profession » au sens de la loi et, dans l'affirmative, s'il l'exerce effectivement dans les locaux pour lesquels il réclame la prorogation de jouissance de l'article 56, 1°, de la loi du 9 mars 1918. Il convient toutefois de signaler que, dans une espèce intéressant un professeur du collège Rollin, la commission supérieure, par arrêt du 19 mai 1922, a refusé le bénéfice de la prorogation professionnelle, « attendu que le fonctionnaire public tire ses ressources de sa fonction, qu'ainsi il échappe aux aléas des professions libérales, que la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels est, pour la même raison, étrangère aux fonctionnaires publics, auxquels il est interdit d'y entrer ». (*J. O.*, 21 juin 1922.)

LIVRES NOUVEAUX

Etudes cliniques et radiologiques sur les maladies de l'appareil respiratoire (1), par le docteur Emile SERGENT, professeur de clinique médicale propédeutique, médecin de la Charité, membre de l'Académie de médecine.

Deux données essentielles sont mises en relief dans cet ouvrage : l'importance de la clinique et de la radiologie, l'interprétation des signes que fournissent les deux modes d'exploration, qu'ils soient examinés séparément ou qu'on les compare l'un avec l'autre. Sans doute, il faut d'abord être bon observateur, savoir constater les faits sans les déformer, et ceci est à la base même de l'enseignement du professeur Emile Sergent, enseignement qui a tant de succès et qui constitue le fond de la « séméiologie », à l'étude de laquelle il s'est attaché avec tant d'ardeur et de persévérance. Mais ce n'est pas tout; le fait constaté doit être bien interprété, et la difficulté commence réellement avec cette seconde partie du diagnostic. On doit toujours faire une critique très serrée à des renseignements qui ont été recueillis, critique faite surtout de bon sens et d'impartialité. Ce sont là des qualités qu'on trouve à chaque page de ce volume et qui caractérisent vraiment la bonne clinique française.

Dans une première partie, l'auteur a groupé des études séméiologiques et cliniques qui, toutes, sont du plus grand intérêt dans la pratique. En tête, est envisagée l'inégalité pupillaire apparente ou provoquée dans les affections pleuro-pulmonaires : c'est un sujet qui est devenu classique avec « la pleurite apicale » depuis que le professeur Sergent l'a étudié et décrit avec tout le talent d'exposition qui lui est universellement reconnu. Parmi les autres études, citons encore dans cette première partie le syndrome d'insuffisance respiratoire des sommets et son importance dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte : c'est un point capital à connaître pour éviter les erreurs d'interprétation dans ce problème de tous les jours qui consiste à savoir si tel individu est ou n'est pas tuberculeux.

Viennent ensuite des études sur la syphilis de l'appareil respiratoire, sur les pneumopathies et les pleurésies des syphilitiques, sur la médiastinite syphilitique, sur le rapport de ces affections avec la tuberculose. On sait combien l'association de ces deux maladies est commune, combien il est intéressant de connaître les réactions de chacune de ces affections l'une sur l'autre : c'est un problème qui est cher au professeur Sergent et à propos duquel il a exposé des vues personnelles, confirmées depuis de tous les côtés.

Cette partie clinique se termine par des études sur les séquelles médicales et médico-chirurgicales des plaies de poitrine et des intoxications par les gaz asphyxiants. Grâce à ses fonctions d'expert, l'auteur avait eu l'occasion d'examiner des milliers de blessés ou gazés; de sa grande expérience, il a tiré des conclusions qui sont encore d'actualité et qui sont un des meilleurs exposés cliniques de la question.

La seconde partie de l'ouvrage est consacrée aux études radiologiques : c'est un chapitre fort important et qui doit être lu par tout médecin. A une époque où l'emploi de la radiologie se répand et se vulgarise, il est opportun de faire la critique des renseignements qu'elle peut donner, et ceci ne pouvait être fait que par un clinicien exercé depuis longtemps à l'interprétation des images radiologiques. C'est dire que le professeur Sergent était particulièrement désigné pour exposer une pareille question. De la lecture de cette seconde partie on retiendra que si la radiologie est indispensable pour compléter un examen de l'appareil respiratoire, elle est toutefois insuffisante à elle seule pour faire le diagnostic parce qu'elle a « sa limite de sensibilité ». C'est ainsi « qu'elle ne peut pas déceler toutes les lésions; et que, d'autre part, elle peut conduire à l'erreur en n'indiquant pas d'une façon nette et complète les caractères et le nombre des lésions ». Il faut lire ces chapitres dans tous leurs détails pour bien comprendre tous les services que peut rendre la radiologie en pathologie respiratoire, pour éviter les causes d'erreur dont on la rend responsable quand elle est mal interprétée. De nombreuses planches radiographiques admirablement choisies illustrent le texte de cet ouvrage. P. PRUVOST.

(1) In-8 de 47 figures dont 32 planches hors texte. — Paris, Maloine et fils.

Les Maladies de la cinquantaine (1), par le docteur Arthur LECLERCQ. Tome Ier : *L'Age critique, goutte, affections paragoutteuses et obésité.*

La première édition des *Maladies de la cinquantaine* a obtenu beaucoup de succès, non seulement auprès des médecins, mais aussi dans le public, car nombreuses sont les personnes qui, souffrant des troubles de l'âge, veulent se renseigner elles-mêmes. C'est donc une seconde édition de l'ouvrage que l'auteur nous présente aujourd'hui ; elle possède les mêmes qualités de clarté et de concision que la première et s'assurera le même succès; elle est d'ailleurs tenue au courant des données classiques. Mais M. Leclercq est surtout un clinicien qui ne peut s'attarder à en montrer les contradictions et les lacunes. Nous appelons particulièrement l'attention sur le chapitre consacré à « l'âge critique », exposé complet dont la lecture ne manquera pas d'impressionner quelque peu les gens qui commencent à descendre le « versant opposé ». Mais cette impression ne saurait leur être qu'avantageuse si elle les dispose à suivre les conseils de l'auteur et à se persuader que, peut-être? les maladies de la cinquantaine sont évitables. J. L.

(1) In-8, 1922. — Paris, G. Doin.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Jeudi 13 juillet. — Jury : MM. Achard, président; Marfan, Nobécourt et Duvoir. — M. DANO (G.). Le syndrome paralytique en dehors de la paralysie. — M. HUMBERT (René). La dyspepsie capricieuse par dérèglement de l'innervation végétative. — M. GRANIÉ. Un cas pathologique dans le théâtre de Molière. — M. SOLLIER (Paul). Variations leucocytaires d'origine digestive. — M. PAYCHÈRE (Alphonse). Etude critique sur l'absorption de l'adrénaline. — Mlle SICARD (R.). Méthodes d'exploration fonctionnelle chez l'enfant. — M. VERGNOUX (Louis). Endocardite simple et rhumatisme de la scarlatine.

Jury : MM. Ménétrier, président; Desgrez, Sergent et Labbé (H.). — M. ARFEUX (Ferdinand). Valeur pronostique de l'azotémie chez les vieillards. — Mme HENRY (Marthe). Origines de la répression des antisociaux aux aliénés chroniques. — M. BAROIS (Roger). Les épileptiques de génie dans l'histoire et littérature. — M. GUÈS (Emile). La mesure du débit respiratoire maximum à l'état normal. — M. DELGOVE (Robert). Etude clinique des arthropathies sériques. — M. ROY (René). Des azotémies hors des néphrites.

Jury : MM. Jeanselme, président; Bezançon, Claude et Lecène. — M. KREBS (Edouard). Etude sur l'encéphalite épidémique. — M. GUICHARD (Maurice). Considérations sur les différentes variétés de l'asthme. — M. DEFAUX. Entérocolites à protozoaires amibiases. — M. WALLON. Le bismuth dans le traitement de la syphilis. — M. SCHLESSER. Le traitement du rhumatisme articulaire aigu. — M. MURAT (François). Des auras et des équivalents épileptiques sensoriels. — M. RAINHORN (J.-L.). Considérations sur la méthode psychanalitique.

Jury : MM. J-L. Faure, président; Brindeau, Cunéo et Villaret. — M. VLACHOS (Ch.). Occlusion intestinale par fibromyome de l'utérus. — M. BEAUSSIER. Diagnostic et thérapeutique de la ponction du cul-de-sac du vagin. — M. STOÏANOFF (Constantin). Etude de l'appendicectomie. — M. LOTTE (Louis). La résection apicale transmaxillaire. — M. GARDÈRES (Maurice). Etude des polypes saignants de la cloison et traitement. — M. PLAS (Martial). Le traitement chirurgical de l'hémorragie rétro-placentaire. — M. PAREUX (Jean). Considérations sur les hystérectomies par voie basse.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES COMPLICATIONS DU DIABÈTE SUCRÉ [1]

VI. **COMPLICATIONS NERVEUSES.** — Les complications nerveuses sont de beaucoup les plus graves et les plus fréquentes. On peut les classer en plusieurs groupes :

1° Les complications relevant d'hyperglycémie et d'hyperglycistie, qui portent sur le système nerveux central ou périphérique.

2° Les accidents d'acidose qui précèdent le coma.

3° Les troubles qui relèvent de lésions vasculaires, artérielles, et qui commandent des lésions paradiabétiques chez les hypertendus (hémorragies cérébrales ou ramollissement).

4° Les lésions des cordons postérieurs, encore mal connues. Au point de vue didactique, il est commode de diviser les nombreuses complications nerveuses, suivant qu'il s'agit de troubles sensitifs, de troubles sensoriels, de troubles réflexes, de troubles moteurs, de troubles trophiques ou de troubles cérébraux, ces divers accidents pouvant d'ailleurs s'associer ou se compléter suivant des modalités diverses.

1° *Les troubles sensitifs.* — Ces complications sont liées à des lésions des nerfs périphériques et constituent les principaux facteurs des syndromes douloureux, qui amènent souvent les diabétiques à venir consulter le médecin.

Il faut distinguer les névralgies et les névrites suivant la gravité des lésions.

a. *Les névralgies.* — Elles sont très fréquemment symétriques et bilatérales. Elles siègent surtout au niveau des nerfs sciatique, crural, trijumeau, intercostaux. Elles sont souvent limitées aux extrémités des nerfs : plante des pieds, mains.

Ces névralgies paraissent être plus douloureuses que toutes les névralgies. Elles sont assez souvent bilatérales, symétriques et tenaces. En général, elles sont rebelles à tous les traitements usuels. Elles s'atténuent ou s'aggravent parallèlement à l'état du diabète et, en général, si elles échappent à l'action du traitement médicamenteux, elles cèdent assez vite au régime antidiabétique.

b. *Les névrites.* — Elles se traduisent par les douleurs comme les névralgies simples ; mais elles s'accompagnent de troubles de la sensibilité (anesthésie), de troubles trophiques (atrophie musculaire), de troubles moteurs (impotence fonctionnelle). Les réflexes sont diminués ou abolis. C'est surtout au niveau des membres inférieurs qu'on note l'existence de *polynévrites*. Le traitement les améliore, sans arriver à les guérir complètement. On peut en distinguer trois formes principales : la polynévrite sensitive, la polynévrite motrice et amyotrophique, le pseudo-tabes périphérique. Dans certains cas, d'ailleurs, les douleurs peuvent survenir par accès très pénibles et simuler des douleurs fulgurantes comme celles du tabes. Elles s'accompagnent aussi parfois d'une impotence fonctionnelle plus ou moins marquée.

c. *Accidents divers.* — On peut aussi signaler des arthralgies, des myalgies, des phénomènes douloureux liés à des troubles artériels.

2° *Les troubles sensoriels.* — Ils peuvent intéresser surtout l'ouïe, le goût, l'odorat et surtout les yeux. On a noté de l'amblyopie légère et passagère ou bien grave par hémorragies rétiniennes ou atrophie de la papille. On trouve des petites taches blanchâtres, disséminées sur la papille, ou bien des petites hémorragies ponctuées au niveau des deux yeux et pendant la période avancée du diabète.

Ne pas oublier la cataracte diabétique, molle, bilatérale, à évolution rapide, provoquant des névralgies sus-orbitaires.

3° *Les troubles des réflexes.* — Les réflexes rotuliens sont souvent abolis au cours du diabète, même en l'absence de toute autre complication nerveuse.

L'état des réflexes traduit, en général, le degré de l'imprégnation sucrée chez les diabétiques. Il doit faire penser aussitôt au tabes ou au diabète.

4° *Les troubles moteurs.* — Il y a lieu de distinguer plusieurs groupes de troubles moteurs, qui relèvent de facteurs étiologiques différents :

a. Les *troubles* que l'on peut appeler, en quelque sorte, *paradiabétiques* et qui consistent en hémiplégies dues à une hémorragie cérébrale, à un ramollissement cérébral. La ponction lombaire doit toujours être pratiquée dans ces cas et montre des modifications importantes. Il ne s'agit pas là, à proprement, de complications relevant directement du diabète.

b. Les *troubles d'origine musculaire* : affaiblissement, fatigue, myalgies diverses, crampes musculaires.

c. Les *paralysies par névrite périphérique* : il peut s'agir, soit d'une monoplégie, soit d'une hémiplégie, soit d'une paraplégie. Ces paralysies flasques, avec réflexes abolis, peuvent survenir brusquement ou progressivement ; elles sont souvent incomplètes, parcellaires, transitoires et fugaces. Elles peuvent aussi se localiser au niveau de la langue, au niveau de la face. Dieulafoy a insisté sur la fréquence de la paralysie des nerfs moteurs de l'œil : moteur oculaire externe et moteur oculaire commun.

La constatation d'une pareille paralysie doit toujours faire penser au diabète, à la syphilis ou au tabès.

Dans d'autres cas, il y a plus de l'incoordination motrice que de la paralysie vraie. C'est alors que peut se trouver réalisé la forme de *pseudo-tabès diabétique* décrit par Déjerine. L'ensemble symptomatique est constitué ici par des crampes, des picotements, des fourmillements dans les jambes. Puis, apparaissent des douleurs fulgurantes au niveau des membres inférieurs, de l'incoordination des mouvements avec conservation intégrale de la force musculaire. Les réflexes tendineux sont abolis. Dans certains cas, on peut aussi constater la coexistence de paralysies partielles : par exemple, la paralysie des extenseurs du pied, ce qui amène un certain degré de steppage. L'ensemble rappelle le tabes et la distinction des deux affections est parfois difficile, d'autant plus qu'au cours du tabes vrai, on peut voir de la glycosurie apparaître, quand les lésions atteignent le bulbe. Pour faire le diagnostic, on devra se baser sur les caractères de la démarche, la distribution différente du territoire de l'anesthésie, l'absence de troubles sphinctériens dans le diabète. On ne constate pas de signe d'Argyll-Robertson, ni de myosis dans le diabète. Enfin, la ponction lombaire montre dans cette dernière affection l'absence de réacion lymphocytaire. Le régime antidiabétique amène une amélioration rapide.

On peut distinguer trois cas :

a. Il y a tabes vrai propagé au plancher du IVe ventricule et glycosurie simulant un pseudo-diabète ;

b. Il y a diabète vrai et pseudo-tabes ;

c. Il y a coexistence d'un diabète vrai et d'un tabes vrai.

5° *Les troubles trophiques et vaso-moteurs.* — Ce sont les troubles de la sudation, éruptions diverses, zona, chute des ongles, périonyxis, apparition d'ecchymose au-dessous des ongles, atrophie musculaire, troubles trophiques pouvant aboutir au mal perforant plantaire.

6° *Troubles cérébraux.* — Ce sont de beaucoup les plus fréquents et aussi les plus graves, car ils entraînent fréquemment la mort.

Avant le coma, on peut déjà noter des troubles variés : troubles du caractère, malade triste, irritable, apathique, perdant la mémoire. Parfois on note des hallucinations visuelles, auditives, de l'insomnie, des cauchemars, de la céphalée, une tendance très vive au sommeil, de la *torpeur cérébrale*. Ces troubles divers peuvent exister seuls pendant longtemps avant qu'apparaisse l'accident très grave, le coma.

Le coma diabétique. — Il ne faut pas confondre le coma diabétique vrai avec le *coma chez les diabétiques*, car il peut s'agir, par exemple, du coma urémique chez un diabétique avec lésion rénale ; de collapsus cardiaque chez un diabétique atteint de myocardite chronique ; d'un coma lié à une hémorragie cérébrale. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 50, p. 814, et n° 52, p. 847.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



N° 55. — SAMEDI 15 JUILLET 1922. 95e ANNÉE. SAMEDI 15 JUILLET 1922. — N° 55.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours pour une place de chirurgien adjoint des hôpitaux, ouvert le 20 juin, s'est terminé le 6 juillet par la nomination de M. G. Jeanneney.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Poitiers. — M. Delaunay, professeur de physiologie est nommé directeur, pour trois ans, à partir du 1er mai 1922.

— Reims. — M. Téchoueyres, professeur d'histologie, est chargé, en outre, d'un cours complémentaire de bactériologie.

M. Bouvier est nommé chef des travaux de physiologie, et est chargé des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — (Active.) *Au grade de commandeur.* — M. le médecin inspecteur Bassères.

(Au titre civil.) — *Au grade de chevalier.* — M. le Dr Moris, de Pouzauges (Vendée).

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.) — Cours de clinique et de médecine des enfants, sous la direction de M. le prof. Nobécourt et de M. Lereboullet, agrégé. Cours de vacances 1922 :

Programme. — *17 août.* — 10 h. 1/2. M. Tixier. Anémies et leur traitement; — 16 h. M. Darré. Diagnostic, prophylaxie et traitement des fièvres éruptives.

18 août. — 10 h. 1/2. M. Paraf. Tuberculose aiguë de l'enfance; — 16 h. M. Stévenin. Coqueluche et ses complications.

19 août. — 10 h. 1/2. M. Tixier. Purpuras, hémophilie; — 16 h. M. Darré. Formes malignes de la rougeole et de la scarlatine.

21 août. — 10 h. 1/2. M. Paraf. Tuberculose pulmonaire chronique et adénopathies du médiastin; — 16 h. M. Darré. Complications respiratoires de la rougeole et leur traitement.

22 août. — 10 h. 1/2. M. Tixier. Techniques de l'examen du sang, leucémies ; — 16 h. M. Merklen. Types cliniques des néphrites infantiles.

23 août. — 10 h. 1/2. M. Paraf. Péritonites tuberculeuses et péritonites chroniques; — 16 h. M. Stévenin. Hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx et insuffisance nasale.

24 août. — 10 h. 1/2. M. Tixier. Méningite tuberculeuse; — 16. M. Merklen. Albuminuries fonctionnelles.

25 août. — 10 h. 1/2. M. Paraf. Méningite cérébrospinale; — 16 h. M. Merklen. Tuberculose rénale, infections rénales et vésicales du jeune âge.

26 août. — 10 h. 1/2. M. Tixier. L'hérédo-syphilis tardive; — 16 h. M. Merklen. L'épilepsie de l'enfant.

28 août. — 10 h. 1/2. M. Lereboullet. Rhumatisme articulaire aigu et ses complications cardiaques ; — 16 h. M. Stévenin. Diagnostic et traitement des stomatites.

29 août. — 10 h. 1/2. M. Lereboullet. Diagnostic et traitement des angines, notamment de l'angine diphtérique; — 16 h. M. Milhit. Dyspepsie gastro-intestinale et syndromes coliques.

30 août. — 10 h. 1/2. M. Duhem. Exploration radiologique des poumons ; — 16 h. M. Lereboullet. Diagnostic des laryngites aiguës.

31 août. — 10 h. 1/2. M. Lereboullet. Les syndromes glandulaires et leur traitement; — 16 h. M. Milhit. Diagnostic et traitement des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes.

1er septembre. — 10 h. 1/2. M. Lereboullet. Le foie chez l'enfant; — 16 h. M. Nadal. Formes cliniques, diagnostic et traitement de la pneumonie lobaire.

2 septembre. — 10 h. 1/2. M. Duhem. Exploration radiologique du cœur; — 16 h. M. Milhit. Diagnostic et traitement de l'appendicite et des péritonites aiguës.

4 septembre. — 10 h. 1/2. M. Nadal. Dilatation des bronches et broncho-pneumonies; — 16 h. M. Babonneix. Hémiplégies infantiles.

5 septembre. — 10 h. 1/2. M. Duhem. Electrodiagnostic et électrothérapie; — 16 h. M Babonneix. Maladie de Little.

6 septembre. — 10 h. 1/2. M. Nadal. Diagnostic et traitement des pleurésies; — 16 h. M. Babonneix. Les chorées.

7 septembre. — 10 h. 1/2. M. Nadal. Les cardiopathies chroniques; — 16 h. M. Babonneix. Poliomyélite aiguë infantile.

8 septembre. — 10 h. 1/2. M. Bidot. Techniques de coprologie clinique ; — 16 h. M. Babonneix. Réactions méningées.

Le droit est de 150 francs. Les bulletins de versement sont

délivrés à la Faculté de médecine, guichet n° 3, jeudi et samedi, de 12 h. à 15 h. Un certificat sera délivré à la fin du cours.

Enseignement clinique libre, tous les matins, à 9 h. 1/4, par le prof. Nobécourt.

ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE LIBRE. — DOUZE LEÇONS SUR LA TUBERCULOSE OSTÉO-ARTICULAIRE ET GANGLIONNAIRE ET QUELQUES ÉLÉMENTS D'ORTHOPÉDIE PRATIQUE (du 17 au 30 juillet 1922), par le Dr Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital maritime avec la collaboration de MM. les Drs Andrieu, chirurgien assistant à l'hôpital maritime; Tridon, chirurgien assistant à l'hôpital maritime; Mozer, chef de laboratoire de l'hôpital maritime; Parin, chef de laboratoire de radiologie de l'hôpital maritime.

Les cours auront lieu l'après-midi à 2 h. à l'hôpital maritime. Les matinées seront réservées à des démonstrations pratiques.

Examens cliniques, les lundis. — Opérations et ponctions, les mardis et vendredis. — Plâtres et appareils amovibles, les mercredis et samedis. — Démonstrations de laboratoire les jeudis.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Parin, hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — SERVICES AUTOMOBILES DE L'AVALLONNAIS ET DU MORVAN. — Dans le but de faciliter aux touristes la visite de ces intéressantes régions, la Compagnie P.-L.-M. mettra en marche du 9 juillet au 25 septembre, au départ d'Avallon, les services ci-après :

Circuit de l'Avallonnais, les lundi, mercredi, vendredi et samedi, par le Monastère de Pierre-qui-Vire, la Vallée de la Cure, le Château de Chastellux, Vézelay et sa basilique, les curieuses grottes d'Arcy-sur-Cure. — Parcours 112 kilomètres. Prix 26 fr. — Déjeuner à Quarré-les-Tombes.

Circuit du Morvan, les dimanches, mardi et jeudi par Montsauche, le Lac des Settons, Château-Chinon avec son admirable panorama du Morvan, Lormes et Chastellux. — Parcours 152 kilomètres. Prix 36 fr. — Déjeuner au Lac des Settons.

LIVRES NOUVEAUX

La Médecine d'urgence. Symptômes. Diagnostic. Traitement immédiat. Formulaire [5e édition] (1), par C. ODDO, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Marseille, correspondant national de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine.

Voici une nouvelle édition d'un des meilleurs ouvrages parus dans ces dernières années. Conçu de la façon la plus pratique par son auteur qui est un des plus éminents et des plus sympathiques représentants de la jeune et brillante école marseillaise, il a été, dès son apparition, accueilli avec la plus grande faveur par le public médical.

Ses éditions successives rapidement épuisées ont permis à l'auteur de tenir son ouvrage au courant des progrès de la médecine et de la pratique d'urgence.

Cette cinquième édition de *La Médecine d'urgence*, en raison des progrès des méthodes thérapeutiques, a subi des modifications bien plus considérables que les précédentes, afin de conserver son double caractère d'actualité et de pratique. Les praticiens et les étudiants trouveront dans cette nouvelle édition l'exposé succinct des applications les plus pratiques et les plus pressantes des découvertes dont doivent bénéficier leurs malades. C'est dire combien ce guide leur sera précieux. L. G.

(1) Fort in-8 carré de 1.010 pages. — Prix : cartonné toile, 24 francs; franco, 26 francs. — Paris, G. Doin.

Précis d'hygiène [2e édition] (1), par le docteur MACAIGNE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon.

Dans la deuxième édition de cet excellent ouvrage, on trouve l'exposé simple et précis de l'état actuel de nos connaissances en hygiène.

La première partie comprend l'hygiène générale (sol, atmosphère, climatologie, eaux, habitation, matières usées); la deuxième partie est consacrée à l'hygiène individuelle (hygiène du nouveau-né, hygiène de la peau, du système locomoteur, de l'appareil respiratoire, de l'appareil circulatoire, de l'appareil digestif, du système nerveux).

L'ouvrage se termine par un exposé de l'hygiène sociale (hygiène scolaire, hygiène industrielle, prophylaxie générale des maladies transmissibles, étiologie et prophylaxie spéciale des maladies transmissibles, législation sanitaire).

L. G.

Thérapeutique gynécologique. Indication et technique de la méthode de Brandt (2), par la doctoresse Hélène SOSNOWSKA. Préface de Victor PAUCHET.

A côté des grands cas de gynécologie qui sont seuls justiciables de la chirurgie, il existe un nombre plus considérable encore d'autres cas dans lesquels les femmes se plaignent au médecin de douleurs, d'hémorragies, pesanteurs, d'impossibilité de marcher, de malaises qui les tourmentent et les obsèdent. Toutes ces maladies sont justiciables du traitement de Brandt, pourvu que celui à qui elles se confient sache faire un diagnostic sérieux, établisse une sélection, pour ne conserver que celles qui sont susceptibles de tirer un bénéfice réel et certain de la méthode. Ce traitement de Brandt combine le massage gynécologique avec la gymnastique. L'auteur, qui en apprit la technique auprès de Brandt lui-même, la décrit minutieusement dans ce petit volume ainsi que l'avait fait Stapfer dans son important traité sur ce sujet.

Ce manuel est destinée à vulgariser une excellente méthode qui nécessite malheureusement un traitement long et dispendieux, six semaines à trois mois de séances quotidiennes, d'après l'auteur.

Nous croyons, pour l'avoir expérimenté, qu'on peut en tirer bénéfice avec un nombre moindre de séances qui finiraient par lasser ces malades, et auxquelles la plupart se refuseraient. M. DELESTRE.

Opothérapie endocrinienne. Ses applications journalières [Collection Diagnostic et traitement] (3), par le docteur Léopold LÉVI.

Les beaux travaux de M. Léopold Lévi sur le corps thyroïde et les autres glandes endocrines le désignaient tout naturellement pour mettre au point cette question si importante aujourd'hui en thérapeutique de l'opothérapie endocrinienne. Le livre qu'il vient d'écrire est, sous un petit volume, un guide sûr et clair qui rendra les plus grands services aux praticiens.

Edité avec soin et même avec élégance par le « Livre de France », vendu à un prix d'avant-guerre, il ne peut manquer de remporter le succès qu'il mérite. L. G.

(1) In-8 de 450 pages avec 128 figures. « Bibliothèque du doctorat en médecine Gilbert et Fournier. » — Prix : broché, 22 fr. ; cartonné 28 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) Un vol. de 105 pages avec 17 fig. dans le texte. — Paris, G. Doin, éd.

(3) In-8. — Prix : 3 fr. 50. — Editions du Livre de France, 42, boulevard de Port-Royal, Paris 1922.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE LÉGALE = HYGIÈNE = THÉRAPEUTIQUE

Par MM. les docteurs COURTOIS-SUFFIT et F. BOURGEOIS.

I. — MÉDECINE LÉGALE

Etude du spasme cadavérique. (E. MARTIN et P. MAZEL. *Ann. de méd. légale, de criminologie et de police scientifique*, 1922, n° 1.) — Le spasme cadavérique qui prolonge, pour ainsi dire, dans la mort une attitude d'action et de vie était considéré comme fort rare par les anciens auteurs. On en a rassemblé un nombre élevé d'exemples pendant la dernière guerre. Le spasme succède le plus souvent à une blessure des centres nerveux; il peut également apparaître après une blessure viscérale ou même en dehors de toute blessure apparente, mais, dans ce dernier cas, on a trouvé des lésions viscérales étendues ou bien de fines lésions congestives ou hémorragiques de la substance nerveuse.

La mort soudaine, condition nécessaire au spasme, est produite, soit par atteinte directe de la région bulbo-protubérantielle, soit par inhibition qui isole la moelle des centres nerveux supérieurs et la libère de leur influence modératrice. Du fait de cette émancipation médullaire, le système musculaire conserve son tonus d'avant la mort ou même l'exagère, fixant le corps dans une attitude de vie que prolonge la rigidité cadavérique généralement précoce dans de tels cas.

Diagnostic histologique de l'âge des ecchymoses traumatiques. (PIÉDELIÈVRE. *Th. de Paris*, 1921.) — La constatation, à des époques précises, de modifications histologiques au niveau des ecchymoses serait d'un précieux secours au point de vue médico-légal et judiciaire. Malheureusement, les modifications des globules rouges, la réaction leucocytaire autour du foyer hémorragique, la présence d'hémosiderine et d'hématoïdine ne donnent que des indications. Plus importante est l'apparition du pigment ferrugineux (pigment bleu : réaction du bleu de Prusse), dérivé de l'hémoglobine. Elle se fait le quatrième jour, après l'issue du sang hors des vaisseaux : c'est donc une date précise et de grande importance au point de vue judiciaire.

Examen des taches d'urine. (V. BALTHAZARD et N. ROJAS. *Ann. de méd. légale, de criminologie et de police scientifique*, 1922, n° 1.) — Pour caractériser l'urine en nature, on utilise l'examen chimique qui met en évidenee l'existence de l'urée, de l'acide urique, des chlorures, phosphates, etc., en dissolution dans l'urine, et l'examen histologique qui permet de reconnaître des cellules de la muqueuse urétrale, vésicale et de l'épithélium rénal.

Avec les taches d'urine, il est impossible d'utiliser cette méthode : les éléments cellulaires sont alors trop rares et les réactifs chimiques usuels ne donnent que des résultats incertains avec les petites taches.

Balthazard et Rojas ont obtenu des résultats plus intéressants avec les deux réactifs suivants : Le *réactif phosphotungstique* et la *réaction à la xanthylurée*.

Le réactif phosphotungstique a la composition suivante :

Acide phosphotungstique	1 gramme
Eau distillée	50 cent. cubes

Mis en présence de l'urine et additionné d'une goutte de lessive de soude il donne une coloration bleue. La même réaction se produit sur la tache en la touchant successivement avec un agitateur trempé dans le réactif, puis dans la lessive de soude.

La sensibilité de la réaction est très grande : elle s'obtient avec de l'urine diluée au cinquantième et sur des étoffes lavées.

Cette réaction n'est pas spécifique de l'urine. On l'obtient avec la salive, le sérum sanguin, le lait, mais la coloration est moins intense et ne se produit plus après dilution.

La réaction fait défaut avec le sang complet, le sperme, le blanc d'œuf.

La *réaction de la xanthylurée* consiste à caractériser l'urée par la formation de cristaux de xanthylurée en présence du xanthydrol, et d'acide acétique : on opère sur une solution de la tache suspecte ou sur des fibrilles dissociées et après action du réactif, on voit au microscope des cristaux caractéristiques groupés en étoiles ou en houppes.

Cette réaction est également sensible après dilution au cinquantième.

Cf. — Examen des taches de matières fécales. (Hazime ASADA et Mataichiro KOMINAMI. *Ann. de méd. légale et criminologie*, 1922, n° 3.)

Recherche de sang à l'aide du réactif de Fuld à la rhodamine. (Rudolf ALKE. *Deuts. Zeits. f. die ges. ger. med.*, janv. 1922.) — La rhodamine est un composé chimique, voisin par sa formule et ses réactions de la phénolphtaléine. Elle donne, en présence d'eau oxygénée, une coloration rouge avec le sang. Cette réaction est très sensible, puisqu'elle est encore appréciable avec des dilutions de sang à 1 p. 100.000. Malheureusement, elle n'est pas spécifique.

L'électrocution accidentelle par les courants d'éclairage domestique en médecine légale. (V. BALTHAZARD. *Ann. de méd. légale, de criminologie et de police scientifique*, 1922, n° 2.) — La notion du danger des courants électriques d'usage domestique est loin d'être répandue dans le public et même parmi les électriciens, ouvriers et ingénieurs. Cependant, la mort peut se produire par abaissement de la résistance du corps humain. Normalement, la résistance du corps est de 40.000 ohms. Elle peut s'abaisser à 1.000 à 1.500 ohms si la peau est humide et grasse et même à 500 ohms, si le corps est plongé dans un bain.

Balthazard rapporte l'observation d'un ouvrier qui fut électrocuté par un courant alternatif de 135 volts provenant d'une ampoule qu'il tenait à la main. La mort survint par asphyxie, par tétanisation des muscles respiratoires.

Balthazard demande, pour éviter des accidents analogues, la suppression des sonnettes à cordons métalliques dans les salles de bains, l'adaptation d'une poignée de bois isolée pour saisir les balladeuses, etc.

Collectionnisme.

Essai sur le collectionnisme. (H. CODET. *Th. de Paris*, 1921.) — Il est intéressant de constater chaque manifestation de cette tendance contemporaine à éclairer la psychologie normale par la clinique psychiatrique, et réciproquement. Dans cet ordre de travaux, nous trouvons l'*Essai sur le collectionnisme* (H. Codet, Th. de Paris) du docteur H. Codet, qui intéresse aussi bien le spécialiste que le psychologue. La tendance à collectionner est examinée dans ses fondements affectifs et intellectuels, suivie dans son développement avec l'âge, analysée au cours de l'évolution passionnelle, à quoi elle aboutit si fréquemment. Et tout ceci, à la faveur d'une abondante documentation livresque et d'observations puisées dans la vie courante, se rapporte aux collectionneurs que nous connaissons tous, que nous fréquentons, que nous pouvons être nous-même.

Hâtons-nous de dire que l'auteur, malgré sa spécialisation, ne découvre pas une tare psychique dans le collectionnisme, mais simplement y voit la manifestation d'une activité mentale particulière. La valeur en est variable, selon l'ensemble des facultés du collectionneur : « On collectionne avec sa personnalité entière ». Par toute cette partie, la plus importante, le travail du docteur Codet peut intéresser chacun.

La seconde a trait aux déséquilibrés qui représentent la caricature du collectionnisme devenu exubérant. Ce sont les monomaniaques de la collection, les collectionomanes. Et l'on est à même de rencontrer et de reconnaître quelqu'un de ces détraqués, si nettement dépeints dans l'ouvrage.

Un dernier chapitre, s'adressant plus particulièrement à l'aliéniste, offre l'étude des simplifications et déformations de l'aptitude collectionnante, telle qu'on la peut observer chez les malades à l'asile. Les formes rudimentaires de l'idiotie, secondaires au cours des délires, régressives dans les états démentiels, etc., sont l'apanage d'aliénés collectionnistes. A lire leurs exploits, le collectionneur véritable pourra se rassurer : il n'aura pas de confusion possible à redouter.

Accidents du travail et maladies professionnelles.

La fraude. La sinistrose et les médecins marrons dans les accidents de travail. (E. DE GISCARDE. Préface du professeur Balthazard, 1 vol., 1921.) — Ouvrage intéressant à consulter pour les médecins d'entreprises industrielles et de compagnies d'assurances. L'auteur y expose une série de cas litigieux : cancer, panaris, lumbago, hernies, etc... Les procédés des médecins marrons font l'objet d'un chapitre plein d'intérêt. E. de Giscarde termine en signalant les abus occasionnés par la pratique de la loi et les moyens de répression qui lui paraissent efficaces.

De l'influence du traumatisme à distance sur les infections latentes de l'appareil pleuro-pulmonaire. (A. CHEVALLIER. *Th. de Paris*, 1921.) — On ne discute plus sur l'influence du traumatisme sur l'évolution d'une affection pleuropulmonaire latente. Il est important de connaître l'intervalle qui s'écoule entre l'accident et l'apparition des premiers symptômes : cet intervalle est habituellement de trois à douze jours.

Ostéoarthrites tuberculeuses et accidents de travail. (M. ROBINEAU. *Ann. de méd. légale et criminologie*, 1922, n° 3.) — L'auteur termine son travail par les conclusions suivantes :

1° La tuberculose inoculée dans une plaie traumatique est incontestablement la conséquence directe de l'accident;

2° Les accidents légers, effort, contusion, entorse sans signes précis, non suivis d'impotence complète immédiate, ne peuvent déterminer une localisation tuberculeuse ostéo-articulaire;

3° Une ostéoarthrite tuberculeuse dont le premier symptôme apparaît moins de quatre semaines après l'accident, dans les formes aiguës; moins de huit semaines après l'accident, dans les formes chroniques, doit être considérée comme préexistant à l'accident, donc révélée par lui;

4° Seules peuvent être considérées comme localisées par le traumatisme et en relation directe avec l'accident les ostéoarthrites consécutives aux accidents graves (fractures, luxations, entorses avec arrachements, etc...) et à condition que le premier signe de la tuberculose soit apparu au moins un mois après l'accident si l'évolution est rapide; de deux à plusieurs mois après si l'évolution est chronique;

5° L'ostéoarthrite tuberculeuse peut être aggravée par un accident : toutefois le traumatisme unique et d'intensité moyenne a une action moins nocive que l'exercice quotidien d'une articulation malade au cours d'une existence normale ou de travail habituel. On ne peut, faute de preuve, refuser aux traumatismes violents, une influence aggravante d'ailleurs évidente dans quelques cas.

Les lumbagos chroniques d'origine traumatique. (E. MARTIN et JUVIN. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 nov. 1921.) — C'est un problème très délicat de la médecine des accidents du travail. Le symptôme essentiel de cette affection, la douleur, peut être facilement simulé ou exagéré; l'exploration radiologique n'est pas toujours positive même s'il existe une lésion osseuse ou ostéoarticulaire. Pour Martin et Juvin, un traumatisme important frappant une colonne vertébrale atteinte de lésions rhumatismales anciennes mais latentes, peut déterminer la fracture de néoformations rhumatismales et l'apparition d'une arthrite vertébrale chronique avec douleurs permanentes et incapacité permanente et partielle.

Cf. — Traumatisme et cancer. (POMETTA. *Rev. Suisse des accidents de travail*, fév. 1922.)

Traumatisme et syphilis. (KLANDER [de Philadelphie], *Journ. of American Méd. Assoc.*, 8 avril 1922.) — Un traumatisme peut activer une infection syphilitique latente et faire apparaître des lésions spécifiques au niveau du point traumatisé. Klander rapporte des observations de gommes cutanées, de gommes du testicule apparues dans ces conditions.

La syphilis est une cause de retard dans la consolidation des fractures. On devra donc toujours pratiquer une réaction de Wassermann afin d'instituer en tant que besoin un traitement spécifique qui abrégera la durée de l'incapacité, fait important étant donné que la loi américaine n'admet pas plus que la loi française l'état antérieur.

Hydrargyrisme.

Contribution à l'étude de l'hydrargyrisme des ouvriers des couperies de poils. (Ch. BIOT. *Bull. du Service méd. du travail de Belgique*, 1921, n°s 1 et 2.) — Les opérations auxquelles sont soumises les peaux dans les couperies de poils peuvent exposer les ouvriers à l'intoxication par le mercure : au cours des manœuvres appelées secrétage, brossage, coupage et soufflage, cette intoxication peut se faire par l'absorption : soit de vapeurs acides se dégageant des solutions de nitrate de mercure, soit des poussières de poils imbibés de la solution nitromercurielle, soit, enfin, d'air chargé de vapeurs mercurielles et de poussières diverses.

Comment se produit cette intoxication? « Par contact direct avec la peau, au cours des manipulations de secrétage et de toutes celles qui suivent, manipulations qui, forcément, détachent chaque fois un peu de sel mercurique imprégnant les peaux secrétées. Par absorption par les voies digestives de ces poussières de sels mercuriques, inévitablement en suspension dans l'atmosphère des usines. Par inhalation par les voies respiratoires de l'air chargé des vapeurs mercurielles émises à la température ordinaire par les poussières provoquées par les différentes manipulations des peaux secrétées. »

Charbon.

Le charbon n'est pas toujours une maladie professionnelle. Etude de la contamination par les blaireaux à barbe. (HANNAH. *Med. Record*, 5 nov. 1921.) — L'auteur a pu rassembler vingt-quatre observations de cas de charbon survenus à la suite d'emploi de blaireaux fabriqués avec des crins de cheval et caractérisés cliniquement par des pustules malignes de la face et du cou. Mortalité 50 p. 100. Dans six cas on peut isoler la bactéridie charbonneuse dans les poils du blaireau.

Intoxications.

Un cas d'empoisonnement foudroyant par absorption accidentelle d'huile d'aniline. (E. MARTIN et G. FLORENCE. *Journ. de méd. de Lyon*, 20 nov. 1921.) — L'huile d'aniline du commerce est toxique lorsqu'elle est absorbée par les voies digestives ou par la voie cutanée. L'absorption par le poumon des émanations produites par l'huile d'aniline occasionne des intoxications graves. La dose toxique pour l'homme n'est pas exactement connue. Elle varie avec les susceptibilités individuelles. La vente de l'aniline devrait être réglementée comme celle des substances toxiques visées par le décret du 14 septembre 1916. Le procédé de Florence (formation de cristaux d'oxalate d'aniline insolubles dans l'éther) permet de rechercher l'aniline dans le sang et les liquides organiques.

A propos de l'empoisonnement par le véronal. (Otto HAGE. *Vierteljahrsch fur Gericht Medizin*, oct. 1921.) — Le véronal produit des accidents toxiques à la dose de 4 à 10 grammes. La mort peut survenir après ingestion de 10 à 20 grammes. C'est un toxique fréquemment utilisé depuis quelques années dans les suicides et tentatives de suicide. On peut, à l'autopsie, retrouver le véronal dans les urines et le caractériser dans les organes longtemps après la mort, alors que la putréfaction est déjà assez avancée.

Empoisonnement aigu mortel par les vapeurs de benzine. (BINDER. *Monats. f. Onfall.*, 1921, n° 9.) — Binder rapporte l'observation d'un ouvrier qui respira pendant un quart d'heure des vapeurs de benzine que l'on chauffait dans un récipient non couvert. Il perdit connaissance et mourut avec des symptômes d'asphyxie, malgré la respiration artificielle et les inhalations d'oxygène. A l'autopsie, lésions de congestion et d'œdème du cerveau, du poumon et des différents viscères.

Cf. — Purpura hémorragique mortel dû à une intoxication par les vapeurs de benzine. (FLANDIN et ROBERTI. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, janv. 1922.)

A propos de deux cas d'intoxication chronique par le benzol. (ŒTTINGER. *Soc. de méd. légale*, 13 mars 1922.)

Sur la toxicité du benzène et des benzols. (BORDAS. *Soc. de méd. légale*, juin 1922.)

Intoxication par le tétrachlorure de carbone employé comme parasiticide. (GOUBEAU. *Carnet méd. franç.*, 1922, note 540.) — Frotter et tamponner les cheveux avec de petits tampons de coton imprégnés de tétrachlorure de carbone, mais ne pas étaler les cheveux en cloche autour de la figure car le sujet respirerait alors les vapeurs, d'où accidents quelquefois graves dus à l'action anesthésique du CCl^2.

II. — HYGIÈNE

Influence des agents météorologiques sur la propagation des épidémies. (TRILLAT. *La Médecine*, déc. 1921.) — Trillat a bien montré que les gouttelettes liquides qui constituent les brouillards, condensées autour d'un corps microbien, pouvaient être emportées par le vent et disséminer ainsi les épidémies. Les microbes contenus dans ces poussières humides y conservent leur virulence et peuvent même s'y multiplier.

L'air expiré constitue, pour les mêmes raisons, le véhicule le plus favorable pour les microbes. L'étude de certaines épidémies de grippe confirme les relations qui existent entre la morbidité et les conditions de température ou d'humidité.

Le mode de contagion par voie pulmonaire à l'aide des gouttelettes qui divisent les amas microbiens est des plus fréquents; il s'accompagne également de l'ensemencement, par les microbes, de muqueuses buccales, rhino-pharyngées et conjonctivales.

Rats (destruction des).

Destruction des rats au moyen du vernis. (HOWARTH. *Ann. de méd. et de pharm. coloniales*, 1921, n° 3.) — L'auteur utilise du vernis lithographique épais chauffé suffisamment pour pouvoir être étendu en couche assez épaisse sur des feuilles de carton. On laisse sur ces feuilles une marge sans vernis et l'on place l'appât au centre de la feuille; il y adhère facilement grâce au vernis. On dépose ces feuilles au voisinage des trous de rats qui, attirés par l'appât, montent sur le carton. Leurs pattes adhèrent au vernis et s'y fixent d'autant plus fort que l'animal s'agite plus violemment. Tout animal capturé dans la nuit meurt toujours dans la matinée. L'appareil peut servir pendant quatre jours environ.

Dangers que présentent la désinfection et la dératisation par l'acide cyanhydrique gazeux. (F. PEPEU. *L'Igiene moderna*, juillet 1921.) — Si l'aération n'a pas été suffisante ni assez prolongée, le gaz peut s'accumuler dans les objets de literie, les étoffes et se dégager ensuite sous l'influence de la chaleur du corps. L'auteur a observé deux cas de mort dans ces conditions. Il faut donc toujours ventiler largement pendant vingt-quatre heures, battre les matelas à l'air et vérifier par la réaction au gaiac de Schonheim qu'il n'y a plus d'acide cyanhydrique dans l'air.

Cf. — Les procédés actuels de dératisation par les gaz toxiques. (GRÉGOIRE. *Th. de Paris*, juin 1922.)

Une nouvelle maladie.

La tularémie. (F. FRANCIS (de Washington). *Journ. of amer. Assoc.*, 8 avril 1922.) — *Etiologie* : maladie infectieuse spécifique due à *Bacterium tularense* transmis à l'homme par les rongeurs, par l'intermédiaire d'un insecte suceur de sang (mouche chrysops discalis) ou par la manipulation de rongeurs infectés dans les laboratoires. (**Cf.** — Tularémie chez un garçon de laboratoire. O'MALLEY, même journal, même numéro.) *Cliniquement* : quarante-huit heures après la piqûre on note de la fièvre, de la douleur dans le territoire des ganglions tributaires de la région piquée. Adénopathie marquée avec gros gonflement et douleur violente. Suppuration. Incision. *Durée* : trois à six semaines avec fièvre à allure septicémique. Convalescence lente. *Diagnostic* : difficile, on n'y pense pas. Séro-diagnostic et déviation du complément.

III. — THÉRAPEUTIQUE

A. — LES MÉDICAMENTS ET LES MÉDICATIONS

Médication antichoc.

Médication antichoc par le sérum glucosé concentré. (DUHOT. *Presse méd.*, 1922, n° 6.) — On a proposé de nombreux procédés pour éviter le choc novarsenical (injections de carbonate de soude, brassard compresseur, adrénaline, hypophyse, vaccination préventive, etc.). Duhot propose de dissoudre l'arsenobenzène dans une solution de glycose à 50 p. 100 que l'on obtient facilement par ébullition, dans un mortier, d'eau distillée et glycose à parties égales.

Technique des injections : verser d'abord 2 centimètres cubes d'eau distillée dans une seringue de 20 centimètres cubes; dissoudre le médicament dans cette quantité d'eau; remplir ensuite la seringue avec la solution glycosée à 50 p. 100.

Résultats : l'auteur a pu, avec cette solution, traiter sans incidents des malades complètement intolérants aux injections d'arsenobenzols.

Barèges (eaux de).

Indications et contre-indications des eaux de Barèges. (REBIERRE, méd. maj. 1re cl. Charles Lavauzelle, éd., Paris 1922.) — Mise au point sérieuse des indications et des contre-indications des eaux de Barèges anciennement appelées *eaux d'arquebusades*. Depuis la grande guerre, ces eaux ont confirmé leur réputation.

Indications principales : séquelles de traumatismes pas trop récents, de préférence entre six et dix-huit mois de date, séquelles articulaires, arthrites chroniques, ankyloses, séquelles osseuses, cals, pseudarthroses, ostéites et fistules, séquelles des parties molles, dermatoses sèches et squameuses.

Contre-indications principales : traumatismes du système nerveux avec excitation ou spasmodicité, affections cardiaques, rénales, artérioscléroses, phlébites.

Chlorure de calcium.

De nombreux travaux ont été publiés sur l'action thérapeutique de ce sel :

Contre la diarrhée des tuberculeux, en injections intraveineuses; contre les *vomissements*; comme tonique dans la *tuberculose pulmonaire*; L. BLUM a montré l'heureuse action du chlorure de calcium dans les *hydropisies*, dans la *cirrhose du foie*; son action diurétique dans les *néphrites*. CHEINISSE a consacré, dans la *Presse médicale*, un Mouvement thérapeutique à l'action du chlorure de calcium dans les *affections cardiaques*.

Cf. — Mode d'emploi du chlorure de calcium dans la diarrhée et les vomissements des tuberculeux. (RIST, AMEUILLE et RAVINA. *Soc. méd. des hôpit.*, 1er juillet 1921.)

Les injections intraveineuses de chlorure de calcium dans les vomissements des tuberculeux. (MERKLEN et DUBOIS-ROQUEBERT. *Soc. méd. des hôpit.*, 24 fév. 1922.)

Injections intraveineuses de chlorure de calcium dans la tuberculose pulmonaire. (*Zeit. f. Tub.*, nov. 1921.)

Les sels de potassium et de calcium dans le traitement des hydropisies. (L. BLUM. *Acad. des sc.*, 24 oct. 1921.)

Action diurétique des sels de calcium dans les œdèmes généralisés. (L. BLUM, AUBEL et HANSKNECHT. *Soc. méd. des hôpit.*, 11 oct. 1921.)

L'action diurétique des sels de calcium dans l'ascite de la cirrhose du foie. (L. BLUM et Olaf BANG. *Soc. méd des hôpit.*, 11 oct. 1921.)

L'action diurétique du chlorure de calcium dans les néphrites avec œdème. (L. BLUM. *Soc. méd. des hôpit.*, 20 janv. 1922.)

Le chlorure de calcium, médicament cardiaque. (CHEINISSE. *Presse méd.*, 1922, n° 8.)

Les sels de calcium dans l'asystolie. (DANIELOPOLU. *Presse méd.*, 1922, n° 38.)

Citrate de soude.

J. LÉPINE (*Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 13 juin 1922) administre le citrate de soude à la dose de 2 à 6 grammes par jour dans les états congestifs, chez les arthritiques et uricémiques et dans les troubles congestifs de la ménopause. Le médicament peut être administré longtemps sans inconvénient et améliore nettement la circulation.

Teinture d'iode.

Le supplément du Codex (22 fév. 1922) donne la formule de la nouvelle teinture d'iode iodurée officinale :

Iode	10 grammes
Iodure de potassium	4 —
Alcool à 90 degrés	136 —

Faire dissoudre et conserver dans un flacon *blanc* bouché à l'émeri. Renferme 1/15 de son poids d'iode.

Ouabaïne.

Action tonicardiaque des comprimés d'ouabaïne. (Docteur Ed. BELLON, *Th. de Paris*, 1922, Maloine, édit.) — L'asystolie est un syndrome complexe : à la perte de la tonicité et de la contractilité s'ajoutent souvent des troubles d'excitabilité et de conductibilité cardiaque. Il faut tenir compte de tous ces éléments dans le choix d'un médicament, d'autant plus que les toni-cardiaques ont des effets différents sur les diverses propriétés du myocarde.

La digitale produit surtout un ralentissement du cœur et diminue la conduction du faisceau primitif. Elle ne devra jamais être prescrite lorsqu'il existe des troubles de conduction.

Les strophantus agissent plus particulièrement sur la tonicité et la contractilité du cœur.

Parmi ces strophantus, l'auteur a repris l'étude de l'ouabaïne d'Arnaud en ingestion, donnée sous forme de comprimés dosés au 1/10 de milligramme.

La dose utile est de 6 comprimés chez l'adulte, prescrits par deux, en trois fois dans les vingt-quatre heures; elle est répétée pendant quatre à cinq jours. Cette dose utile est loin de la dose toxique.

Les comprimés d'oubaïne n'ont d'action que dans les petits accidents d'insuffisance cardiaque droite ou gauche. Ils trouvent leurs indications :

1° Dans l'insuffisance ventriculaire gauche des lésions valvulaires aortiques, des aortites, des hypertendus; dans les petits accidents cardio-rénaux.

2° Dans l'insuffisance ventriculaire droite primitive des scléroses pulmonaires, de l'asthme, de l'emphysème.

3° Dans l'insuffisance ventriculaire droite consécutive aux lésions mitrales, lorsque la digitale présente cette action dissociée sur laquelle a insisté Merklen, ou lorsqu'il existe des troubles de conductibilité.

4° Dans les états infectieux, en particulier dans la myocardite de la diphtérie ou de la fièvre typhoïde, lorsqu'il existe des troubles de conduction.

5° Dans l'intervalle des crises asystoliques, en dehors des grands accidents d'insuffisance droite ou gauche, comme médication d'entretien devant être continuée pendant longtemps et régulièrement.

6° Dans certains cas particuliers où la digitale a perdu son efficacité, pour réactiver son action.

La médication par les comprimés d'ouabaïne est insuffisante :

Dans les grandes insuffisances droites ou gauches. Il faut agir vite et puissamment : ici l'ouabaïne intraveineuse est indiquée.

La médication par les comprimés d'ouabaïne, aussi bien que par les injections intraveineuses est inefficace :

1° Chez les cardio-rénaux à rein imperméable, lorsque l'élément rénal est prédominant.

2° Dans les insuffisances cardiaques dépendant de lésions valvulaires, sur lesquelles vient se greffer une endocardite infectieuse.

Ouabaïne Arnaud. Propriétés pharmaco-dynamiques et thérapeutiques. (Docteur Constantin DIMITRACOFF. *Th. de Paris*, 1922. Maloine éd., Paris). — Etude très complète de ce médicament qui est de plus en plus à l'ordre du jour. En voici les indications :

A. *L'ouabaïne dans l'insuffisance du cœur gauche.* — 1° Dans l'insuffisance aiguë du ventricule gauche, avec distension aiguë du cœur, se manifestant par l'accès d'angine de poitrine de decubitus ou l'accès d'œdème pulmonaire. La voie intraveineuse est seule à employer.

2° Dans l'insuffisance progressive du cœur gauche, avec ou sans accès d'hypertension. La voie buccale et les injections intra-veineuses peuvent être indifféremment employées.

3° Dans l'insuffisance ventriculaire gauche au début; des hypertendus, des aortites, des lésions valvulaires aortiques, la voie buccale suffit.

B. *L'ouabaïne dans l'insuffisance ventriculaire droite.* — 1° Dans la dilatation aiguë des cavités droites, à la suite de fatigues prolongées, chez les mitraux surmenés ou chez les femmes au cours de la grossesse ou après l'accouchement. On emploiera, suivant l'urgence, la voie intraveineuse ou la voie buccale.

2° Chez les mitraux, lors du traitement d'entretien de la période troublée et surtout quand la digitale s'est montrée inefficace à la suite de son emploi prolongé, une cure de réactivation à l'ouabaïne rend toute l'activité à la digitale. Dans ces cas, la voie buccale seule peut suffire, ainsi que dans les indications qui vont suivre.

3° Dans le syndrome douloureux auriculaire gauche.

4° Dans l'insuffisance cardiaque des gibbeux.

5° Dans l'insuffisance cardiaque droite fonctionnelle, par lésions pulmonaires : sclérose pulmonaire, emphysème et bronchite chronique, congestion pulmonaire des vieillards, tuberculose fibreuse.

6° Dans l'asthénie du myocarde due aux maladies infectieuses comme la pneumonie, le typhus, le rhumatisme articulaire aigu, la diphtérie et la fièvre typhoïde. Dans ces deux derniers cas, les troubles de la conductibilité sont justiciables du traitement par l'ouabaïne, de préférence à la digitale qui peut les aggraver.

C. *L'ouabaïne dans les arythmies.* — 1° L'ouabaïne agit favorablement dans les cas d'extrasystoles symptomatiques (hypertension artérielle, distension des cavités cardiaques, etc.). Il serait intéressant de voir s'il n'en est pas de même dans les extrasystoles de toute autre cause.

2° Dans les tachycardies paroxystiques, l'ouabaïne reconnaît deux indications : la première qui est d'arrêter la crise, ce qu'elle fait très souvent, la seconde, quand la crise se prolonge, de combattre les effets de la distension cardiaque.

3° Dans les bradycardies par lésion du faisceau primitif et à la phase d'insuffisance cardiaque, l'ouabaïne est de beaucoup préférable à la digitale, car elle est incapable contrairement à celle-ci d'exagérer le trouble de conductibilité.

4° Dans l'arythmie complète, l'ouabaïne peut être associée utilement à la quinidine (voir p. 141).

5° L'ouabaïne est le médicament de choix de l'alternance du cœur, puisque cette alternance est la plus haute expression de l'insuffisance du myocarde.

D. *L'ouabaïne dans les néphrites.* — L'ouabaïne, dans les néphrites à gros œdèmes et albuminurie abondante (syndrome hydropigène de Widal), peut aider à la résorption des œdèmes, sans aggraver la lésion rénale. Elle combat la rétention chlorurée.

Les hydropisies d'origines très différentes sont aussi favorablement influencées.

Les contre-indications. — L'ouabaïne est contre-indiquée dans les cas suivants :

1° Dans les cachexies cardiaques avancées avec infiltration séreuse généralisée.

2° Dans les lésions organiques graves du rein.

2° Dans les cas d'endocardite infectieuse secondaire, greffée sur une cardiopathie valvulaire ancienne.

Thorium et néodyme.

Traitement des métrites par les sels de terres rares (thorium et néodyme). (R. MUFFAT. *Th. de Paris*, 1922. Vigot éd., Paris.) — Le traitement des métrites chroniques et des ulcérations du col par les ovules et crayons à base de sels de terres rares (thorium et néodyme) amène une sédation presque immédiate des phénomènes congestifs et douloureux.

Cet effet paraît dû au pouvoir astringent et lymphagogue des terres rares et au pouvoir décongestionnant de l'excipient glycérine.

Ce traitement a une action très rapide sur la suppuration et les phénomènes fluxionnaires, il amène une cicatrisation précoce des ulcérations. Il n'est ni caustique, ni toxique.

Vibro-inhalation.

Une nouvelle méthode de traitement des maladies respiratoires : la vibroinhalation. (René GUILLEMIN. Doin éd., Paris, 1922.) — La vibroinhalation est une méthode de traitement des voies respiratoires étudiée et pratiquée par le docteur Hugo Bayer (de Prague). Elle repose sur le principe suivant : un appareil d'inhalation mû par un moteur électrique, envoie, dans la bouche du malade de l'air sous pression chargé d'ondes vibratoires sinusoïdales. Le patient inspire cet air, chargé ou non de vapeurs médicamenteuses, en tenant un embout de verre dans sa bouche fermée; il fait ensuite une expiration active et profonde en ouvrant la bouche, c'est-à-dire en expirant en dehors de l'embout. L'air ainsi inspiré pénétrant dans les bronches et bronchioles y propage le mouvement vibratoire. Il s'agit donc d'un véritable massage vibratoire endobronchique.

Les recherches de l'auteur montrent que la vibroinhalation peut rendre de grands services aux malades atteints de tuberculose pulmonaire chronique et surtout aux malades atteints d'asthme, de bronchiectasies et de bronchite chronique.

B. — LES TRAITEMENTS

Épilepsie.

La valeur de la phényléthyl malonylurée dans le traitement de l'épilepsie. (CHEININE. *Presse méd.* 1922, n° 4.) — Tout en se défendant d'un enthousiasme excessif, on peut, à l'heure actuelle, donner à la phényléthyl malonylurée ou gardénal, une place importante dans la thérapeutique de l'épilepsie. Il faut savoir, cependant, que le gardénal n'est pas toujours le médicament le plus efficace et que certains malades chez lesquels, il n'a aucune action, se trouvent améliorés par le bromure.

D'autre part, le gardénal n'est pas un médicament curatif, mais suspensif des crises épileptiques : l'interruption brusque de la cure peut même amener des accidents graves (crises subintrantes, état de mal). On a reproché également au gardénal de n'agir qu'au prix de troubles psychiques et de diminuer l'activité intellectuelle et physique. Pour remédier à ces divers inconvénients, Ducosté a proposé d'associer au gardénal la belladone et la caféine. On peut tirer de bons résultats de cette synergie médicamenteuse à condition, cependant, de baisser très rapidement les doses de début.

Erysipèle.

Traitement de l'érysipèle par le tétrachlorure de carbone iodé. (GOUBEAU et KIEFFER. *Soc. de méd. de Paris*, 22 déc. 1921.) — Badigeonnage, matin et soir, de la plaque et surtout du bourrelet périphérique avec le mélange suivant :

Iode métalloïdique..............	3 grammes
Tétrachlorure de carbone *pur*.....	100 cent. cubes

Peut être appliqué plusieurs jours de suite sans inconvénients : si le produit est bien pur, il n'est ni irritant ni inflammable ; mais, il faut éviter de respirer ses vapeurs qui sont anesthésiques.

Helminthiase.

La thérapeutique des helminthiases d'après les travaux récents. (Ch. JOYEUX. *Bull. méd.*, 1921, n° 48.) — *Parasites intestinaux.* — Le lavement d'*eau sucrée* (quatre morceaux de sucre pour 250 grammes d'eau), le *carbonate de bismuth* à hautes doses, agissent bien contre les *oxyures*.

Le *thymol* (en cachets et mieux, en lavements), agit particulièrement contre les *trichocéphales*.

La *santonine*, devenue très rare du fait de son origine (turkestan russe) peut être remplacée par l'*huile essentielle de Chénopode*, particulièrement active contre l'*ankylostome* ; se donne en capsules de XV gouttes chacune (3 par jour chez l'adulte ; 2 chez l'adolescent; 1 chez l'enfant âgé de plus de six ans), à une heure d'intervalle, suivies d'un purgatif huileux.

Helminthes non digestifs. — Plus difficiles à atteindre. Contre la *bilharziose* : injections intraveineuses de solution d'*émétique* à 1 centigramme par centimètre cube. Débuter par 25 milligrammes et aller jusqu'à 10 centigrammes par injection. Médicament assez dangereux. Surveiller le malade de près. Même action contre la *distomatose* et la *filaire de médine.*

Hémoptysies.

Traitement des hémoptysies par l'injection d'extrait de lobe postérieur de l'hypophyse. (PISSAVY. *Paris méd.*, 7 janv. 1922.) — Une seule injection intraveineuse suffit quelquefois à arrêter l'hémorragie mais, le plus souvent cette première injection ne fait que modérer ou arrêter, pour quelques heures, le crachement de sang. Il est nécessaire de faire une deuxième et même une troisième injection à vingt-quatre heures d'intervalle.

Technique : Mélanger un demi-centimètre cube d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse à 10 centimètres cubes de sérum physiologique ; injecter très lentement (cinq minutes au moins) dans une veine du pli du coude. Jamais d'incidents. L'injection sous-cutanée ou intramusculaire n'est pas recommandable.

Insomnie.

Traitement de l'insomnie par le diéthyldipropényl barbiturate de diéthylamine (somnifène). (KINDLER. *Th. de Montpellier*, 1921-1922.) — Ce médicament, excessivement maniable, agit sur toutes les insomnies, en général, et plus particulièrement sur les insomnies anxieuses et psychonévrotiques. Son action se fait sur le système nerveux central sans intoxiquer le foie, les poumons, le cœur ou les reins. Il est bien toléré par les cardiaques.

Son action est particulièrement marquée chez les excités, les agités, les convulsifs.

S'emploie à la dose de XX, XXX et même L gouttes, le soir avant de se coucher et même en injections intramusculaires ou intraveineuses chez les grands agités.

Pneumonie.

La valeur de l'éthyl-hydrocupréine dans le traitement de la pneumonie. (CHEINISSE. *Presse méd.*, 1922, n° 48.) — Depuis Morgenroth et ses expériences sur les souris atteintes de septicémie pneumococcique, on expérimente, en Allemagne, ce dérivé de la quinine dans le traitement de la pneumonie. Ces essais n'ont pas donné les résultats qu'on en espérait et dans certains cas, on a observé des accidents avec ce médicament.

En Russie, Egorov de Karkoff a également expérimenté l'éthylhydrocupréine et son action, dit-il, est nulle, non seulement sur l'évolution de la maladie, mais aussi sur l'apparition de complications telles que nouveaux foyers de pneumonie ou apparition de pleurésie purulente.

Posologie : 0,20 à 0,25 toutes les deux heures *per os* jusqu'à concurrence de 1g50 à 2 grammes.

La chimiothérapie de la pneumonie ne paraît pas actuellement appelée à des succès et l'avenir semble être à la sérothérapie.

Cf. — Sérothérapie de la pneumonie. (CHEININE. *Presse méd.*, 1922, n° 6.)

Rhumatisme chronique.

Traitement des arthrites déformantes chroniques par le soufre. (R. MEYER-BISCH [de Gœttingue]. *Klin. Woch.*, 18 mars 1922.) — Deux solutions huileuses : solution faible, à 0,10 p. 100; solution forte, à 1 p. 100. On tâte la susceptibilité du malade par une injection de 5 centimètres cubes de la *solution faible* dans la région fessière. Il peut se produire des phénomènes réactionnels plus ou moins graves, selon les sujets. Si la température ne dépasse pas 38 degrés on fait,



CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Exposition coloniale de Marseille. — *Train spécial à prix réduits 2e et 3e classes.* — En vue de faciliter l'accès à l'Exposition, la Compagnie P.-L.-M. mettra en circulation, au départ de Paris, le 19 juillet courant, un deuxième train spécial à marche rapide et à prix réduits. Ce train, qui circulera par le Bourbonnais et comportera des voitures de 2e et 3e classes, partira de Paris P.-L.-M., à 13 h. pour arriver à Marseille le lendemain à 6 h. 50.

Les billets donnant droit au train spécial auront une validité de quinze jours et comporteront une réduction de 50 p. 100 sur les prix du tarif général, de telle sorte que les voyageurs paieront pour l'aller et le retour 122 fr. 40 en 2e classe et 77 fr. 80 en 3e classe. Pour le retour au point de départ, les voyageurs pourront emprunter les trains du service ordinaire.

Délivrance des billets jusqu'au 18 juillet, à midi, à l'Agence P.-L.-M. de renseignements, 88, rue Saint-Lazare, dans les bureaux de ville de la Compagnie et à la gare de Paris P.-L.-M.

huit jours après, une nouvelle injection de 2 à 5 centimètres cubes de *solution forte*. Une semaine après et la semaine suivante, injection de 5 centimètres cubes de solution faible.

Dans les cas moyens, ces quatre injections sont suffisantes. Dans les cas graves ou à localisations multiples, faire une cinquième injection de solution forte et une sixième, septième et huitième injection de solution faible. Interrompre trois mois et reprendre ensuite.

Cf. — La rhinite spasmodique apériodique et son traitement par l'autosérothérapie désensibilisatrice. (Georges Dhers. *Th. de Paris*, 1922. Jouve et Cie éd.)

Rhume des foins.

Balzer et Barcat (*Acad. de méd.*, 6 juin 1922) traitent cette affection par des irradiations à petites doses (curie et rœntgenthérapie), des régions nasales et oculaires, voire laryngo-bronchiques. Cette méthode neurosédative, analogue à celle qui est employée pour le prurit et les névralgies, donne des résultats favorables.

Fièvre typhoïde.

La pratique de la sérothérapie de la fièvre typhoïde par le sérum de Rodet. (Etienne. *Soc. de méd. de Nancy*, 10 mai 1922.) — Dans 50 cas graves, la sérothérapie a fait avorter la maladie. La période d'état avec température élevée en plateau a été de courte durée et presque aussitôt la défervescence s'est faite, soit en lysis, soit par stade amphibole. L'époque de choix pour cette sérothérapie est le huitième ou dixième jour de la maladie : pratiquée à cette période, elle détermine l'abortivation dans 87 p. 100 des cas.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(séance du 3 juillet 1922)

Etude de quelques fonctions digestives chez les pigeons normaux, nourris au riz poli et en inanition. — Mme Danysz-Michel et M. W. Koskowski.

Sur l'énergie nerveuse motrice : électrocardiogrammes. — M. J. Athanasiu.

Action du choc peptonique sur le système nerveux vagosympathique. — MM. L. Garrelon, D. Santenoise et R. Thuillant.

Culture des bactéries en milieu chimiquement défini à base d'acide pyruvique. Dégradation de l'acide pyruvique. — MM. R. Cambier et E. Aubel.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(séance du 4 juillet 1922)

Arthrite suppurée aseptique scapulo-humérale chez un nourrisson de quatre semaines atteint de pseudo-paralysie de Parrot. Guérison. — M. G. L. Hallez présente une enfant du service de M. Marfan, âgée de quatre semaines, qui présentait une pseudo-paralysie du membre supérieur gauche avec tuméfaction douloureuse de l'articulation scapulo-humérale. La radiographie montrait un soulèvement périosté externe et une perte de substance au niveau de la région épiphysaire à contours irréguliers. Une ponction exploratrice ramena un pus aseptique. Réaction de Bordet-Wassermann partiellement positive. Traitement par frictions mercurielles *loco dolenti*, et lactate d'hydrargyre au millième à l'intérieur, ultérieurement : injections sous-cutanées de sulfarsenol. Guérison complète et restitution *ad integrum*.

Discussion. — M. Marfan rappelle qu'il a publié un premier cas, en 1906, d'arthrite suppurée des deux genoux, qui a guéri complètement en quinze jours par des frictions mercurielles.

M. Ribadeau-Dumas observe que souvent en ponctionnant les arthrites hérédosyphilitiques, on retire un liquide trouble.

MM. Jean Hallé et Terrien citent des observations de nourrissons non syphilitiques, atteints d'arthrites suppurées chez lesquels la ponction a ramené un pus vert bien lié, absolument aseptique et qui ont guéri par la ponction seule.

L'arthrite suppurée du nourrisson n'a donc pas toujours la gravité qu'on lui attribue habituellement.

Sur les meilleurs modes de placement des enfants du premier âge et privés du sein, à leur sortie de l'hôpital ou des consultations hospitalières, par la Commission d'études sociales de la Société, fournie par MM. Armand-Delille, Guinon, Lereboullet, Méry, Nobécourt, Ribadeau-Dumas, Schreiber, Weill-Hallé. (Rapporteur : M. Guinon.) — Dans un rapport très documenté, M. Guinon expose d'abord ce qui existe : pouponnières, centres d'élevage en placement surveillé. Il n'hésite pas à rejeter la conception de l'élevage en commun (pouponnière), pour lui préférer l'élevage individuel.

Deux ordres d'enfants sont à placer : 1° les enfants sains, normaux ; 2° les débiles (hypotrophiques, rachitiques, etc.) destinés à mourir dans les crèches.

A ces deux catégories d'enfants doivent répondre deux catégories de centre d'élevage.

1° Pour les enfants normaux des centres de placement familial surveillé par une directrice visiteuse, sans médecin, ni dispensaire central.

2° Pour les débiles, des centres d'élevage de placement familial fonctionnant autour d'un dispensaire sous la surveillance d'une directrice ou visiteuse et sous la direction d'un médecin résident (types Mainville-Mandres).

3° On peut concevoir le placement des mères avec leurs enfants dans des asiles d'allaitement ou maisons maternelles (types Nanterre-Tours).

Le rapporteur étudie ensuite en détail le choix du siège de ces centres, du personnel, puis les conditions médico-sociales et d'âge pour l'admission. Il pense que les âges minima e maxima doivent être quatre mois et trois ans.

Il expose ensuite les modes d'allaitement et régimes.

Les résultats fournis par les centres de placement déjà créés sont véritablement très beaux : pour les enfants normaux 3 p. 100 de mortalité, pour les débiles (Mandres) 9 p. 100 seulement.

Le prix moyen, pour les centres sans dispensaire, varie de 120 à 150 francs par mois et par enfant, et pour les centres avec dispensaires de 200 à 250 francs. En principe ces frais sont supportés par les parents de l'enfant ou une organisation de bienfaisance.

Il serait à désirer que l'Assistance utilise les centres existants ou des centres à créer pour y placer des pensionnaires. Elle réaliserait ainsi des économies de séjour à l'hôpital d'enfants chétifs, d'abandons et de vies d'enfants.

Discussion. — MM. Ribadeau-Dumas, Marfan, Jean Hallé, Méry, Aviragnet, Lesné, Weill-Hallé, Terrien, Schreiber, Blechmann. Les points principaux qui ressortent de cette importante discussion sont les suivants :

A l'unanimité, les médecins d'enfants réclament la disparition des crèches hospitalières dans lesquelles la mortalité des nourrissons est formidable.

Il est à désirer que l'Assistance publique envisage le placement des nourrissons privés du sein, à leur sortie de l'hôpital et des consultations hospitalières dans des centres de placement familial.

M. Marfan expose que l'Assistance est en voie de réaliser cette réforme pour les enfants assistés.

Les enfants assistés bien portants continueraient à être placés au loin (Nivernais, Auvergne, Pyrénées), mais pour les débiles, des centres seraient créés en Seine-et-Oise à proximité de Paris pour pouvoir faire retour facilement à la maison-mère.

Les membres de la Société de pédiatrie formulent le vœu que l'Assistance ne s'en tienne pas seulement aux enfants assistés, et qu'elle étende ce placement familial à tous ses nourrissons, dans des centres qui seraient un *prolongement de l'hôpital*. Le prix de revient, élevé en apparence, se solderait par une économie, l'expérience montrant que le placement familial est susceptible de rendre des enfants sains et robustes, au lieu d'enfants chétifs et maladifs.

C'est dans ce sens que la Société vote, à l'unanimité, les conclusions du rapport de M. Guinon.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — NIORT. — Le poste de médecin adjoint au quartier d'aliénés de l'hôpital-hospice de Niort sera vacant le 1er août 1922.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Président de la Commission administrative.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés professeurs :

M. Jeannin, agrégé, à la chaire de clinique obstétricale; M. Richaud, agrégé, à la chaire de pharmacologie.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — La chaire d'anatomie pathologique et la chaire de clinique des maladies mentales et nerveuses de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier sont déclarées vacantes.

FACULTÉS DE PHARMACIE. — NANCY. — M. Hollande est nommé professeur de microbiologie à la chaire de botanique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Ont été nommés :

Chef de clinique ophtalmologique : M. le Dr René Rousseau, en remplacement de M. le Dr Bichon, décédé.

Chef de clinique chirurgicale : M. le Dr Ch. Metzger, en remplacement de M. le Dr Spillmann, démissionnaire.

— Un concours pour la nomination d'un professeur suppléant des chaires de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale aura lieu devant la Faculté de médecine de Paris le 18 décembre 1922.

CONFÉRENCE INTERNATIONALE CONTRE LA TUBERCULOSE. — La troisième conférence internationale contre la tuberculose s'est ouverte la semaine dernière à Bruxelles, au palais des Académies, sous la présidence de M. Berryer, ministre de l'Intérieur, en présence des représentants des souverains belges et du corps diplomatique.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le *Journal officiel* vient de publier la loi mettant annuellement à la disposition du ministre du Travail et du ministre de l'Hygiène, en sus du contingent qui leur est normalement attribué, le nombre de décorations de la Légion d'honneur ci-après :

Deux croix de commandeur; six croix d'officier; quarante croix de chevalier.

Ce nombre sera réparti par parts égales entre les deux ministres.

Ces croix ne pourront, lors des extinctions par décès, promotion ou radiation des titulaires, donner lieu à remplacement.

MARINE. — M. Auregan, médecin en chef de 2e classe, est promu médecin en chef de 1re classe.

M. Faucheraud, médecin principal, est promu médecin en chef de 2e classe.

LES MÉDECINS ET LA TAXE DE SÉJOUR DANS LES STATIONS HYDROMINÉRALES ET CLIMATIQUES. — Le Conseil général de l'Association générale des médecins de France rappelle que l'article 3 de la loi du 24 septembre 1919 prévoit l'exemption de la taxe de séjour dans les stations hydrominérales et climatiques pour « les personnes qui, par leur profession, participent au fonctionnement et au développement de la station ». Il appartient aux médecins désireux de profiter de cette disposition légale de faire, dès leur arrivée, une déclaration auprès du fonctionnaire municipal ou administratif chargé de la perception de la taxe.

ASSOCIATION DES MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — Le nouveau bureau est ainsi composé : président, M. le professeur Bezançon; vice-présidents, MM. les professeurs Sébileau et Meyer (de Nancy); secrétaire général, M. le docteur Mauclaire.

ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE. — Les confrères qui exercent dans le département de la Seine ou de la Seine-et-Oise ont intérêt à faire partie de l'Association médicale mutuelle, fondée en 1886 par le Dr Gallet-Lagoguey, qui alloue à ses membres en cas de maladie une somme de 10 francs par jour, quelle que soit la durée de la maladie. En cas de chronicité, 3.650 francs par an.

Pour renseignements, s'adresser 116, rue de Rambuteau, Paris (Ier).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Bichon (de Nantes) et Mengarduque (de Thouarcé).

CLINIQUE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE. (Hôpital Saint-Louis.) — COURS PRATIQUE ET COMPLET DE DERMATOLOGIE ET DE VÉNÉRÉOLOGIE, sous la direction de M. le professeur Jeanselme avec la collaboration de M. le professeur Sébileau et de MM. Hudelo, Milian, Ravaut, Lortat-Jacob, Louste (médecins de l'hôpital Saint-Louis), Lian, Darré, Tixier, de Jong, Sézary, Pouraine (médecins des hôpitaux); M. Gougerot, professeur agrégé, médecin des hôpitaux; MM. Coutela, ophtalmologiste des hôpitaux; Hautant, Lemaître, otorhino laryngologiste des hôpitaux; Sabouraud, chef du laboratoire municipal de l'hôpital Saint-Louis; Chevallier, Burnier, Marcel Bloc, Schulmann (chefs de clinique et de laboratoire à la Faculté); Pomaret, Giraudeau, chefs des travaux cliniques et physiques; Marcel Sée, Bizard, Noiré, Civatte, Ferrand, chefs de laboratoires à l'hôpital Saint-Louis; Barbé, médecin des asiles; Rubens-Duval, Flurin, Demonchy.

Le cours aura lieu tous les jours (excepté les dimanches et fêtes), l'après-midi à 1 h. 30 et 3 h. à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat au Musée, à l'amphithéâtre de la Faculté, à la polyclinique ou au laboratoire.

Tous les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire et de thérapeutique.

Recherche du tréponème. Examens bactériologiques; réaction de Wassermann, ponction lombaire, biopsies, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins de 9 h. à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographies, sont ouverts de 9 h. à 12 h. et de 2 h. à 4 h. 30.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Un certificat leur sera délivré à la fin du cours.

Le cours de dermatologie commencera le *lundi 2 octobre 1922*.

Le cours de vénéréologie commencera le *13 novembre 1922*.

LABORATOIRE D'HISTOLOGIE. — M. le prof. Prenant fera personnellement un cours élémentaire de technique histologique. Ce cours aura lieu tous les jours, de 14 h. à 18 h., du 1er octobre au 1er novembre.

Il convient à tous ceux qui désirent acquérir la pratique des méthodes de la technique histologique : docteurs français et étrangers, étudiants ayant satisfait à l'examen d'histologie afférent à leur scolarité et notamment ceux qui ont déjà accompli les exercices de technique réduits dirigés par M. le professeur agrégé Mulon. Mais ce cours n'est nullement préparatoire aux examens de fin d'année parce qu'il suppose l'histologie connue, et qu'il consiste uniquement en manipulations que l'examen de fin d'année ne comporte pas. Un autre cours, dirigé par M. le professeur agrégé Branca, sera fait au mois d'octobre, pour les étudiants tenus à la réparation de leurs travaux pratiques, pour raisons d'absence ou d'insuffisance.

On insistera surtout sur les méthodes générales capables de mettre l'élève à même de pratiquer dans de bonnes conditions l'examen histologique d'un organe ou tissu quelconque. Mais, en outre, on passera en revue les principales méthodes spéciales : examen du sang, procédés de coloration des fibres conjonctives et élastiques, méthodes d'imprégnation métallique; techniques du système nerveux; méthodes cytologiques, etc.

Le droit afférent à ce cours est de 100 fr. — Le nombre des places est limité à vingt.

Les intéressés devront se faire inscrire au guichet n° 3, les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 h.

JURISPRUDENCE ET LEGISLATION

PHARMACIE. VENTE D'UNE OFFICINE

VEUVE DU PHARMACIEN

Une officine de pharmacie est hors du commerce par mesure d'ordre public pour toutes les personnes qui ne remplissent pas les conditions d'aptitude fixées par la loi. L'article 25 de la loi du 21 germinal an XI, dispose que nul ne pourra obtenir de patente pour exercer la profession de pharmacien, ouvrir une officine de pharmacie, préparer, vendre et débiter aucun médicament, s'il n'a été reçu suivant les formes voulues jusqu'à ce jour, ou s'il ne l'est dans une des écoles de pharmacie ou par l'un des jurys, suivant celles qui sont établies par ladite loi et après avoir rempli toutes les formalités qui y sont prescrites.

Or, il arrive parfois que les contrats de mariage stipulent que le survivant des époux, notamment la femme, même en cas de renonciation à la communauté — si un régime de communauté est adopté — pourra, si bon lui semble, conserver pour son compte personnel tout établissement industriel ou commercial faisant partie de la communauté ou même propre à l'époux prédécédé qui, au jour du décès du prémourant, serait exploité par les époux ou l'un d'eux, ensemble la clientèle, l'achalandage, les marchandises, matériel et autres accessoires, dépendant dudit établissement, ainsi que le droit au bail, suivant les conditions fixées au contrat.

Cette stipulation est-elle valable, quand s'agissant d'une officine de pharmacie, c'est le mari qui meurt? L'officine, exploitée par lui peut-elle devenir la propriété de la femme, lors du décès de son mari, en vertu de cette stipulation?

Non ; parce que la profession de pharmacien est soumise par la loi à des obligations particulières au point de vue de l'aptitude. La veuve qui ne les remplit pas ne peut, en conséquence, acquérir une officine de pharmacie où s'exerce cette profession. La clause du contrat de mariage, appliquée à un fonds de commerce de cette nature, est nulle, s'il est contrevenu à la loi : la propriété du fonds n'a jamais pu, dès lors, reposer sur la tête de la femme qui, par suite, nécessairement, n'a pu le vendre ; car, on ne peut vendre que ce qui vous appartient.

Le seul droit que la loi accorde à la veuve du pharmacien, c'est de tenir l'officine ouverte, pendant un certain temps, pour lui permettre de trouver un successeur (art. 41 de l'arrêté du 25 thermidor an XI et loi du 9 février 1916) ; mais cette facilité, qui lui est accordée, ne lui donne le droit ni d'acquérir le fonds ni d'exercer la pharmacie.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE.— SERVICES AUTOMOBILES DU VIVARAIS ET DU VELAY. — Le service de Montélimar à Vals-les-Bains aura lieu, chaque jour, jusqu'au 15 septembre.

Pendant la même période, il sera prolongé les dimanches et jeudis jusqu'au Lac d'Issarlès. En ce point il sera en correspondance avec un service mis en marche les mêmes jours au départ du Puy.

Nul doute que ces créations très appréciées du public ne contribuent au succès de ces magnifiques régions encore peu connues des touristes.

ÉTUDE D'HYGIÈNE SOCIALE (1)

NOUVEAUX DOCUMENTS SUR LE TRAFIC DE LA COCAINE

COMMENT REMÉDIER A SON EXTENSION REDOUTABLE

Par MM. COURTOIS-SUFFIT,
Médecin des hôpitaux, Expert près les tribunaux,
et René GIROUX,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Poursuivant notre étude sur le trafic de la cocaïne (2), nous venons dénoncer le nombre toujours grandissant des cocaïnomanes et de leurs pourvoyeurs.

Il y a déjà plusieurs années, nous jetions un premier cri d'alarme et réclamions des pouvoirs publics une législation nouvelle; elle était nécessaire et urgente. L'année dernière, à pareille époque, nous insistions sur l'insuffisance de la loi du 12 juillet 1916, et nos conclusions pessimistes laissaient entrevoir l'extension du trafic si des mesures nouvelles n'étaient pas prises dans le but d'enrayer le commerce d'une drogue dont la mode s'est développée en dehors des grands centres : en province et même à l'étranger.

Ici et là, en effet, le mal sévit et s'étend, rendant le trafic plus aisé, plus important et par conséquent plus dangereux.

Plus que jamais, on peut parler d'un véritable péril toxique; les affaires de cocaïne augmentent chaque jour et en deux ans, plus de 600 condamnations ont été prononcées par les Chambres correctionnelles parisiennes. Nous avons pu, grâce à la bienveillance de M. le garde des Sceaux et de M. le Procureur général, et aussi grâce à l'amabilité de M. Caron, de la direction de la police judiciaire, auquel nous adressons nos vifs remerciements, nous faire une idée exacte du trafic et les chiffres que nous rapportons dans le tableau ci-dessous sont particulièrement éloquents.

Arrestations effectuées à Paris.

Année	1916	53 arrestations
—	1917	42 —
—	1918	67 —
—	1919	59 —
—	1920	151 —
—	1921	212 —

Ce tableau est véritablement édifiant, puisqu'il permet de constater que le nombre des arrestations a *quadruplé*, si l'on compare les années 1921 et 1916.

Les peines prononcées en 1921, se résument de la façon suivante : trois, quatre, cinq ou six mois d'emprisonnement pour les consommateurs de « coco », et un an, dix-huit mois ou deux ans, avec amende de 1.000 à 5.000 francs pour les trafiquants. Ces peines sont, du fait de la loi de juillet 1916, insuffisantes, et nous nous proposons de montrer comment le législateur peut remédier à cette critique malheureusement trop justifiée.

L'intoxication cocaïnique devient donc de plus en plus inquiétante, tant à Paris qu'en province où le vice s'est glissé, atteignant toutes les classes sociales. Le mal est si aigu que la grande presse s'émeut aujourd'hui et demande des mesures spéciales. De même, les magistrats qui ont pu en ces derniers mois juger l'importance du trafic, s'associent à la campagne de Presse pour réclamer une revision de la législation actuelle, revision indispensable si l'on veut frapper d'une manière utile.

Les modifications de la loi de juillet 1916, suggérées par la Presse et les magistrats ne sont d'ailleurs que les conclusions du travail que nous avons publié l'année dernière. Les quelques réformes que nous nous permettions de soumettre au législateur nous paraissaient capable de limiter l'extension du mal. L'interdiction de séjour notamment devait figurer dans les pénalités.

Notre but n'est pas ici de rappeler les nombreuses ruses employées par les trafiquants et leurs victimes. Nous avons longuement insisté sur la facilité du trafic d'un toxique peu volumineux comme la cocaïne pour ne pas rappeler les trucs curieux et ingénieux des trafiquants, individus aux mœurs louches pour la plupart, vivant en marge de la société, repris de justice ou étrangers indésirables qui, directement ou indirectement, reçoivent d'Allemagne la drogue malfaisante. Toutefois, il nous paraît utile d'ajouter à nos premières études que le trafic porte aujourd'hui sur des quantités plus considérables et que les ruses, pour dissimuler la « poudre folle », la « divine coco » augmentent et se renouvellent sans cesse, afin d'égarer la surveillance très active de la brigade mondaine, surveillance difficile, comme en témoignent les affaires judiciaires récentes.

Les vendeurs de « respirette », de « poudrette », de « neige », de « blanc » (noms actuels de la drogue) ont imaginé, ces temps derniers, des ruses de trafic que nous ne voulons pas passer sous silence. Ils vendent la drogue dans des bracelets avec fausse-montre, des médaillons, des boîtes à poudre à double fond. Mieux encore certains trafiquants truquent des gâteaux secs, des mandarines qui sont remplies de « coco », ou offrent dans les bars de Montmartre, des Halles ou du Quartier-Latin, des fleurs artificielles qui présentent, sous leurs pétales, une petite poche renfermant 2 ou 3 grammes de drogue. Comment arriver à dépister ces vendeurs? La tâche est délicate, comme elle l'était pour cet amputé de cuisse ou ces musiciens ambulants dont nous avons raconté, dans une précédente communication, les ruses véritablement amusantes.

D'ailleurs les trafiquants convaincus de la surveillance active de la brigade mondaine, ont modifié leur façon d'agir. Ils sont rarement porteurs du stupéfiant. Ils recherchent simplement la clientèle et sont suivis à une certaine distance par un pauvre diable qui distribue la drogue et reçoit pour son aide 50 ou 60 francs par nuit. Souvent aussi, ils offrent la « coco », se font payer d'avance et indiquent l'endroit où les paquets et les fioles sont cachés : derrière une descente d'eau à telle adresse, sous un pavé, sous la banquette de tel taxi-auto en station, etc., et comme M. Caron nous le faisait justement remarquer, il n'est pas un acheteur qui ait été dupé dans ces conditions.

Nous avons dénoncé les bandes organisés qui parcourent les pays neutres pour aller chercher la « coco » de Merck à Darmstadt ou celle de Boëhrin-

(1) Travail lu à l'Académie de médecine, le 18 juillet 1922.
(2) Courtois-Suffit et R. Giroux. Le trafic de la cocaïne d'après les documents judiciaires récents. Son extension et sa répression insuffisante. Etude d'hygiène sociale (travail lu à l'Académie de médecine le 21 juin 1921), in *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 50, p. 789.

ger à Nieder Ingelheim. Les contrebandiers sont de plus en plus nombreux et aujourd'hui on signale comme trafiquants habituels des employés de grands express européens, des militaires du corps d'occupation en Rhénanie.

La surveillance est plus difficile encore lorsque le trafic se fait par avions ou par la poste, la drogue venant alors du Maroc, de l'Espagne, de la Hollande. Disons enfin que des importations par mer ont été tentées. Les trafiquants surveillaient eux-mêmes le transport du toxique; une embarcation suivait le navire et à un moment convenu des complices jetaient à la mer la caisse qui était aussitôt recueillie et amenée en France. D'après les renseignements qui nous ont été fournis, des consignes sévères ont empêché que cette nouvelle modalité du trafic fût reprise sur une grande échelle.

Nous pourrions multiplier les procédés utilisés par les trafiquants, mais ils sont si nombreux, si variables, que telle ruse employée hier, sera remplacée demain par une autre tout aussi ingénieuse, de telle sorte qu'une description complète en est impossible.

Pour faciliter le trafic et son extension, des *dépôts importants* se font jour en province aussi bien que dans les grands centres. Nous n'en voulons pour exemple typique que cette maison de commission-exportation où, tout récemment, sous le couvert de vente de tissus, un important trafiquant se livrait au commerce en gros de la cocaïne allemande. Au cours de la perquisition qui a été opérée, au bureau commercial, et au domicile particulier du vendeur de « coco », les inspecteurs de police ont saisi *plusieurs kilogrammes* de cocaïne, une volumineuse correspondance et plusieurs photographies d'officiers allemands avec lesquels le trafiquant était en relations d'affaires suivies.

C'est aussi cet entrepôt du quartier du Panthéon où une perquisition permit il y a quelques mois, de découvrir *187 caisses* de stupéfiant destiné à être livré à des trafiquants nombreux et de toute provenance. Grâce à ces dépôts, le vice a gagné avec une rapidité étonnante la province et le trafic y est aujourd'hui aussi florissant qu'à Paris. C'est là une nouvelle cause de son extension. Les petites villes, la pleine campagne sont devenues des lieux de rendez-vous aussi bien que Marseille ou Toulon, que Montpellier ou Amiens, que Nice ou Monte-Carlo, que Cannes ou Biarritz. Tout dernièrement encore d'importantes bandes de trafiquants étaient découverts en Alsace-Lorraine, notamment à Metz où de nombreux intermédiaires venaient acheter la drogue pour ensuite la répandre sur les différents marchés de France, qui sont bien connus des priseurs.

Le commerce est si important qu'il existe à l'heure actuelle des réunions secrètes où les intermédiaires et les intoxiqués discutent le prix de la drogue, lequel varie d'un jour à l'autre suivant les réserves, suivant que la police est arrivée ou non à dépister les cachettes. En tous cas, il faut toujours que les risques courus soient dédommagés par de larges bénéfices. A ce propos nous avons constaté qu'à « la bourse de commerce » de la cocaïne, celle-ci a subi en ces derniers mois une hausse considérable. Alors qu'il y a un an, le kilogramme de drogue valait 600 francs environ et était revendu de 8 à 10.000 francs, aujourd'hui le prix d'achat est en moyenne de 1.300 francs. Comme chaque petit paquet de 1 gramme est ordinairement « maquillé » et cédé au prix de 20 à 30 francs, les trafiquants et intermédiaires ont environ une somme de 20.000 francs à se partager par kilogramme de drogue vendu. Parfois aussi à la suite d'opérations heureuses de la police, le prix du gramme de « coco » est monté à 60 et 80 francs. Comme nous le signalions dans nos précédentes études, les gros bénéfices réalisés ont encouragé le trafic.

Celui-ci s'est étendu également par suite du nombre grandissant des toxicomanes et MM. Briand et Livet ont signalé ces jours derniers, à la Société de médecine légale de France, que des préoccupations professionnelles contribuent aussi à augmenter le nombre des priseurs de « coco ». En effet dans le monde des artistes du cinéma, l'usage de la cocaïne est très répandu et cela avec une apparence de raison; la drogue passe pour rendre l'œil plus brillant et plus photogénique.

L'extension parallèle de la cocaïnomanie à l'étranger et notamment en Angleterre et en Amérique est un facteur des plus favorables au trafic international. Nous savons par une enquête sûre à laquelle nous nous sommes livrés que l'Angleterre et surtout l'Amérique ont à lutter autant que nous-mêmes contre un commerce de cocaïne de plus en plus menaçant. En Amérique par exemple, la drogue est si goûtée que les marchands ont l'audace d'offrir le poison, à la sortie des universités et des lycées, pour tenter la jeunesse. Les premières doses sont données gratuitement, car les pourvoyeurs sont certains de retrouver plus tard l'argent avancé.

La législation étrangère a dû être modifiée et l'étude de cette dernière, sur laquelle nous nous proposons de revenir dans une prochaine communication, nous incite à demander au législateur le vote d'une loi particulièrement sévère et aux magistrats l'application des pénalités dans toute leur rigueur.

***

Bien que persuadés qu'une loi aussi parfaite que possible ne suffit pas pour enrayer un vice désormais aussi profondément enraciné, nous sommes néanmoins convaincus que les modifications à la loi de 1916 que nous proposons sont susceptibles de limiter le trafic et de restreindre le nombre des malheureuses victimes de la « coco ». Ces modifications dont le vote urgent se fait sentir plus que jamais, sont les suivantes :

a. Interdiction de séjour. — Les tribunaux pourront prononcer l'interdiction de séjour pour tout trafiquant quel qu'il soit. L'interdiction devra viser également les individus reconnus coupables d'avoir facilité à autrui l'usage des stupéfiants.

La durée de l'interdiction de séjour sera au minimum de cinq ans, et pour les peines maxima sans limite.

b. Aggravation des pénalités. — La peine de prison ne devra plus être limitée à deux ans et portée à cinq ou dix ans.

Le sursis ne sera jamais accordé.

De même en ce qui concerne les amendes, elles devront être très élevées. Celles inscrites dans l'article 2 de la loi du 12 juillet 1916 (1.000 à 10.000 fr.) ne correspondent pas aux bénéfices énormes qu'un trafiquant de haute envergure peut réaliser dans son commerce clandestin.

c. L'article 4 de la loi de juillet 1916 devra toujours être sévèrement appliqué.

Le magistrat ordonnera la fermeture de plein droit de l'officine pharmaceutique ou de l'établissement clandestin dans lesquels le délit aura été constaté. La fermeture pourra être *définitive*.

D'après nos enquêtes, cette dernière pénalité n'a jusqu'à présent été appliquée qu'exceptionnellement en ce qui concerne le trafic de la cocaïne et dans les très rares cas où elle a été prononcée, nous estimons regrettable la limitation au temps de l'emprisonnement.

Il n'est pas douteux aussi que certains gérants de bars ou de maisons de nuit se prêtent au trafic qui attire chez eux une clientèle fidèle et nombreuse. A ce titre la loi nouvelle doit frapper ces intermédiaires avec la même sévérité que le trafiquant de métier. La fermeture définitive d'un établissement, centre habituel de trafic, ne manquera pas de faire réfléchir les coupables.

d. Pour compléter l'action d'une loi sévère et rigoureusement appliquée, nous avions réclamé une *surveillance toute spéciale aux douanes frontières et aussi en province*. Aujourd'hui, étant donné les modalités du trafic variables d'un jour à l'autre, nous sommes à peu près convaincus de l'impossibilité d'une surveillance efficace. Aussi l'extension de la cocaïnomanie à l'étranger nous autorise à penser qu'il serait peut-être possible de provoquer la création d'une Commission internationale des stupéfiants dont l'importante mission serait de présider au vote d'une *loi internationale* et à son application rigoureuse. Il nous apparaît, en effet, que si dans chaque pays un contrôle sévère de la fabrication des stupéfiants, de leur délivrance et de leur sortie hors les frontières était exigé, les trafiquants verraient bien vite sombrer leur brillante industrie. Cette entente internationale aurait l'heureux avantage d'arrêter un vice dont les conséquences, au point de vue social, sont particulièrement graves.

Nous savons qu'une résolution du Conseil de la Société des Nations en date du 21 février 1921 a institué une Commission consultative de l'opium ; nous souhaitons vivement que de cette consultation sorte le projet de réglementation générale du commerce des stupéfiants que nous réclamons avec d'autant plus de force que deux psychiatres, MM. Briand et Livet, qui assistent chaque jour aux fâcheuses et tristes conséquences de l'abus des stupéfiants : idées délirantes, perversions génitales, déchéances physique et morale totales, ont demandé tout récemment à la Société de médecine légale de France d'émettre le vœu « qu'une entente intervienne entre la France et les autres nations européennes pour protéger la santé publique par une réglementation uniforme de la détention, de la vente et de l'emploi des substances recherchées par les toxicomaniaques ».

Pour lutter contre un fléau international, il faut une loi internationale. Les législations étrangères sont actuellement insuffisantes pour gêner et empêcher le trafic de toxiques dont la vente est pour certains si rémunératrice; elles sont pour la plupart moins sévères que la législation française et cela explique pourquoi les trafiquants français ont organisé des associations qui, régulièrement, vont à l'étranger chercher le poison. Seul, le Grand-Duché de Luxembourg, qui a compris le danger actuel, vient de spécifier, dans un arrêté en date du 27 avril 1922, que les stupéfiants ne peuvent être importés ou exportés que moyennant l'autorisation préalable du directeur de l'Hygiène *avec contrôle au départ et à l'arrivée* afin qu'il soit établi que le destinataire a le droit de recevoir les substances demandées.

En Allemagne, en Angleterre, en Belgique, en Italie, en Espagne et en Suisse la loi est inefficace. Bien qu'elle ait eu principalement en vue d'empêcher la libre circulation des toxiques dans l'intérieur des territoires, les histoires de trafic en France sont là pour montrer que nos trafiquants sont avant tout alimentés par l'étranger. C'est surtout d'Allemagne, puis de pays neutres et maintenant d'Amérique qu'ils reçoivent la « coco ». Hier encore le service des douanes de Saint-Nazaire saisissait par hasard trois malles provenant du Mexique débarquées du paquebot *Espagne* et contenant *45 kilogrammes* de drogue. Si une loi internationale était en vigueur, de pareils faits, hélas ! nombreux et pour la plupart ignorés de la police, seraient dans l'immense majorité des cas, sinon impossibles, du moins plus rares.

A ce sujet, nous croyons que si, dans chaque pays, le commerce des stupéfiants devenait un monopole de l'Etat, la diffusion des toxiques serait facilement évitée.

e. Enfin, pour renforcer les heureux effets d'une législation mieux comprise, il serait souhaitable en ce qui concerne la loi française, que dans toute affaire de trafic de cocaïne, l'officier de la police judiciaire puisse « instrumenter » dans toute l'étendue du territoire national, comme cela existe déjà en matière de fausse monnaie. C'est, en effet, l'unique façon de découvrir grands et petits trafiquants, de retrouver les dépôts de drogue cachés en province. Actuellement, étant donné qu'un inspecteur de police ne peut exercer la surveillance que sur un territoire limité, l'arrestation d'un trafiquant n'empêche pas ses associés, disséminés dans tout le pays, de continuer leur lamentable métier. Il faut, en résumé, une police ayant plein pouvoir pour remonter à la source du trafic et dont la surveillance attentive soit valable pour la France entière.

Il y a lieu aussi, puisque la vente de la « coco » s'opère surtout la nuit, que la réserve de l'*heure légale* soit suspendue en ce qui concerne le trafic des stupéfiants. L'heure légale n'a pas été définie par le Code d'instruction criminelle, mais l'article 1037 du Code de procédure civile souligne que, *pendant la nuit*, toute perquisition est interdite. C'est ainsi que du 1er octobre au 31 mars, la nuit s'étend de six heures du soir à six heures du matin, et du 1er avril au 30 septembre, de neuf heures du soir à quatre heures du matin. Pendant ce laps de temps, l'inspecteur de police peut, bien entendu, pénétrer dans les établissements publics qui sont ouverts, mais ne peut pas perquisitionner chez un trafiquant. D'après la Constitution du 22 brumaire de l'an VIII, la maison de toute personne habitant le territoire français est, en effet, un asile inviolable. Pendant la nuit, nul n'a le droit d'y entrer que dans le cas d'incendie, d'inondation ou de réclamation faite dans l'intérieur de la maison. La réforme que nous proposons est, certes, grave, puisqu'elle porte atteinte au principe de l'inviolabilité du domicile; mais, quand il s'agit de la santé physique et morale de l'individu, nous estimons que cette nouvelle mesure peut être envisagée. Et pour éviter les abus, auxquels une telle décision est susceptible de donner lieu, il faudrait décider que *la perquisition à toute heure du jour et de la nuit* ne

serait permise que chez le trafiquant, l'intermédiaire ou l'intoxiqué dont les agissements sont nettement établis par une enquête sérieuse et par un rapport de police.

Telles sont les modifications que nous réclamons dans la législation, concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, notamment la cocaïne. Elles peuvent paraître trop sévères; elles sont, en tous cas, urgentes pour la plupart, si l'on veut enrayer un danger que nous avons signalé à maintes reprises, et qui devient, sans cesse, de plus en plus redoutable. Nous sommes, en effet, persuadés que la loi de 1916, revisée dans le sens que nous avons indiqué, donnera à la police judiciaire et aux magistrats, les armes nécessaires pour frapper utilement. Puisse le législateur s'en convaincre et agir dans un bref délai!

DE L'INFLUENCE DES TACHES SOLAIRES

SUR LES ACCIDENTS AIGUS DES MALADIES CHRONIQUES (1)

PAR MM.

J. VALLOT, Directeur de l'Observatoire du Mont-Blanc.

G. SARDOU (de Nice). Ancien interne des hôpit. de Paris.

M. FAURE (de La Malou). Ancien interne et chef de laboratoire des hôpit. de Paris.

Les symptômes des maladies chroniques ne sont pas stables et stationnaires : ils varient presque continuellement, apparaissent, disparaissent, s'exaspèrent et s'améliorent, parfois lentement, parfois brusquement. Ces variations peuvent être parallèles à celles de la maladie elle-même et s'expliquer par elles; mais, plus souvent, aucune variation appréciable dans l'évolution des lésions, ne vient justifier d'importantes modifications de leurs symptômes.

Il est très remarquable que ces modifications inexpliquées se produisent *en même temps*, au cours de maladies très différentes et chez des malades isolés, qui n'ont aucune relation entre eux. Ainsi, l'on ne peut les attribuer à la suggestion du milieu, non plus qu'à des variations générales dans l'intensité d'une maladie épidémique ou saisonnière.

En observant ces faits cliniques depuis vingt ans, deux d'entre nous avaient été naturellement amenés à rechercher, en dehors du malade et de la maladie, dans une influence climatique ou météorologique, les causes de ces oscillations symptomatiques. Leur opinion était ici d'accord avec le *consensus omnium*, car la relation de cause à effet, entre les variations des symptômes morbides et celles du temps, est des plus généralement admises et des plus souvent invoquées. Mais, cette influence demeure encore indéterminée : ainsi, les recherches que nous avons entreprises touchant la relation possible des oscillations barométriques et thermométriques avec les accidents morbides, n'ont abouti, jusqu'à présent, qu'à des résultats douteux.

C'est dans ces conditions que l'un de nous, sachant que le passage des taches de soleil au méridien central coïncidait fréquemment avec des perturbations magnétiques et électriques (qui, parfois même, se traduisaient par des troubles des communications téléphoniques et télégraphiques), a émis l'hypothèse que cette cause pouvait avoir aussi des effets pathologiques. Dès lors, durant que l'astronome surveillait le passage des taches solaires, les médecins notaient, chaque jour, l'état des symptômes présentés par les malades en observation.

En considérant l'ensemble des accidents morbides, graves ou légers, voici le résultat probant de ces examens parallèles (1) :

TABLEAU I

Durée de l'observation du 7 janvier au 30 septembre 1921.	267 jours	
Nombre total des malades observés	237	
Périodes avec taches et avec accidents	21	= 84 %
Périodes avec taches et sans accidents	4	= 16. %
Total des périodes avec taches	25	= 100
Périodes sans taches et avec accidents	20	= 33 %
Périodes sans taches et sans accidents	41	= 67 %
Total des périodes sans taches	61	= 100

Nous avons pris en considération, dans le précédent tableau, tous les accidents morbides, graves ou légers. Mais si, négligeant les accidents légers (qui peuvent être dus à des causes plus banales), nous ne considérons que les *accidents graves*, le parallélisme des taches et des accidents devient plus apparent :

TABLEAU II

Périodes avec taches, avec accidents graves / Total des périodes avec taches	13 / 25	52 %
Périodes sans taches, avec accidents graves / Total des périodes sans taches	5 / 61	8 %

En somme, à ne considérer que les accidents les plus importants, leur relation chronologique avec les taches centrales s'exprime par le rapport 52 p. 100, alors que leur relation aves les périodes sans taches s'exprime par le rapport 8 p. 100.

* * *

Les malades en observation étaient atteints de maladies chroniques du cœur, des vaisseaux, du foie, des reins, du système nerveux. Les accidents signalés ont été (en allant des plus légers aux plus graves) : l'excitation, l'insomnie, la lassitude, la courbature, les secousses musculaires, la polyurie, les troubles digestifs, l'accentuation des tremblements et des contractures, les névralgies, les crises de nerfs, l'asthme et la dyspnée, l'élévation de la température, les douleurs fulgurantes, les vertiges, les syncopes, l'hypertension, la tachycardie, l'arythmie, l'angine de poitrine vraie.

La variété des maladies, des malades et des symptômes observés, la durée de l'observation, le

(1) Note lue à l'Académie de médecine le 11 juillet 1922.

(1) Nous avons compté, comme coïncidant avec les taches, les accidents observés le jour (ou les deux jours) du passage au méridien, ainsi que la veille et le lendemain. Toutefois, nous avons remarqué que les accidents survenaient plutôt durant la journée qui précède que dans celle qui suit.

Une période avec taches comprend donc trois journées environ. Dans le but d'obtenir des statistiques comparables, nous avons divisé les intervalles sans taches en périodes de durée équivalente.

Les observateurs ont travaillé isolément et ne se sont communiqué leurs notes qu'à la fin des observations, c'est-à-dire que ceux qui notaient les accidents morbides ignoraient, à ce moment, le passage des taches, et réciproquement.

nombre des taches (25) et la répétition des accidents (21 fois sur 25), nous autorisent à conclure ainsi :

Le passage des taches solaires au méridien central coïncide habituellement (84 p. 100) avec une recrudescence de symptômes des maladies chroniques, et même avec l'apparition d'accidents graves ou exceptionnels au cours de ces maladies.

La même recrudescence, ou une apparition d'accidents analogues, peuvent se produire en dehors du passage des taches, mais alors la coïncidence est plus rare (33 p. 100) et les accidents moins graves.

Si donc, le passage des taches solaires n'est pas la seule cause de la recrudescence inexpliquée d'états pathologiques, il paraît être, du moins, la principale.

ACTUALITÉS

L'ACTION DIURÉTIQUE DES SELS DE CALCIUM

L'emploi du chlorure de calcium comme diurétique est mentionné depuis assez longtemps au chapitre du traitement des néphrites ; mais on n'en faisait guère qu'un usage restreint, donnant de petites doses et, il faut le dire, sans grande conviction.

M. Blum [de Strasbourg] (1) a repris l'étude de ce médicament comme diurétique ; il a pratiqué, avec ses collaborateurs, une série de recherches bien conduites et il est arrivé à des idées théoriques, ainsi qu'à des résultats pratiques qui méritent de retenir l'attention.

Voici la théorie : notons d'abord que les sels de calcium ont une action diurétique chez les malades présentant des œdèmes.

Or, d'après les expériences de Blum, dans les phénomènes d'hydratation d'où résultent les œdèmes, l'élément dominant n'est pas le chlore, mais le sodium, l'action du chlore dans l'hydratation étant subordonnée à celle des minéraux auxquels il est combiné ; en d'autres termes, les phénomènes d'hydratation sont conditionnés par le sodium, c'est-à-dire que toute rétention d'eau est suivie d'une rétention de sodium et que toute déshydratation est accompagnée d'une élimination de sodium en excès sur son ingestion. Donc, pour faire uriner un malade atteint d'œdème, il faut déplacer le sodium, le faire éliminer autant que possible par les urines, le déplacement du sodium entraînant de l'eau, faisant une déshydratation. C'est ici qu'intervient le rôle du calcium pour déplacer le sodium d'après cette théorie, établie par Blum pour le potassium (2), puis pour le calcium : le calcium introduit dans l'organisme provoque dans les humeurs une augmentation du taux du calcium, une diminution du taux du sodium ; il en résulte une élimination du sodium par les urines, lorsque la circulation rénale est assurée et que la perméabilité rénale est suffisante. En administrant à un malade des sels de calcium, on provoque un départ de sodium par les urines ; si, inversement, on donne du chlorure de sodium à un malade ayant pris auparavant des sels de calcium, on fait éliminer, par les urines, le calcium. Il y a donc antagonisme très marqué entre calcium et sodium ; l'ingestion de l'un retentit sur l'élimination de l'autre.

Voyons maintenant quelques faits cliniques : une malade atteinte d'œdèmes généralisés, d'origine inconnue, avait été soumise au traitement habituel des hydropisies (régime déchloruré, théobromine, scille, digitale). L'absorption de chlorure de sodium déterminait une rétention chlorurée avec augmentation de poids. Traitée par les sels de calcium, cette malade se déshydrata rapidement en perdant 11 kilogrammes. Un homme atteint de néphrite hydropigène grave, auquel on avait fait une double décapsulation, auquel on avait donné sans succès la théobromine et la théophylline, perdit du poids sous l'influence des sels de calcium, en même temps que les urines augmentaient de quantité et que l'albuminurie diminuait. Chez une femme atteinte de glomérulo-néphrite hémorragique aiguë, on obtint en sept jours une déshydratation importante avec une chute de poids de 13 kilogrammes ; la chute de poids s'arrêta aussitôt que fut cessée l'administration du calcium ; la reprise de la médication provoqua une nouvelle diminution du poids et une augmentation du volume des urines.

Dans plusieurs cas de cirrhose du foie avec ascite, le chlorure de calcium a exercé une influence favorable, faisant diminuer la quantité d'ascite ; mais, après une période d'amélioration qui se produit assez rapidement, il y a arrêt ou ralentissement du progrès ; l'état de l'estomac ne permettant pas d'augmenter les doses de chlorure de calcium au delà d'une certaine limite, il faut cesser, après cinq ou six jours, de donner du chlorure de calcium et on pourra en reprendre l'ingestion après un intervalle de huit à dix jours.

Comment prescrire le chlorure de calcium ? Puisqu'il s'agit d'introduire dans l'organisme du calcium pour déplacer le sodium qui hydrate le malade, la première condition de succès consiste à restreindre autant que possible l'ingestion de sodium ; par conséquent, on instituera un régime pauvre en sodium ; on supprimera de l'alimentation le chlorure de sodium, pas de sel, donc régime déchloruré. Il conviendra de réduire la quantité de lait à moins de 500 grammes en vingt-quatre heures. On donnera des œufs (quatre à six par jour), du bouillon de légumes non salé, des fruits, des sucres, des graisses, de la viande, du pain sans sel.

Comme chlorure de calcium, on ne choisira ni le sel cristallisé, ni le sel anhydre du Codex. Il faut prescrire le chlorure de calcium sec, granulé ($CaCl^2 + 2 H^2O$) qui se forme lorsque le sel cristallisé est exposé au vide. M. Blum commence par une dose quotidienne de 15 grammes et augmente parfois cette dose jusqu'à 30 grammes. Il formule :

Chlorure de calcium sec granulé........	45 gr.
Eau..	150 gr.

Dix cuillerées à café qui correspondent à 15 gr. de sel, seront prises dans les vingt-quatre heures, diluées dans de l'eau, avec un peu de jus d'orange ou quelques gorgées de sirop. Quelques troubles digestifs peuvent survenir : vomissements, diarrhée

(1) BLUM. *Acad. des sc.*, 24 oct. 1921.
BLUM, AUBEL et HAUSKNECHT. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1921, p. 1561.
BLUM et BANG. *Soc. méd. des hôpit de Paris*, 1921, p. 1569.
BLUM, AUBEL et HAUSKNECHT. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1922, p. 206.
BLUM et SCHWAB. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1922, p. 214.
BLUM. *Presse méd.*, 15 mars 1922, n° 21.
(2) BLUM, AUBEL, LÉVY et HAUSKNECHT. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1921, p. 955, 1244 et 1504.

ou constipation. Si le chlorure de calcium, ainsi prescrit, provoque de l'intolérance gastrique, on utilisera cette autre formule :

Chlorure de calcium sec granulé.....	} *àâ*	30 gr.
Amidon soluble....................	}	
Eau................................		20 gr.
Sirop de citron ....q. s. p.		100 gr.

Dix cuillerées à café contiennent 15 grammes de sel.

Le chlorure de calcium doit être donné pendant deux à six jours, en augmentant ou en diminuant les doses quotidiennes, selon les résultats.

Ces recherches de M. Blum sont vraiment intéressantes ; l'étude du chlorure de calcium comme diurétique doit donc être poursuivie. Ce médicament paraît, d'ailleurs, avoir des propriétés multiples, puisqu'il a été préconisé dans la diarrhée et les vomissements des tuberculeux, comme cardiotonique dans l'asystolie (1). Mais il faut encore faire quelques réserves et conseiller de suivre attentivement les malades soumis à cette médication ; ainsi M. Blum a noté que, dans les hydropisies d'origine cardiaque, le chlorure de calcium ne produit généralement aucun effet diurétique ; et dans ces cas où la diurèse se fait mal, l'ingestion de fortes doses de chlorure de calcium expose le malade à une modification de la composition minérale du sang et des humeurs, d'où des troubles généraux très graves qui se traduisent surtout par une asthénie intense. Dans les cas réfractaires, il faudra donc ne pas prolonger au delà de cinq à six jours l'administration de $CaCl^2$.

M. BRELET,
Professeur à l'Ecole de médecine de Nantes.

FAITS CLINIQUES

PLAIE PÉNÉTRANTE DU DEUXIÈME ESPACE INTERCOSTAL GAUCHE
HÉMOTHORAX A DROITE CONSTATÉ LE SIXIÈME JOUR

Par le Dr LOP (de Marseille).

Cette observation est des plus curieuses, banale en elle-même, elle est déconcertante par la complication, qui s'est manifestée à droite. Je dois à la vérité déclarer, ne m'en être aperçu que le sixième jour, tant mon attention s'était localisée à gauche, et l'on ne saurait m'en faire grief.

Un coup de couteau dans le deuxième espace, à gauche, pouvait faire, je le suppose du moins, s'attendre à tout de ce côté, mais certes pas à un hémothorax, à droite.

Voilà en quelques mots cette observation.

M. L..., quarante-huit ans, officier mécanicien, robuste, belle santé habituelle. Je le connais depuis vingt ans qu'il appartient à notre Compagnie, je ne l'ai pas soigné une fois en vingt ans.

Pendant son quart il fait une observation à l'occasion du service à un chauffeur qui, pour toute réponse, lui plante un couteau de poche à lame mobile dans la poitrine. Syncope presque immédiate, la scène se passait dans la chaufferie, on hisse le blessé sur le pont. Au grand air il reprend connaissance. Une demi-heure après il était dans ma salle d'opération.

Le blessé est très pâle, très ému, il a perdu très peu de sang par la plaie, il n'en a pas craché — il n'en crachera jamais — tachypnée, pouls petit, mais ferme.

La plaie mesure 4 centimètres de longueur sur 2 environ de profondeur — elle est située le long de la troisième côte — un peu en dehors de la région auriculaire.

A l'auscultation, déjà sous l'influence des stimulants hypodermiques, les bruits du cœur se sont renforcés, le pouls est meilleur, intégrité absolue de la respiration tant à droite qu'à gauche, pas d'emphysème sous-cutanée. Rien en un mot qui autorise à soupçonner une pénétration et encore moins justifié une intervention, même exploratrice.

La plaie désinfectée et suturée, le blessé est mis au lit à demi-assis — immobilité, tranquillité, morphine.

Jusqu'au cinquième jour tranquillité parfaite, le blessé réclame à manger et demande à se lever.

Dans la nuit du cinquième au sixième jour : dyspnée, élévation de la température au matin 38 degrés ; le facies est très pâle, le pouls fréquent, les lèvres un peu plus décolorées, légère anxiété. J'examine le blessé, que j'ai ausculté tous les jours ; à mon grand étonnement, à droite, je trouve tous les signes d'un épanchement, remontant presque à l'angle de l'omoplate, le foie légèrement abaissé.

Nous étions en hiver. (Janvier.) Cet officier remonté brusquement de la machine sur le pont, à demi-nu, avait pu se refroidir et faire une pleurésie banale.

Je fais une ponction exploratrice au Pravaz : je ramène du sang pur, l'aiguille faiblement calibrée se bouche ; je prends une des petites aiguilles de l'aspirateur de Calot et je ramène près de 5 centimètres cubes de sang, à demi-visqueux, noirâtre.

J'avoue être on ne peut plus intrigué.

J'immobilise davantage le blessé, on applique un bon bandage de corps, morphine.

Dans la journée lypothimies, l'hémorragie semble s'être reproduite, la matité s'est augmentée et s'élève presque dans la fosse sus-épineuse, le foie est légèrement abaissé.

Analyses d'urine : pas de sucre, pas d'albumine ; pas de paludisme, pas de syphilis.

Peu à peu l'hémorragie s'arrête, mais le douzième jour, c'est-à-dire le dix-huitième après la blessure, je suis obligé de faire une thoracentèse d'urgence, qui ramène près de 1.800 grammes de sérosité franchement hémorragique, ponction suivie d'une deuxième, toujours hémorragique, de 750 grammes le vingt-quatrième jour, ce fut la dernière.

Le blessé se remit progressivement et le quarantième jour de son accident, il quittait la clinique, en parfait état de santé. Il a repris son service qu'il n'a pas quitté un seul jour pendant la guerre.

Je l'ai vu depuis, très régulièrement, et jusqu'à ce jour, sa santé a été parfaite. Il n'a éprouvé aucune suite fâcheuse de sa blessure et de sa complication.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 11 JUILLET 1922)

Tuberculose et gestation. — M. Emile SERGENT, à propos de la communication récente de MM. Dumarest et Brette, expose les raisons pour lesquelles il ne peut partager leur optimisme. Les opinions contradictoires émises sur cette question tiennent, d'une part, à ce que les accoucheuses et les médecins n'observent pas les malades au même stade ; or, si la grossesse est parfois, souvent même, l'occasion d'une accalmie dans la marche d'une tuberculose en évolution, elle

(1) RIST, AMEUILLE et RAVINA. Chlorure de Ca. dans la diarrhée et les vomissements des tuberculeux, *Soc. méd. des hôpit.*, 1er juillet 1921.

MERKLEN et DUBOIS-ROQUEBERT. Les injections intraveineuses de chlorure de Ca. dans les vomissements des tuberculeux, *Soc. méd. des hôpit.*, 24 fév. 1922.

Injections intraveineuses de chlorure de Ca. dans la tuberculose pulmonaire, *Zeit. f. tub.*, nov. 1921.

CHEINISSE. Le chlorure de Ca. médicament cardiaque, *Presse méd.*, 1622, n° 8.

DANIELOPOLU. Les sels de Ca. dans l'asystolie, *Presse méd.*, 1922, n° 88.

est assez souvent aussi, la cause occasionnelle d'un réveil de tuberculose ancienne et plus ou moins éteinte; d'autre part, l'accalmie n'est que temporaire, et, après l'accouchement, la tuberculose reprend sa marche, souvent même brutalement; enfin, la tuberculose ne se manifeste, dans bien des cas, que sous un masque trompeur (anémie, bronchite tenace), dans les semaines qui suivent la délivrance, et plusieurs mois peuvent s'écouler, si l'attention n'est plus éveillée, avant que le diagnostic ne soit posé. Il n'en est pas moins vrai que certaines tuberculeuses torpides, même cavitaires (« tuberculose stagnante ») peuvent mener à bien une ou plusieurs grossesses.

La question se résume donc à établir un diagnostic complet, visant surtout à apprécier la variété anatomo-clinique et l'état évolutif de la tuberculose, au moment où survient la grossesse.

C'est seulement en procédant avec cette méthode qu'on peut apprécier l'influence de la gestation sur la tuberculose et discuter l'autorisation du mariage et de la grossesse chez les tuberculeuses : c'est également, en se basant sur ces données que, dans quelques cas, *qui doivent rester exceptionnels*, le médecin peut être autorisé à conseiller l'interruption de la grossesse, et cela seulement dès les deux ou trois premiers mois au plus tard.

M. Bar veut lui aussi prendre parti dans le débat, mais il demande qu'une question de cette importance soit mise à l'ordre du jour.

Lui aussi comme M. Sergent tend à être pessimiste, mais il est d'avis pour éclaircir la question de sérier les cas particuliers. Il ne faut pas s'attendre aux mêmes résultats chez les tuberculeuses scléreuses, fibreuses, qui sont des guéries et peuvent mener à terme plusieurs grossesses sans sembler en être incommodées, ou chez les tuberculeuses en évolution chez qui la grossesse peut amener une aggravation immédiate de leur état. Les plus inquiétantes sont les femmes qui ont eu des poussées de tuberculose passées inaperçues et qui pendant la grossesse et après l'accouchement font brusquement des accidents très graves.

Il en est d'ailleurs pour la tuberculose comme pour toutes les maladies infectieuses, qui après l'accouchement, s'aggravent d'une façon évidente. M. Bar demande donc de sérier les cas, d'apporter des documents et de reprendre cette question dont l'intérêt est formidable.

Variation de fréquence de la gale et rôle des enfants dans sa dissémination. — M. Thibierge. Les statistiques des cas de gale traités dans les hôpitaux spéciaux de Paris depuis 1900, permettent d'établir les variations de fréquence de cette maladie.

L'exposition universelle de 1900 a été sans influence sur elle.

Le total annuel a augmenté progressivement jusqu'en 1906 pour subir ensuite des oscillations peu importantes.

La guerre de 1914-1918 a provoqué une augmentation considérable qui a débuté très brusquement à l'automne 1915, à la suite des permissions de détente. Cette augmentation a eu des causes multiples, fréquence de la gale aux armées, par suite des promiscuités des cantonnements, réduction des bains dans les hôpitaux, réduction des changements de draps dans les cantonnements, les familles et les hôtels, par suite de l'élévation du prix du blanchissage, la diminution s'est produite très brusquement en 1920.

La fréquence de la gale présente des variations saisonnières très importantes et qui se répètent régulièrement chaque année : son maximum est en janvier, puis elle décroît progressivement pour atteindre son minimum en juillet ou août et augmente de septembre en janvier. Les causes de ces variations sont mal déterminées, mais ne tiennent pas à la diminution de la clientèle hospitalière.

L'augmentation automnale tient en partie à l'apport de gales contractées en province pendant l'été, en raison de la promiscuité résultant de l'insuffisance du nombre des lits dans les familles où les Parisiens se rendent en villégiature.

Chaque année, en septembre et octobre, le nombre des enfants galeux augmente notablement, la maladie ayant été contractée pendant les vacances, au contact de petits camarades ou de parents provinciaux atteints de gale.

Il y a lieu de surveiller, au point de vue de la gale, les enfants des écoles, aussi bien au cours de l'année scolaire qu'au moment où ils partent en colonies scolaires ou en reviennent, car il semble, contrairement à l'opinion courante, que la gale peut se transmettre de jour entre enfants, sans doute pendant les jeux.

Traitement de la coqueluche par le goménol et la tente imprégnée d'eucalyptol. — M. le Secrétaire lit une note de M. Carrière (de Lille), qui a obtenu dans la coqueluche les meilleurs résultats en pratiquant des injections intramusculaires de goménol et en isolant les petits malades sous une tente de tarlatane imprégnée d'eucalyptol.

Réflexe œsophago-vasomoteur. — M. Hallion fait un rapport sur un travail de M. Collet. L'auteur, chez une malade ayant absorbé de l'ammoniaque, fit un cathétérisme œsophagien, qu'il dut répéter à plusieurs reprises, et chaque fois ce cathétérisme fut suivi de l'apparition de plaques de rougeur sur le cou, le thorax et les seins, dessinant une sorte de papillon sur la poitrine de la malade. L'auteur croit voir là un réflexe vaso-moteur particulier et cherche entre certains territoires profonds et les territoires cutanés une sorte de correspondance ayant pu produire ce phénomène.

Les intoxications par le tétrachloréthane. — M. Frois, membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, donne lecture d'une étude sur des intoxications graves survenues chez des ouvrières manipulant des vernis à base d'éthane tétrachloré ou tétrachloréthane; il rappelle que leur emploi pendant la guerre, dans l'aviation et la confection des masques, a été cause d'au moins douze accidents mortels. La tétrachloréthane jouit de propriétés qui lui ouvrent de nombreux débouchés dans l'industrie; c'est notamment le meilleur dissolvant de l'acétate de cellulose. On l'utilise aussi dans des fabriques de perles fausses où M. Frois a relevé récemment trois intoxications mortelles. Il faut donc se préoccuper de la toxicité de ce corps restée jusqu'ici méconnue. Pour parer aux dangers de sa manipulation, il ne suffit pas d'aérer les locaux de travail; il importe de capter les vapeurs de tétrachloréthane au point où elles se forment au moyen d'un ventilateur et de les recueillir en les condensant.

L'influence des taches solaires sur les accidents aigus des maladies chroniques. — MM. J. Vallot, G. Sardou et M. Faure. (Voir plus haut, p. 904.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 7 juillet 1922)

Note sur un cas parisien de mélitococcie. — MM. A. Courcoux, Marcel Lelong et Cordey rapportent une observation de fièvre de Malte à évolution prolongée, ayant duré sept mois. Les caractères particuliers de cette observation sont les suivants : la contamination semble s'être faite à Paris, le malade travaillant dans un atelier où il transportait des peaux de chèvres; les symptômes les plus marquants furent un amaigrissement précoce, intense et tenace, une anémie profonde, des sueurs profuses avec polyurie, une série de huit ondulations fébriles un peu irrégulières, séparées par des phases intermédiaires de fausse apyrexie de durée progressivement croissante. Le malade n'a présenté aucune complication et peu à peu les symptômes subjectifs du début (dyspnée, toux, douleurs) se sont calmés.

Les auteurs étudient en détail divers symptômes pour lesquels les descriptions classiques sont peu explicites (pouls, sang, urines). Ils insistent en particulier sur ce fait que la fièvre de Malte paraît être une maladie anergissante. L'autovaccinothérapie, pratiquée prudemment et longtemps, n'eut aucun résultat et ne donna lieu à aucune réaction locale ni générale.

Efficacité du traitement par le cyanure de mercure au cours des cirrhoses syphilitiques. — MM. Chauffard, Brodin et Debray. La recherche systématique de la réaction de Bordet-Wassermann montre sa grande fréquence au cours des cirrhoses du foie, aussi était-il indiqué de tenter en

pareil cas un traitement antisyphilitique intensif par le cyanure de mercure.

Ce traitement, peu utilisé jusqu'ici, par suite des troubles digestifs provoqués, est devenu possible grâce à l'adjonction d'une dose quotidienne de 1 gramme de bismuth préconisée par M. Milian. Par cette méthode, les auteurs ont pu traiter quatre cas de cirrhose et les résultats paraissent assez encourageants pour mériter d'être signalés. Rapidement se sont produites une résorption des œdèmes et de l'ascite et une amélioration marquée de l'état général.

Un cas d'argyrie consécutif à des cautérisations d'ulcérations buccales par le crayon de nitrate d'argent (*présentation de malade*). — MM. Laubry et F. Bordet insistent sur l'influence de la lumière solaire et la localisation de la cyanodermie argyrique.

Spina bifida cervical-quadriplégie tardive. — MM. Pierre Marie et A. Léri présentent une malade de cinquante-quatre ans qui eut à quarante-six ans une paralysie spastique progressive du membre supérieur gauche, à quarante-sept ans une paralysie du membre inférieur gauche, vers cinquante ans une paralysie du membre inférieur droit, et vers cinquante-deux ans une parésie du membre supérieur droit. Aucun trouble de sensibilité. Tous les réflexes sont vifs sauf le radial, le cubito-pronateur et l'olécranien gauche qui sont abolis alors que le radio-fléchisseur du doigt est fort.

La radiographie montre un spina bifida très apparent de la VIIe cervicale. Cliniquement, il n'existe aucun signe.

Les auteurs insistent sur les troubles tardifs à quarante-six ans, et pensent qu'il existe une petite tumeur, fibrome ou fibro-lipome qui a déterminé d'abord l'inocclusion du rachis et qui en se développant plus tard, a produit une compression médullaire.

Une affection non décrite des os : hyperostose en « coulée » sur toute la longueur d'un membre ou « mélorhéostose ». — MM. A. Léri et Joanny montrent une malade de trente-neuf ans qui sur toute la longueur du membre supérieur gauche présente une hyperostose très dense, presque linéaire. Le début clinique remonte à l'âge de dix ans. La syphilis ne semble pas en cause. Il semble s'agir d'une maladie de l'ossification.

Dextrocardie par traction. — MM. Bigart et Coste présentent un malade atteint de sclérose pulmonaire pleurogène avec dextrocardie complète par traction. Les signes physiques et la radiographie montrent un hémithorax complètement déshabité par le cœur et un processus de pleurite intense du côté droit.

Sclérose pulmonaire avec rétraction hépato-phrénique simulant un kyste hydatique du foie. — MM. Salomon, Maingot et Coste montrent un malade atteint de sclérose pulmonaire avec rétraction hépato-phrénique donnant radiologiquement une image de kyste hydatique de la convexité du foie. Le diagnostic fut élucidé grâce au pneumo-péritoine qui permit de reconnaître un foie normal.

Linite plastique. — MM. Babonneix, Brisard et Blum présentent les pièces d'une linite plastique dont le diagnostic avait été fait de bonne heure, grâce à la radiographie. A l'autopsie diminution extrêmement marquée du volume de l'estomac dont les parois sont anormalement épaissies et adhérences nombreuses avec les organes voisins. Histologiquement : épithélioma diffus à cellules polymorphes ayant envahi le péritoine.

Deux observations de sciatique rhumatismale guérie par l'injection intraveineuse de salicylate de soude. — MM. Weill-Hallé et Chabanier rapportent deux observations de sciatique, l'une suraiguë, l'autre rebelle et remontant à plusieurs mois, guéries immédiatement dans le premier cas, après trois injections dans le deuxième, de salicylate de soude.

Erythème noueux, notion d'épidimicité. — MM. G. Caussade, Monier-Vinard et Lafourcade rapportent huit cas d'érythème; chez trois sujets le début s'annonça soit par une angine rouge, soit par une stomatite. Six étaient nettement indemnes de toute tuberculose (vérification faite par les signes physiques y compris le plus souvent la radioscopie, l'anamnèse, et la réaction de Besredka : un cas). Deux cas seulement étaient tuberculeux. Dans les neuf cas familiaux, la contagion paraît nette : un enfant a contaminé deux de ses parents qui furent atteints simultanément. L'incubation fut de quinze jours au lieu de quatre jours notés dans des observations analogues.

La contemporanéité de tous ces cas tend à faire admettre la notion possible d'épidimicité; d'autre part il faut signaler le peu d'affinité de l'érythème noueux pour la tuberculose dans nos observations. Ces faits semblent donc devoir en être séparés de l'érythème noueux qui évoluent soit chez des tuberculeux, soit au cours de certaines infections ou intoxications. Ces dernières n'auraient de commun avec les premières que les caractères *objectifs* de l'éruption.

Les troubles respiratoires de l'encéphalite épidémique. MM. P. Marie, L. Binet et Mlle Lévy, insistent sur la fréquence de ces troubles en particulier chez les jeunes sujets, et surtout chez l'enfant.

Certains de ces troubles leur paraissent présenter des caractères d'organicité indéniable, en particulier les deux premières catégories qu'ils décrivent.

Ils distinguent en effet :

1° Des *troubles respiratoires proprement dits*;
2° Des phénomènes de *toux spasmodique*;
3° Des troubles à caractère de *tics respiratoires*.

Ces troubles peuvent même rester la seule manifestation prolongée d'une encéphalite épidémique passée inaperçue au début.

Ils constituent alors une véritable *forme respiratoire* de l'encéphalite épidémique.

Un cas de pyélonéphrite gravidique traitée par le bactériophage d'Hérelle. — MM. Courcoux, Philibert et Cordey rapportent un cas de pyélonéphrite gravidique traitée par le bactériophage d'Hérelle avec chute de la température à la suite d'une seule injection. Les auteurs concluent à la parfaite innocuité du traitement et à sa valeur comparable à celle des autres procédés de vaccination appliqués jusqu'ici.

Tumeur du médiastin guérie par la radiothérapie profonde. — M. Thiroloix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 8 juillet 1922)

Lésions inflammatoires dans l'idiotie mongolienne. — M. Babonneix. Pour la plupart des auteurs, l'idiotie mongolienne doit être rattachée à une agénésie cérébrale, les lésions inflammatoires des méninges que l'on y observe étant essentiellement accessoires et contingentes.

En réalité, ces lésions sont trop constantes et trop importantes pour que l'on puisse admettre cette manière de voir. Le plus souvent, elles intéressent la pie-mère cérébrale et affectent un type banal, sans spécificité histologique; quelquefois aussi, elles consistent en nodules gommeux situés au fond d'un sillon méningé.

Ces lésions ne sont ni terminales, ni secondaires. Bien au contraire, elles semblent primitives, et, peut-être même, causales. Si l'on tient compte de ce fait que la microgyrie est en relation topographique étroite avec elles, les circonvolutions atrophiées étant situées juste au-dessous d'elles, force est de conclure que, dans le mongolisme, l'agénésie cérébrale, loin d'être primitive, est, en réalité, secondaire aux lésions inflammatoires de méningite chronique.

M. Nageotte a retrouvé souvent l'hérédo-syphilis dans les antécédents des mongoliens.

Sur la nécrose des os atteints par un processus cancéreux et traités par les radiations. — M. Cl. Regaud. Lorsqu'on a traité par les rayons X ou par des foyers radioactifs, à fortes doses, un épithélioma ulcéré ayant envahi secondairement un os (frontal, temporal, maxillaires, os du nez, etc.), il se développe souvent dans celui-ci un processus nécrobiotique particulier. Dans certains cas, la nécrose osseuse se

développe dans la plaie restée non cicatrisée; parfois (tumeurs fermées, notamment cancers du maxillaire supérieur) elle est tardive, survient à l'occasion d'une infection banale et devient le point de départ de l'ulcération secondaire de la peau.

Contrairement à ce qu'on observe dans les ostéo-nécroses provoquées par une infection primitive (tuberculose, ostéomyélites), les parties osseuses mortifiées sous l'influence des radiations n'ont de tendance ni à l'usure, ni à la séparation d'avec les parties vivantes. Il ne se forme pas de séquestre mobile.

Lorsque le néoplasme n'a pas été stérilisé, le processus cancéreux continue en faisant le tour de la partie osseuse nécrosée. La continuation du traitement par les rayons est inefficace mais augmente la mortification des tissus; ce qui justifie l'opinion ordinairement admise de l'incurabilité (par les rayons) des épithéliomas ayant envahi une pièce osseuse.

Surinfection du cobaye tuberculeux avant et après l'établissement de l'état allergique. — MM. Robert Debré et Henri Bonnet. On sait que, chez le cobaye tuberculeux, l'inoculation d'une forte dose de bacilles, par voie sous-cutanée, peut déterminer le phénomène de Koch. Straus, Bezançon et de Serbonnes, Rist et Rolland ont cherché à établir les conditions de production du phénomène. Debré et Bonnet se sont efforcés de préciser ces notions en examinant si le mode de réaction de l'animal était identique avant et après l'établissement de l'état allergique, décelé par la sensibilité à la tuberculine.

Injectant à un lot de cobayes un demi-milligramme de bacilles tuberculeux, à raison de 1/10 de milligramme tous les jours, pendant cinq jours, à un autre lot la même dose, à raison de 1/10 de milligramme tous les cinq jours, et à un autre lot la même dose à raison de 1/10 de milligramme tous les dix jours, voici ce qu'ils ont observé :

Dans la période antéallergique, toutes les inoculations (faites tous les jours ou tous les cinq jours) sont identiques; l'animal continue à réagir comme un animal neuf. Dès que l'état allergique, défini par la capacité de réagir à la tuberculine, est établi, l'attitude de l'animal vis-à-vis des surinfections est modifié; elle tend graduellement vers l'apparition du phénomène de Koch.

Les auteurs comparent ces faits à ceux décrits dans l'étude de la syphilis expérimentale (Finger et Landsteiner, Neisser, Queyrat); l'inoculation de virus syphilitique ne peut déterminer de chancres de surinfection qu'au cours de la période qui précède l'apparition du premier chancre; ce résultat est difficile ou impossible à obtenir quand le premier chancre a paru. Ces faits sont à rapprocher aussi des constatations anatomo-cliniques faites au cours de la tuberculose du nourrisson, suivant que la contamination a eu lieu avant ou après l'établissement de l'état allergique.

L'élimination urinaire des acides organiques chez les diabétiques acidosiques. — MM. Marcel Labbé, Henry Bith et F. Nepveux. Chez les diabétiques acidosiques, l'élimination urinaire des acides organiques, dosés par la méthode de van Slyke et Palmer, augmente dans de grandes proportions. La courbe de leur excrétion est le plus souvent parallèle à la courbe de l'excrétion des corps acétoniques, des acides aminés, de l'ammoniaque. Le régime alimentaire modifie beaucoup leur excrétion; c'est le régime carné qui l'élève le plus.

Ce procédé nouveau semble très intéressant pour établir le diagnostic, le pronostic et pour suivre l'évolution de l'acidose au cours du diabète.

Dosage du bleu de méthylène en circulation dans le sang. — MM. E. Schulmann et L. Justin-Besançon ont montré, dans une note précédente, le parti qu'on peut tirer de l'élimination urinaire du bleu de méthylène pour apprécier les oxydations et les réductions organiques. Ces recherches les ont amenés à étudier la présence du bleu de méthylène dans le sang et à mesurer ses variations. Le bleu de méthylène, introduit dans le sang par injection ou ingestion, s'y trouve à l'état de chromogène. Le sérum et le plasma ne sont, en effet, jamais teintés. Une défécation spéciale suivie d'oxydation est nécessaire. Les auteurs donnent la technique d'un dosage colorimétrique.

Ils ont constaté :

1° Qu'après injection le taux du bleu dans le sang s'accroît et décroît de même; après ingestion, au contraire, le colorant apparaît et disparaît beaucoup moins vite;

2° Qu'après ingestion prolongée, il y a rétention du bleu qui s'accumule dans le sang.

Lécithine et gestation. — M. Henri Vignes. Partant du fait connu qu'il existe pendant la gestation une augmentation de la teneur du sang en lécithine, Vignes s'est demandé si cette hyperlécithinémie provient d'un enrichissement de l'organisme en lécithine, ou s'il s'agit simplement d'une mobilisation des réserves de l'organisme.

Des dosages pratiqués sur des souris broyées en bloc lui ont permis de voir que les tissus des femelles hystérotomisées au cours de leur gestation sont notablement plus pauvres en phosphore lipoïdique que ceux de leurs fœtus et que ceux des témoins.

Action cytologique du calcium et du potassium sur la cellule cancéreuse. — MM. Troisier et Woef donnent une description de l'action cytologique de solutions d'électrolyte sur la cellulose cancéreuse suivie heure par heure jusqu'à la dissolution autolytique des cellules. Tandis que le K en solution isotonique neutre aboutit à une dilution de cytoplasme avec augmentation du volume de la cellule, le Ca, tant en solution isotomique (8 p. 1.000) que hypotonique (5 p. 1.000), provoque une condensation du cytoplasme avec rétrécissement concentrique du volume de la cellule et du noyau. Les mitoses ne semblent pas être influencées par ces actions électroïoniques.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de thérapeutique des maladies de la peau [méthodes de traitement, indications thérapeutiques, ordonnances] (1), par G. Thibierge et P. Legrain.

Cet ouvrage arrive à son heure. En dehors des traités de dermatologie qui sont destinés aux médecins spécialisés, le praticien n'avait pas la facilité de se documenter d'une façon claire et précise pour soigner les dermatoses et les faire bénéficier à bon escient de toutes les méthodes physicothérapeutiques modernes.

M. Thibierge, en collaboration avec M. P. Legrain, a mis dans son livre tout ce qu'uue longue et minutieuse expérience lui a appris. Il ne suffit pas, dans un ouvrage de thérapeutique, de dresser une longue liste de moyens d'action; le praticien doit y trouver des méthodes choisies et dont la valeur a été démontrée, M. Thibierge a parfaitement réalisé ce but.

Les auteurs ont divisé leur précis en trois parties.

Dans la première ils décrivent les méthodes thérapeutiques internes et externes utilisées en dermatologie et ils donnent de nombreuses formules de topiques.

Dans la deuxième partie, ils montrent l'adaptation des méthodes et des agents thérapeutiques à chacune des dermatoses, en particulier, dont ils retracent rapidement les grands caractères cliniques.

La troisième partie, sera tout particulièrement appréciée; elle contient pour chaque affection de la peau, une ordonnance libellée sous la forme où elle doit être remise par le médecin à son client et contenant les prescriptions les plus appropriées d'après les résultats de nombreuses années de pratique et d'études. M. Thibierge a rendu un signalé service au corps médical en lui promettant de bénéficier de tout ce que peut apprendre une longue carrière de médecin à l'hôpital Saint-Louis.

P. GASTINEL.

Les scolioses (2), par L. Dubreuil-Chambardel.

Excellent exposé de l'état actuel de nos connaissances actuelles sur les scolioses. Nous voyons défiler dans un exposé succinct et cependant clair et complet : les scolioses

(1) Un vol. in-8, 700 pages, Paris, 1922, O. Doin, édit.

(2) Un vol. in-12 de la « Bibliothèque des Connaissances médicales », 267 p., 52 fig. — Paris, Flammarion, éditeur.

Traitement de la syphilis héréditaire et de la syphilis infantile acquise, par G. Lacapère, ancien chef de clinique de l'hôpital Saint-Louis, médecin de Saint-Lazare, et Pierre Vallery-Radot, ancien interne de l'hôpital des Enfants-Malades et de l'hôpital Saint-Louis. Préface du professeur Hutinel. In-8, 1922. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Comment interpréter en clinique les réponses du laboratoire ? par Hugel, Delater et Zœller, chefs de laboratoire de bactériologie de l'armée, médecins-majors au Laboratoire de vaccination et de sérothérapie du Val-de-Grâce. In-8, 1922. Prix : 5 fr. — Paris, Maloine et fils.

congénitales par anomalies rachidiennes et extrarachidiennes, les scolioses symptomatiques avec un chapitre important sur les scolioses dues à des troubles des glandes endocrines, enfin la scoliose idiopathique fort amoindrie maintenant mais encore debout.

Puis l'auteur expose le traitement de la scoliose. Il rejette d'abord tous les traitements « historiques », parmi lesquels figure (déjà!) la méthode d'Ablott. Puis il expose le traitement « normal » de la scoliose : traitement général, rééducation respiratoire, mobilisation du rachis et exercices orthopédiques. L'auteur se montre très dur pour les corsets dont il bannit l'emploi. Et cependant dans certains cas, employés à propos, ils rendent de grands services.

Il termine par un chapitre sur la prophylaxie scolaire.

M. L.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES COMPLICATIONS DU DIABÈTE SUCRÉ [1]

ETIOLOGIE. — Le coma diabétique est très fréquent; il termine 75 p. 100 des cas de diabètes graves; il peut survenir à tous les âges, principalement chez les enfants et les jeunes gens.

Il survient de préférence chez les diabétiques qui sont soumis à un régime carné exclusif. Les causes occasionnelles peuvent être : la fatigue physique et cérébrale, le traumatisme, les émotions violentes, les chagrins, les soucis; les maladies infectieuses, les opérations chirurgicales surtout avec anesthésie au chloroforme, les fautes de traitement et de régime.

ETUDE CLINIQUE. — Le *début* est difficile à prévoir, il peut survenir précocemnnt ou au contraire au cours d'une période avancée de la maladie. Il est des diabétiques en état d'acidose, en imminence de coma qui peuvent vivre très longtemps sans coma, et d'autres, au contraire, qui entrent rapidement dans le coma.

1° *Etat d'acidose.* — Cet état d'acidose a été particulièrement bien étudié par M. Labbé. Il se traduit par des stigmates chimiques et des symptômes cliniques.

a. *Les stigmates chimiques.* — Ils sont constants, faciles à reconnaître, et l'on doit toujours les rechercher systématiquement chez tous les diabétiques.

Les *urines* sont constamment acides. Leur résistance à l'alcalinisation par l'ingestion de bicarbonate de soude est caractéristique. La quantité d'ammoniaque excrétée par les urines renseigne sur l'existence et l'intensité de l'acidose. Le dosage de l'acide β oxybutyrique est très important à faire. L'acide diacétique ou acétylacétique se reconnaît aisément par la réaction de Gerhardt (réaction au perchlorure de fer). L'acétone peut être décelé par la méthode de Lieben (formation d'iodoforme en présence de lessive de potasse et de liqueur iodo-iodurée). Pour bien apprécier les différents degrés d'une acidose, il faut se servir des renseignements suivants (M. Labbé) :

l'acétonurie n'indique pas le danger d'acidose;
la diacéturie l'indique;
l'excrétion d'acide β oxybutyrique permet de le mesurer.

L'*état du sang* présente deux grandes modifications :
— la diminution de l'*alcalinité* qui n'existe pas dans le diabète ordinaire mais est très marquée dans le coma diabétique;
— la *lipémie* présente dans le coma diabétique une intensité marquée, le sérum sanguin est lactescent, et quand le sang se coagule une couche de graisse se formerait à la surface du caillot.

b. *Les signes cliniques.* — Ils sont au contraire inconstants, souvent frustes et peuvent passer inaperçus longtemps. L'intoxication acide peut, dans certains cas, ne se révéler que par le coma, qui apparaît brusquement. D'autres fois l'acidose ne se traduit que par un ou plusieurs des symptômes suivants :

Dépression physique très marquée, *malaise* indéfinissable, fatigue intense, accablement, douleurs diverses ,
Amaigrissement rapide;
Œdèmes, surtout au niveau des membres inférieurs;
Odeur spéciale de l'haleine;
Céphalée;
Dépression psychique;
Somnolence pouvant prendre l'allure de la narcolepsie;
Troubles visuels, brouillard, vertiges;
Troubles digestifs (anorexie, langue sèche, soif intense, vomissements alimentaires, bilieux, diarrhées, douleurs abdominales (type chollériforme et type péritonitique de Jaccoud).
Troubles respiratoires : dyspnée à type de Kussmaul avec inspiration pénible, thorax soulevé d'une pièce, pause brève, expiration courte et suspirieuse. Le nombre des mouvements respiratoires reste normal, et à l'auscultation on ne trouve rien; il s'agit d'une dyspnée sine materia.
Troubles circulatoires : le pouls est régulier, un peu rapide, la température s'élève parfois, mais le plus souvent on note de l'*hypothermie*.
Troubles urinaires : diminution de la diurèse, de la glycosurie, apparition de l'albuminurie.

Troubles nerveux : d'abord il existe de l'excitation, du délire de paroles et d'action, avec des hallucinations auditives et visuelles.

Puis la dépression survient et le coma peut se produire.

L'*évolution* de l'acidose est assez irrégulière. Elle est souvent entrecoupée d'une ou de plusieurs poussées d'intoxication, avec menace de coma. Sous l'influence du traitement, les poussées peuvent rétrocéder et l'acidose redevenir latente. Puis le coma se produit au cours d'une de ces poussées d'acidose.

2° *Période de coma.* — En général, il s'agit d'un coma progressif, et c'est par une transition continue que l'on passe de la somnolence au coma vrai.

D'abord le coma est incomplet; on peut tirer momentanément le malade de sa torpeur par des excitations énergiques. Puis, l'affection évoluant, le coma devient absolu. Il est alors caractérisé par la perte complète de la motilité, de la sensibilité et de l'intelligence.

Le malade est immobile, anéanti, dans le décubitus dorsal; le facies est pâle, non vultueux; la flaccidité musculaire est complète.

La sensibilité est abolie, le malade ne réagit plus aux excitations extérieures.

Les réflexes sont variables : souvent abolis, parfois persistants. En général, ils disparaissent à la phase terminale.

Les pupilles sont égales, fixes, le plus souvent dilatées, parfois contractées; elles cessent de réagir lorsque la mort approche. On oppose en général la mydriase du coma diabétique au myosis du coma urémique. Hypotension des globes oculaires (Krause).

La respiration est profonde, bruyante, stertoreuse; elle s'accélère, diminue d'amplitude en perdant ses caractères propres signalés déjà sous le nom de respiration à type de Kussmaul.

Le pouls est accéléré, la tension artérielle abaissée. Les urines sont diminuées. La température est fortement abaissée; elle s'abaisse encore au cours du coma établi et s'accompagne de cyanose avec refroidissement des extrémités. Rarement, elle s'élève un peu.

3° L'*évolution* est progressive; la durée moyenne est de trente-six à quarante-huit heures à partir des premiers symptômes du coma. Le pronostic est d'une extrême gravité et la mort presque inévitable quand le coma s'est déclaré. Quand le coma s'est installé, toute thérapeutique reste sans résultat.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 50, p. 814; n° 52, p. 847, et n° 54, p. 878.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 57. — SAMEDI 22 JUILLET 1922. 95e ANNÉE. SAMEDI 22 JUILLET 1922. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Les candidats à l'internat et à l'externat sont informés que le Congrès de chirurgie a dû faire retarder l'ouverture des concours d'internat et d'externat au 24 octobre pour le premier et au 23 octobre pour le second.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Marine. — *Au grade d'officier.* — M. le médecin en chef de 2e classe Meslet.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe Marmouget, Parcellier et Dalger.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES EN FRANCE. — Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, aura lieu à Quimper, du 1er au 6 août 1922.

Président du Congrès : M. le professeur Jean Lépine (de Lyon).

Premier rapport : *Psychiatrie* : Les troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique. Rapporteurs : MM. les Drs Truelle (de Paris) et Petit (de Bourges).

Deuxième rapport : *Neurologie* : Les lésions du système nerveux central dans l'agitation motrice et la rigidité musculaire. Rapporteur : M. le Dr Anglade (de Bordeaux).

Troisième rapport : *Assistance* : L'assistance des psychopathes. De la sauvegarde des droits de l'individu et de la société dans le traitement des maladies mentales. Rapporteur : M. le Dr Courbon (de Stéphansfeld).

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HOPITAUX DE PARIS. — Le lundi 10 juillet, dans l'amphithéâtre de la clinique Charcot, à la Salpêtrière, s'est tenue, comme nous l'avons annoncé, la réunion d'administration trimestrielle de l'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris.

Le président L. Justin-Besançon, a tenu à exprimer la gratitude de l'assemblée pour M. le prof. Pierre Marie qui avait mis l'amphithéâtre à sa disposition. Environ 300 externes assistaient à cette réunion. Les nombreuses questions qui préoccupent actuellement les exernes y furent successivement traitées. Le trésorier J. Marchand exposa la situation financière. Puis le président précisa les nombreux résultats déjà obtenus grâce à l'action de l'A. E.

Parmi les principales questions étudiées, nous relevons : le monument aux externes morts pour la patrie, la question du choix des places, la nouvelle forme du concours de l'internat qui fera l'objet d'un referendum parmi les externes. L'Assemblée a déclaré être pleinement d'accord avec le bureau de l'A. E. pour garder une stricte neutralité dans les questions soulevées à propos des dernières épreuves de sélection.

La prochaine réunion d'administration aura lieu au mois d'octobre.

(Envoyer toute la correspondance relative à l'A. E. au président L. Justin-Besançon, 62, rue du Cardinal-Lemoine, Paris, 5e.)

L'HOPITAL MARIN POUR ENFANTS DE SAN-SALVADOUR. — Le Conseil municipal de Paris vient, sur un rapport de M. Henri Rousselle, de décider la création, à San-Salvadour (Var), dans le domaine acquis par la Ville de Paris, d'un hôpital marin pour enfants.

Cet hôpital comprendra notamment la partie de ce domaine située entre la route et la mer, puis au nord de la route, la villa avec une étendue suffisante de parc pour l'aménagement de terrains de promenade.

L'hôpital sera envisagé pour 220 lits destinés à des enfants rachitiques ou atteints de tuberculose osseuse. Il sera géré par l'administration de l'Assistance publique de Paris et soumis au même régime que les autres établissements de cette administration.

Un crédit d'un million a été voté pour l'aménagement et l'ameublement de l'établissement.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL COCHIN (professeur M. F. Widal). — Sous la direction de M. le prof. Widal et de MM. Lemierre et Abrami, agrégés, commenceront, à la clinique médicale de l'hôpital Cochin, à partir du lundi 4 septembre 1922, des leçons avec exercices pratiques. Ces leçons auront lieu tous les jours, à 14 heures.

Deux cours, de dix leçons chacun, seront faits successivement. — Les cours seront terminés le 26 septembre.

Le nombre des assistants est limité à 25.

Objet du cours. — Procédés d'exploration clinique appliqués au diagnostic des maladies.

PREMIER COURS. — 1° *Maladies du rein* (6 leçons), — *a.* Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin. *b.* Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonéphtaléine. *c.* Hypertension artérielle et oscillométrie. Procédés de mesure et interprétation.

2° *Procédés d'examen d'un diabétique* (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et ses dérivés. Leur importance dans l'établissement du régime.

3° *Examen du liquide céphalo-rachidien* (2 leçons). — Examen chimique : albumine, sucre, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — 1° *Maladies du foie* (2 leçons). — a. *Etude des ictères.* — I. Recherche de la *bilirubine*, de l'*urobiline* et de la *stercobiline*. Valeur de ces recherches. II. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. Ictères dissociés. III. Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'autoagglutination des hématies. b. *Etude de l'insuffisance hépatique.* Rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopexique du foie.

2° *L'hémoclasie et sa valeur clinique* (1 leçon).

3° *Diagnostic des maladies typhoïdes* (1 leçon). — Hémocultures et séro-diagnostic.

4° *Réactions de fixation* (2 leçons). — Généralités. Sérodiagnostic de la syphilis. Maladie hydatique. Lèpre. Peste. Mycoses.

5° *Cytodiagnostic des épanchements pleuraux* (1 leçon). — Pleurotuberculose. Pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

6° *Examen du chimisme gastrique* (1 leçon).

Le droit d'inscription est fixé à 100 fr. pour chacun des deux cours.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 3) les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE (prof. M. LETULLE). — COURS DE TECHNIQUE ET DE DIAGNOSTIC ANATOMO-PATHOLOGIQUE APPLIQUÉ A LA MÉDECINE ET A LA CHIRURGIE, par MM. Gustave Roussy, agrégé, chef des travaux; Lucien Cornil et Roger Leroux, préparateurs.

Ce cours essentiellement pratique comprendra 26 leçons de technique et de diagnostic anatomo-pathologique appliquées à la médecine et à la chirurgie.

Les leçons commenceront le mercredi 20 septembre, à 2 heures, au laboratoire des travaux pratiques et auront lieu tous les jours.

Chaque séance sera divisée en trois parties et comprendra :

1° Un court exposé théorique avec projections de coupes microscopiques et démonstration de pièces anatomiques;

2° Une partie technique dans laquelle les élèves seront exercés aux différentes manipulations de l'histologie pathologique (inclusion, coupes, colorations);

3° A la fin de chaque séance les élèves seront appelés à procéder eux-mêmes à la discussion du diagnostic histologique d'une des préparations qu'ils auront eu à faire.

Le droit à verser est de 150 fr. — Le nombre des auditeurs est limité à vingt.

Les microscopes et les réactifs seront fournis par le laboratoire (à l'exception des lames, lamelles et de l'alcool absolu). Les préparations faites par les élèves resteront leur propriété.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série des conférences.

Seront admis les docteurs français et étrangers, et les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis à partir du 13 juillet.

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE ET DE MATIÈRE MÉDICALE (prof. M. G. POUCHET). — QUATORZE CONFÉRENCES PRATIQUES ET ÉTUDE DU DROGUIER, par MM. R. HAZARD et F. MERCIER, préparateurs.

Pour être mis en série MM. les étudiants devront se faire inscrire au Secrétariat (guichet n° 3) les jeudis et samedis de 12 h. à 15 h.

A ces travaux pratiques seront admis : 1° les étudiants préparant le 4e examen de doctorat (ancien régime); 2° les étudiants de 4e année (nouveau régime) ajournés ou absents en juillet ou n'ayant pas participé aux travaux pratiques réglementaires.

Droits d'inscription : 80 fr. — Il sera fait six conférences par semaine.

Une convocation spéciale leur sera adressée pour indiquer les jours et heures où ils seront admis aux travaux et interrogations.

La série de conférences commencera le 9 octobre 1922.

Prière de s'inscrire de suite.

COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE, ORGANISÉ PAR LA COMMISSION ROCKEFELLER. — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose pulmonaire sera fait sous les auspices de la Faculté de médecine et de la Commission Rockefeller pour la prévention de la tuberculose en France, à l'hôpital Laënnec et au dispensaire Léon Bourgeois, sous la direction des Drs E. Rist et P. Ameuille, avec la collaboration de MM. L. Ribadeau-Dumas, médecin de la Maternité; P. Armand-Delille, médecin de l'hospice Debrousse ; H. Bourgeois, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Laënnec; G. Küss, directeur du dispensaire antituberculeux de la fondation Rockefeller ; G. Maingot, radiologiste de l'hôpital Laënnec; E. Brissaud, P. Jacob et E. Coulaud, médecins assistants ; J. Rolland, chef du laboratoire, et de Mlle Noufflard, directrice du Service social.

Ce cours commencera le lundi 2 octobre à 10 heures du matin, à l'hôpital Laënnec, service du Dr Rist. Sa durée sera de quatre semaines. Il comprendra vingt leçons théoriques dont le programme sera publié ultérieurement, sur la pathologie, le diagnostic, la thérapeutique et la prophylaxie de la tuberculose pulmonaire, et des exercices pratiques quotidiens.

Les élèves seront occupés tous les jours, matin et après-midi ; ils seront exercés individuellement à l'examen clinique et radiologique des malades, aux techniques bactériologiques et cytologiques, à la pratique du pneumothorax artificiel.

Comme par le passé, la fondation Rockefeller a créé, en vue de ce cours, un certain nombre de bourses d'études plus particulièrement destinées aux médecins de dispensaire.

Pour avoir plus amples détails sur le cours, s'adresser au Dr Rist, ou au Dr Ameuille, hôpital Laënnec, à Paris.

Les candidats aux bourses sont priés d'écrire au directeur de la Commission Rockefeller, pour la prévention de la tuberculose en France, 12, rue Boissy-d'Anglas, Paris.

Se faire inscrire à la Faculté de médecine, guichet n° 3, les jeudis et samedis de midi à 3 heures.

Droits à verser : 150 francs.

REVUE GÉNÉRALE

LE CANCER PRIMITIF DE LA VÉSICULE BILIAIRE

Par Léon POLLET,
Interne des hôpitaux de Paris.

Nous décrirons sous ce nom les tumeurs malignes épithéliales de la vésicule biliaire, de beaucoup les plus fréquentes d'ailleurs, les sarcomes et les tumeurs bénignes y étant exceptionnelles.

Étiologie. — Presque toujours primitif, le cancer de la vésicule biliaire survient à l'âge moyen de la vie, comme la plupart des autres cancers, mais avec une fréquence notablement plus grande chez la femme que chez l'homme. Nous verrons en effet l'influence qu'exerce la lithiase biliaire sur son développement et l'on sait la fréquence de la lithiase dans le sexe féminin. C'est la seule cause prédisposante nette. Le rôle de la cholémie, du traumatisme n'est pas démontré. Et la cause réellement efficiente du cancer n'est pas connue davantage pour la vésicule biliaire que pour d'autres organes.

Anatomie pathologique. — **I. Macroscopiquement.** — L'aspect en est variable.

1. La *vésicule* est parfois atrophiée, diminuée de volume. Plus souvent elle est augmentée.

2. Ses *parois* apparaissent :

a. Ou bien infiltrées — en partie ou en totalité — et alors indurées et rétractées dans la forme squirrheuse ou lardacées et épaissies dans la forme colloïde, plus fréquente pour MM. Brault et Legry.

b. Ou bien les parois apparaissent normales, soit parce que la vésicule n'est cancéreuse que dans une faible zone juxta-hépatique, soit parce qu'il s'agit d'une forme uniquement intracavitaire. Dans ce cas c'est seulement quand la vésicule est ouverte que l'on voit une tumeur villeuse, en chou-fleur, sessile ou pédiculée, qu'il faut se garder de confondre avec certaines formations simplement polypeuses assez fréquentes dans la lithiase.

Cette tumeur est ordinairement mollasse et ulcérée précocement.

3. La *cavité* de la vésicule peut être diminuée. Elle est agrandie le plus souvent.

Son contenu est soit un liquide visqueux, peu coloré, soit une bile épaissé, souvent hémorragique. Mais surtout, très fréquemment, on y trouve des calculs biliaires. Les auteurs ont émis deux opinions sur les relations pathogéniques de la lithiase et du cancer.

Pour les uns (avec Cornil et Ranvier) le cancer préexiste et les calculs, qui ont le type des calculs de stase, cholestériniques pur et aseptiques, sont dus à la rétention biliaire qu'entraîne le cancer et aux modifications physico-chimiques des éléments de la bile, favorisant leur précipitation.

Pour les autres (comme Rendu), la lithiase préexiste, les calculs sont mixtes, à couches concentriques, cholestériniques, pigmentaires et calciques, et le cancer n'est que l'aboutissant d'une longue inflammation chronique par irritation, véritable état précancéreux fréquent sinon constant pour M. Ménétrier, aussi bien à la vésicule biliaire qu'aux autres organes.

Actuellement, on a tendance à admettre la plus grande fréquence de cette seconde éventualité.

4. L'*évolution anatomique* consiste surtout en une progression excentrique de la tumeur. En outre elle s'accompagne rarement de métastases, souvent d'infections secondaires.

a. Rapidement le cancer envahit les lymphatiques et les ganglions dont la vésicule est tributaire : ganglion cystique et surtout ganglions du hile du foie, qui peuvent même former une tumeur secondaire dure et bosselée de beaucoup la plus volumineuse au point de donner cliniquement, à la palpation, la sensation d'un cancer nodulaire du foie comme dans le cas que nous avons rapporté récemment à la Société anatomique avec notre maître, M. le docteur Legry.

b. L'extension par contiguïté du cancer se fait surtout : au foie, ou aux voies biliaires excrétrices principales (canaux hépatique et cholédoque). D'où les deux grandes formes anatomo-cliniques que décrivent les classiques : Forme hépatique et forme biliaire.

Dans la forme hépatique, l'envahissement excentrique du foie peut être énorme, au point de réaliser parfois un véritable cancer massif, en amande, secondaire, mais qui peut paraître primitif à un examen rapide, la tumeur vésiculaire semblant perdue dans la masse cancéreuse hépatique qui l'enveloppe, d'autant plus que la vésicule peut n'être cancérisée que dans une petite zone juxta-hépatique. Ordinairement le foie est moins envahi, sur une bande plus ou moins large adjacente à la vésicule. D'ailleurs on peut aussi trouver simultanément ou isolément de petits noyaux hépatiques cancéreux disséminés.

Dans la forme biliaire, les villosités fongueuses envahissent et obstruent les canaux biliaires, qui peuvent aussi n'être que comprimés par la tumeur vésiculaire ou ses ganglions satellites.

c. Plus rarement le cancer se propage par l'intermédiaire d'une péritonite adhésive, aux organes contigus à la vésicule biliaire : pylore, duodéno-pancréas, côlon.

d. Les métastases à distance sont rares : surtout noyaux de carcinose péritonéale. MM. Carnot et Baufle ont signalé la généralisation exclusive à l'attache intestinale du mésentère sur toute la longueur du grêle. Signalons la possibilité de métastases pulmonaires, cérébrales, etc...

e. Enfin, à côté de ces propagations diverses du cancer, citons encore deux modes d'évolution anatomique :

1. L'inflammation, si fréquente, par infection secondaire ascendante ou descendante des voies biliaires :

Empyème de la vésicule;

Angiocholite. Abcès du foie et leurs complications propres.

2. La perforation, plus rare, succédant à l'ulcération de la vésicule, et amenant une péritonite suppurée ou un abcès sous-hépatique s'il y a eu réaction péritonéale antérieure.

II. **Histologiquement.** — Les classiques avec Lancereaux, Chauffard, Gilbert, distinguent deux variétés d'épithélium à la vésicule :

Un épithélium cylindrique revêtant la muqueuse;

Un épithélium polyédrique clair, mucipare, tapissant des culs-de-sac glandulaires, d'ailleurs rares.

Ils en déduisent deux variétés d'épithélioma :

Un épithélioma cylindrique naissant dans la muqueuse;

Un épithélioma polyédrique glandulaire, naissant dans les glandes.

En outre ils leur attribuent des caractères évolutifs bien distincts, que nous résumons schématiquement :

1. L'épithélioma *cylindrique* évolue à la fois vers la cavité vésiculaire (réalisant une tumeur villeuse), et vers la profondeur sous-muqueuse où ses hautes cellules tapissent sur un ou plusieurs rangs des cavités assez irrégulières, creusées dans le tissu conjonctif. Elles sont peu modifiées morphologiquement, mais implantées directement, sans basale, sur le stroma conjonctif. Parfois, si leur prolifération est plus abondante, elles forment des amas cellulaires pleins et atypiques, véritable carcinome, donnant des formes encéphaloïde ou squirrheuse, suivant les proportions respectives des tissus épithélial et conjonctif. D'autre part la tumeur s'étend rapidement dans le foie en y donnant un cancer parfois massif, secondaire, toujours à cellules cylindriques. En clinique elle se traduit donc par la forme hépatique.

2. L'épithélioma glandulaire réalise essentiellement un carcinome comme la plupart des cancers glandulaires. Il s'accompagne de rares villosités et reste surtout pariétal. Il réalise le plus souvent une forme colloïde par dégénérescence muqueuse. Il se propage peu au foie, surtout aux canaux biliaires. En clinique il se traduit par la forme biliaire.

Or, actuellement, la majorité des auteurs considère qu'il n'y a qu'une variété d'épithélium, cylindrique, tapissant à la fois la muqueuse de la vésicule et des diverticules utriculaires ou canaux de Luschka, qui, pour cette raison, ne sont que de pseudoglandes, l'existence de glandes vraies étant discutée. On peut donc ne décrire qu'une variété d'épithélioma, toujours cylindrique, mais présentant une architecture et une évolution variables. Suivant sa variété d'extension, cet épithélioma réalise en clinique une forme hépatique, biliaire ou mixte qui constituent à proprement parler des formes évolutives du cancer de la vésicule biliaire et n'impliquent pas une variété d'origine ou de structure particulière.

A titre exceptionnel, il convient cependant de signaler qu'il existe des cancers hétéromorphes primitifs de la vésicule biliaire, épithéliomas pavimenteux stratifiés (et surtout spino-cellulaires, à globes cornés), M. M. Ménétrier, puis Oberling, les expliquent par une métaplasie cellulaire, due à une irritation chronique, précédant la transformation cancéreuse. D'autres auteurs invoquent des inclusions embryonnaires.

En clinique, le cancer de la vésicule est d'un diagnostic difficile, mais nous verrons que, dans certains cas, un examen complet peut permettre de le dépister, son tableau clinique étant parfois caractéristique.

Le *début* en est insidieux. Il apparaît ordinairement, comme nous l'avons vu, chez une femme âgée, qui a souvent présenté dans son passé, des accidents lithiasiques. Mais, outre que la lithiase n'est pas forcément à l'origine du cancer, elle a pu rester latente ou passer inaperçue.

En tous cas, le début clinique du cancer est marqué par deux ordres de signes, isolés ou associés, généraux et fonctionnels.

1. SIGNES GÉNÉRAUX. — Ce sont l'amaigrissement, l'asthénie, la cachexie progressive. En particulier, il faut se méfier du cancer vésiculaire chez tout lithiasique qui maigrit sans rémissions, malgré un traitement rationnel.

2. Les SIGNES FONCTIONNELS sont : des douleurs locales et des troubles digestifs.

Les douleurs siègent dans la région vésiculaire; souvent elles sont diffuses dans tout l'hypochondre droit, mais à maximum cystique ou épigastrique. Elles sont profondes, sourdes mais continues, sans accalmie complète malgré le traitement. Et cette persistance des douleurs doit attirer l'attention chez tout lithiasique, car la lithiase évolue essentiellement par accès paroxystiques et même dans les vieilles cholécystites calculeuses, la douleur cède au moins temporairement à un traitement bien conduit, comme le dit M. Chauffard.

Cependant, sur ce fond douloureux continu, se greffent des exacerbations, le plus souvent sans cause apparente, ou au moment de la chasse biliaire digestive. Elles peuvent simuler la colique hépatique ou vésiculaire, à cela près que la rémission qui suit n'est jamais absolue.

Les troubles digestifs sont peu caractéristiques : anorexie progressive, digestions lentes et pénibles, nausées et parfois vomissements bilieux ou alimentaires, débâcles diarrhéiques sur un fond de constipation habituelle.

A cette période l'examen physique donnera peu de renseignements : défense musculaire de la partie supérieure du grand droit du côté droit. Douleur provoquée par pression au point cystique, douleur qui augmente si l'on fait alors inspirer profondément le malade. Souvent l'examen révèle les divers points douloureux décrits dans la lithiase biliaire par M. Chauffard — en particulier le point phrénique droit. — Le foie et la rate apparaissent normaux.

Peu à peu, plus ou moins rapidement, l'extension de la tumeur va réaliser le tableau plus caractérisé de la **période d'état**. A ce moment, comme nous l'avons déjà dit à l'Anatomie pathologique, le cancer vésiculaire peut prendre plusieurs formes cliniques.

Les classiques ne lui décrivent que deux formes anatomo-cliniques : formes hépatique et biliaire.

Il nous paraît qu'il y a lieu de distinguer :

1° Un type pur essentiellement caractérisé par la tumeur vésiculaire. C'est le plus rare au moins comme type clinique permanent;

2° Un type biliaire réalisant un ictère chronique par rétention. C'est le plus fréquent;

3° Un type hépatique, simulant un cancer massif du foie;

Auxquels nous proposons d'ajouter :

4° Une forme ganglionnaire où la prépondérance inusitée de l'envahissement ganglionnaire simule un cancer nodulaire du foie;

5° Enfin des types mixtes, combinaisons variées des précédents.

Nous étudierons le cancer dans son type pur, bien qu'il soit le plus rare, pour voir les modifications qu'impriment au tableau clinique, les autres formes, qui, en réalité, ne sont que les plus fréquentes des complications par propagation de la tumeur aux organes contigus à la vésicule.

La période d'état du cancer vésiculaire pur, sera marquée par l'augmentation des signes fonctionnels et généraux du début et par un signe physique nouveau : la tumeur vésiculaire, rare mais assez caractéristique.

1. Signes fonctionnels. — La douleur continue est de plus en plus vive, ne permettant un rare sommeil qu'au prix de doses sans cesse croissantes de morphine.

Les troubles digestifs s'accentuent, arrivant à réaliser parfois une intolérance alimentaire presque absolue.

2. Signes généraux. — La continuité des troubles digestifs et des douleurs jointe à l'intoxication cancéreuse, amène une cachexie profonde. L'amaigrissement est progressif, sans rémissions, comme le montre la pesée systématique des malades. Au cas où il serait masqué par l'apparition d'ascite ou d'œdèmes cachectiques, la simple inspection montre une maigreur squelettique de la partie supérieure du corps.

En même temps il y a asthénie profonde, parfois apparition de signes addisonniens, sans envahissement des capsules surrénales (MM. Laignel-Lavastine, Milian).

Les urines sont rares, et traduisent une insuffisance hépato-rénale progressive, augmentation quantitative de l'azote total par exagération de l'histolyse, avec diminution qualitative (moins d'urée, plus d'ammoniaque, d'acides aminés).

L'examen du sang montre une anémie avec polynucléose modérée, signe banal dans le cancer, ainsi que les modifications des albumines du sérum, signalées par M. Loeper.

En outre, il révèle divers signes d'insuffisance hépatique : telle l'augmentation de l'azote résiduel.

Enfin, des poussées thermiques irrégulières sont fréquentes, traduisant ordinairement l'infection secondaire des voies biliaires.

3. Signes physiques. — La palpation douce de la région vésiculaire suivant le procédé du professeur Gilbert permet de vaincre la défense musculaire à ce niveau et parfois de sentir une tumeur lourde, dure, mobile avec la respiration, mais modérément. Parfois nettement piriforme, parfois de contours diffus par péritonite plastique réactionnelle, elle a un volume variable d'un œuf de poule à une orange et davantage. Elle peut être lisse ou bosselée.

Elle est douloureuse à la pression; mate à la percussion et sa matité est en continuité avec celle du foie. L'auscultation peut révéler à son niveau des froissements péritonéaux.

Parfois même, la tumeur se dessine sous la peau, à la simple inspection, formant une saillie allongée verticalement sous le rebord costal; fait exceptionnel et dans le seul cas d'une paroi mince et souple.

Parfois, au contraire, malgré son existence réelle, la tumeur vésiculaire n'est pas perçue à l'examen. Il peut s'agir alors de vésicules en retrait, ou à court méso, décrites par MM. Gilbert et Parturier.

Parfois la tension de la paroi ou le météorisme intestinal gênent l'examen. Ou bien enfin, il s'agit d'un squirrhe atrophique.

Dans certains cas, le procédé bimanuel du professeur Chauffard, redressant un foie anormalement oblique, permet de sentir une grosse vésicule inaccessible autrement.

D'ailleurs, dans tous ces cas, il ne faut pas négliger le secours de la radiographie. Elle doit être réalisée rapidement en apnée, avec écran renforçateur, après insufflation gazeuse de l'estomac et de l'intestin (potion de Tonnet, lavement gazeux) ou au besoin après pneumo-péritoine. On examine successivement en décubitus ventral, dorsal, puis debout.

Normalement, la vésicule est invisible. Donc, est pathologique toute vésicule visible dans un triangle limité par :

Colonne vertébrale en dedans,
Côlon transverse en bas,
Bord inférieur du foie en haut et en dehors.

On peut examiner dans une seconde séance et cette fois, en radioscopie simple, après ingestion barytée, pour constater les rapports et adhérences possibles de la vésicule et du canal intestinal. Rappelons que la constatation nette d'ombres de calculs n'élimine nullement la possibilité d'un cancer.

Dans certains cas, enfin, l'examen complet du malade montrera, outre les divers points douloureux signalés, des ganglions sus-claviculaires ou inguinaux, que certains auteurs ont pu exciser et dont l'examen histologique révèle la nature épithéliomateuse cylindrique.

Formes cliniques. — 1° Dans la forme *biliaire*, un signe nouveau apparaît : l'ictère par rétention avec toutes ses conséquences.

Cet ictère est progressif, amenant une coloration de plus en plus foncée de la peau et des muqueuses. Mais, signe important, il est souvent un peu variable, lorsque l'ulcération des tumeurs secondaires des canaux biliaires livre un passage partiel à la bile. Il peut, d'ailleurs, n'y avoir variabilité que dans la décoloration des fèces, qui se recolorent plus ou moins, alors que la jaunisse cutanéo-muqueuse ne semble pas modifiée.

Nous n'insisterons pas sur les conséquences physiques de cet ictère (dans les urines : pigments et acides biliaires; dans le sang : pigmentémie, cholalémie, cholestérinémie) ni sur ses conséquences fonctionnelles (bradycardie, prurit...).

Les autres signes fonctionnels et généraux sont les mêmes et plus intenses que dans la forme précédente.

On peut aussi, mais inconstamment, trouver dans cette forme, la tumeur vésiculaire avec ses mêmes caractères, mais ordinairement, par suite de l'engorgement biliaire du foie, elle est située plus bas et ne répond plus au point cystique.

2° Dans la forme *hépatique*, on se trouve en présence du tableau du cancer massif du foie.

Douleurs sourdes.

Troubles digestifs où dominent anorexie et constipation. Cachexie progressive. Insuffisance hépatique encore plus rapide.

L'examen de la région hépatique montre un foie gros, lisse, d'une dureté ligneuse, à bord inférieur tranchant, dont la mobilité respiratoire est diminuée ou abolie.

Et cette hépatomégalie augmente progressivement et rapidement, presque quotidiennement, comme peuvent l'indiquer des repères dermographiques.

3° La forme *ganglionnaire* simule, elle, le tableau d'un cancer nodulaire du foie. La palpation révèle des nodosités dures dans la région épigastrique, non mobilisables au palper, mais mobiles avec les mouvements respiratoires et dont la matité est continue avec celle du foie dont elles paraissent faire partie intégrante. On conçoit que ces noyaux, joints au subictère, à la douleur, à la cachexie,

imposent le diagnostic d'un cancer nodulaire du foie, secondaire à un cancer digestif latent ou méconnu et que l'on rend alors responsable des troubles digestifs, constants dans toutes ces formes.

4° Quant aux formes mixtes, rappelons qu'elles comprennent surtout :

a. La forme biliaire avec tumeur vésiculaire perceptible.

b. La forme hépatique avec ictère par rétention. Celui-ci résulte alors : soit d'un envahissement concomitant des voies biliaires, soit d'une compression des voies biliaires par des ganglions hypertrophiés.

Quant à l'ictère sans décoloration des matières, toujours peu marqué, qui peut apparaître dans la forme hépatique, il est tardif, lié à l'insuffisance hépatique ou à une angiocholite subaiguë.

c. La forme hépatique avec tumeur vésiculaire perceptible est exceptionnelle, le foie débordant souvent largement la vésicule. Sinon, on croit à une forme vésiculaire pure.

5° Nous ne citons que pour mémoire les formes symptomatiques qu'on peut décrire : forme douloureuse, fébrile, dyspeptique.

L'*évolution* de ces diverses formes se caractérise par une augmentation de la cachexie, sans rémissions. On voit apparaître des œdèmes cachectiques des membres inférieurs, de l'ascite.

La mort survient dans le marasme en un an environ.

Cependant, les formes squirrheuses ont leur lenteur évolutive habituelle, quatre ou cinq ans.

Parfois la mort survient par insuffisance hépatorénale plus accentuée, ou même aiguë, et on peut voir se développer des signes d'acidose par acétonémie (M. Labbé) ou des hémorragies diverses.

L'évolution peut être hâtée par des *complications*.

Les unes sont lentes : telles l'extension au péritoine, traduite par une ascite hémorragique ; au pylore, amenant une sténose pylorique et rendant le diagnostic épineux dans la forme hépatique surtout.

Telles aussi, les métastases à divers organes : cancer pleuro-pulmonaire, etc.

D'autres complications sont aiguës : telle la perforation de la vésicule cancéreuse, amenant un syndrome de péritonite purulente généralisée, parfois localisée, si des adhérences antérieures limitent l'infection de la séreuse.

Telles aussi les infections secondaires locales : empyème de la vésicule, angiocholite aiguë. Parfois le malade est emporté par une infection intercurrente à distance : pneumonie surtout.

Le **diagnostic** se pose donc dans des conditions différentes qui le rendent plus ou moins difficile ou parfois impossible. Outre la cachexie qui est commune à toutes les formes, mais qui ne peut que poser l'hypothèse d'un cancer quelconque, on peut se trouver en présence d'une forme douloureuse, d'une tumeur vésiculaire, d'un ictère chronique par rétention, d'une hépatomégalie chronique.

Il y a donc quatre variétés principales de diagnostic que nous étudierons successivement.

1° Diagnostic des douleurs sous-hépatiques. — Le premier point à élucider est celui de leur origine : Sont-elles vésiculaires ou non ?

Les rapports anatomiques de la vésicule biliaire avec quatre organes : côlon, duodénum, appendice en position haute et rein droit, expliquent la confusion possible avec les douleurs originaires de chacun de ces organes.

Les douleurs étant persistantes, on peut penser surtout à :

l'appendicite chronique, mais on a parfois la notion de crise antérieure nette ;
la colite chronique, où la douleur est surtout transversale et les signes intestinaux prédominants ;
la périnéphrite chronique douloureuse, où la douleur est surtout lombaire, avec parfois hématurie au moins histologique, signe des plus importants.

S'il se greffe des crises paroxystiques sur le fonds douloureux permanent, au début de l'affection on peut penser encore à :

l'appendicite aiguë, il faut alors étudier attentivement les signes plus nettement inflammatoires de l'affection, tant locaux (défense plus nette, hyperesthésie superficielle) que généraux (fièvre, tachycardie) ;
l'entéro-colite muco-membraneuse ;
une colique néphrétique, mais il y a irradiations spéciales ;
une hydronéphrose intermittente, il faut en étudier l'immobilité respiratoire, le contact lombaire, faire un cathétérisme urétéral, une pyélographie ;
un rein mobile, mais il y a réductibilité lombaire ;
une crise tabétique, rechercher les signes cardinaux de tabes.

Mais surtout il faut penser à un syndrome pyloroduodénal, de diagnostic parfois impossible avec les affections vésiculaires, les deux groupes de maladies se traduisant par des douleurs d'horaire analogue, sous les mêmes influences, et retentissant l'une sur l'autre par adhérences péritonéales. Il faut étudier soigneusement les antécédents, analyser les troubles digestifs, les douleurs. M. Parturier signale que la douleur provoquée par pression de la région vésiculaire, augmente au cours d'une forte inspiration si la vésicule est en cause, alors qu'elle n'est guère modifiée s'il s'agit du duodénum. En outre, il faut pratiquer un examen minutieux de chimisme gastrique, du liquide duodénal après tubage, des fèces où l'on recherche le melæna occulte intermittent ; faire une radiographie, faire l'épreuve du traitement gastrique, mais parfois le diagnostic reste en suspens même à la laparotomie exploratrice.

Dans d'autres cas, les caractères de la douleur et des signes concomittants permettent d'en reconnaître l'origine vésiculaire. Il s'agit alors de dépister la nature cancéreuse de l'affection, point des plus difficiles.

On arrive assez aisément par une étude minutieuse à dépister des coliques hépatiques ou vésiculaires subintrantes, la cholécystite subaiguë à signes inflammatoires nets. Mais avec la cholécystite chronique calculeuse existent des difficultés diagnostiques presque insurmontables dans ce cas. C'est alors ordinairement un diagnostic d'évolution, auquel amènent la cachexie et les douleurs progressant sans rémissions malgré le traitement. L'apparition d'ascite, d'œdème malléolaire, de ganglions sus-claviculaires ou inguinaux, impose alors le diagnostic de cancer vésiculaire.

2° Dans un certain nombre de cas se pose le DIAGNOSTIC DES TUMEURS SOUS-HÉPATIQUES.

L'examen méthodique des caractères de la tumeur, sa mobilité respiratoire, l'absence de contact lombaire, une radiographie, parfois un cathétérisme uretéral, un tubage duodénal, ainsi que les signes concomitants, propres aux diverses affections; permettent d'éliminer les tumeurs des organes voisins de la vésicule : cancer du côlon, cancer ou ulcère calleux pyloro-duodénal, cancer du rein ou hydronéphrose, kyste hydatique du foie ou du rein; parfois même le lobe de Riedel du foie simule une tumeur vésiculaire.

Une fois la tumeur rapportée à la vésicule, sa nature prête encore à discussion.

Il est facile d'éliminer les tumeurs élastiques par distension de la vésicule : cholécyste ordinairement calculeux, hydropisie intermittente de la vésicule, et même empyème de la vésicule à évolution subaiguë.

Mais quand la tumeur est dure, lourde, les difficultés diagnostiques déjà signalées reparaissent entre le cancer et la cholécystite et péricholecystite chroniques, d'autant qu'ils coexistent souvent. C'est alors, outre les signes indiqués déjà, que la biopsie d'un ganglion superficiel s'il en existe, ou la laparotomie exploratrice, prennent une grande importance.

3° Mais, le plus souvent se pose le DIAGNOSTIC DES ICTÈRES CHRONIQUES PAR RÉTENTION. Nous n'insisterons pas sur le diagnostic même d'ictère par rétention. L'examen des urines, du sang, des fèces l'impose facilement.

Le seul point important à élucider, c'est la cause de cette rétention biliaire, et nous y insisterons à dessein.

Ordinairement facile par leur histoire même est le diagnostic des ictères catarrhaux prolongés, des ictères infectieux ou toxiques devenus subaigus, de nombreuses hépatites subaiguës entraînant un véritable ictère par rétention comme l'a montré M. Brûlé.

En pratique, deux diagnostics étiologiques doivent d'abord être discutés avant de penser aux autres; l'obstacle au cours normal de la bile pouvant être cavitaire (lithiase) ou extrinsèque (cancer du pancréas).

Schématiquement :

a. Dans la lithiase, il s'agit d'une femme jeune à antécédents lithiasiques plus ou moins nets.

L'ictère a eu un début brusque, il est peu foncé et surtout variable, et s'accompagne de douleurs plus ou moins typiques.

L'examen révèle les points douloureux classiques de la lithiase, la vésicule est petite, le foie gros et sensible. Les fèces présentent un déficit biliaire isolé.

Les signes généraux se résument en accès fébriles irréguliers avec amaigrissement modéré et discontinu (importance du thermomètre et de la balance).

b. Dans le cancer du pancréas, il s'agit d'un homme âgé, ordinairement sans passé lithiasique.

L'ictère a un début progressif, se fonce à l'extrême, sans rémissions et sans douleurs dans les cas types.

L'examen ne montre qu'un point douloureux dans la zone pancréatico-choledocienne, la vésicule est distendue (signe de Courvoisier-Terrier) mais élastique, le foie gros et indolore.

La tumeur pancréatique inconstante et tardive, est transversale, immobile mais surtout, signe caractéristique, à la fois dure et sonore (par interposition du côlon).

Les fèces, le tubage duodénal révèlent un déficit biliopancréatique. Il y a parfois glycosurie.

Les signes généraux sont intenses; c'est le plus cachectisant des cancers. Mais il y a hypothermie.

Ces distinctions sont, il est vrai, schématiques. Il est des cas atypiques car :

1. Les signes sont variables. La lithiase peut être indolore, apyrétique. La vésicule peut être distendue dans la lithiase récente, ou si le calcul siège en aval du confluent hépato-cystique.

Inversement le cancer peut être douloureux, fébrile s'il est infecté.

La vésicule est rétractée, s'il y a péricholécystite ou cancer remontant jusqu'au même confluent.

2. Lithiase et cancer peuvent coexister. Et surtout la lithiase s'accompagne souvent de pancréatite chronique simulant le cancer. Les signes différentiels en sont infidèles.

Dans la pancréatite: ictère plus variable, vésicule moins dilatée, fièvre, glycosurie plus fréquente, pas d'augmentation de l'amylase sanguine, contrairement au cancer qui diminue la seule amylase fécale.

En réalité, les seuls signes qui tranchent en faveur du cancer sont : l'évolution cachectisante plus rapide, l'apparition d'œdème malléolaire ou d'ascite.

On comprend, dès lors, l'importance diagnostique dans tous ces cas :

d'une radiographie, bien que des calculs visibles n'éliminent pas la possibilité d'un cancer;

de l'épreuve du traitement de la lithiase;

et surtout de la laparotomie exploratrice indiquée de toute façon quand l'ictère est vraiment chronique, car elle peut se transformer en méthode thérapeutique au moins palliative. Cependant, elle-même peut laisser subsister le doute sur la nature de l'altération pancréatique.

Dans nombre de cas, d'ailleurs, c'est cette laparotomie exploratrice, seule, qui révélera une des autres causes possibles de la rétention biliaire, car elles ne sont bien souvent que soupçonnables en clinique.

C'est ainsi que l'on peut trouver :

Un cancer de la vésicule biliaire, dont l'examen clinique ne peut que faire présumer l'existence en présence d'une cachexie progressive avec ictère intense, mais en l'absence d'une tumeur vésiculaire.

Cependant, on peut noter une cachexie trop prononcée et trop rapide pour une lithiase — et d'autre part un ictère trop variable pour un cancer du pancréas, et d'ailleurs sans syndrome coprologique ou duodénal pancréatique.

Mais la confusion est inévitable, dans ce cas, avec un cancer primitif de la voie biliaire principale, où seul s'individualise mieux le cancer de l'ampoule de Vater, que sa triade peut permettre de dépister :

Ictère variable.

Grosse vésicule élastique.

Melæna quotidien révélé par les réactions de Weber ou Roland en série, avec souvent syndrome coprologique d'insuffisance pancréatique.

Enfin, un cancer du pylore peut rester méconnu, parce que les signes gastriques sont effacés ou attribués à une sténose pylorique par cancer pancréatique. L'ictère, dans ce cas, a une pathogénie variée : compression par ganglions ou adhérences, ou noyaux secondaires du foie.

Parfois si la cachexie est moindre, la laparotomie révèle :

1. Un kyste hydatique de la face inférieure du foie que les moyens de laboratoire auraient pu dépister (R. de Weinberg, éosinophilie sanguine).

2. Un ulcère calleux du duodénum, où les douleurs ont eu d'abord un horaire fixe, tardif, et ont évolué par crises, séparées de longs intervalles de santé parfaite. Mais elles sont devenues subcontinues, entraînant la cachexie par inanition. Alors, le melæna intermittent, l'image radiographique ont une grande valeur diagnostique.

3. Parfois, enfin, les voies biliaires principales sont comprimées par des brides de péritonite chronique, bacillaire ou non, surtout chez d'anciens laparotomisés.

Ou bien elles sont comprimées par une gomme syphilitique, par des ganglions hypertrophiés pour des causes diverses générales ou locales.

Ou, enfin, elles sont rétrécies par cholédocite chronique.

Et l'on conçoit l'impossibilité fréquente de poser ces diagnostics par les seules ressources de la clinique.

4° Dans une autre série de cas, l'examen a révélé un gros foie, isolé, sans ictère, ni ascite, ni splénomégalie.

On éliminera, successivement, avec plus ou moins de difficultés :

1. La grosse gomme syphilitique du foie, à forme chirurgicale, simulant le cancer massif, d'où l'importance de faire le traitement spécifique d'épreuve pour toute hépatomégalie isolée chez un syphilitique avéré ou si la réaction de Wassermann est positive.

2. Les cirrhoses malignes hypertrophiques du foie, graisseuses ou diffuses (avant la période ascitique). Elles s'accompagnent d'une cachexie marquée, mais le foie est plus douloureux que dans le cancer et augmente beaucoup moins rapidement.

3. Les volumineux kystes hydatiques centraux — ou les abcès chroniques centraux du foie — ne seront diagnostiqués que par l'étude des antécédents et des réactions sanguines, jointe à l'image radiographique.

4. Quant au gros foie tuberculeux, simulant le cancer, il n'est guère qu'une découverte d'autopsie.

5. Nous signalerons seulement les gros foies amyloïdes, leucémiques ou paludéens, car, outre les signes propres aux affections en cause, ils s'accompagnent de splénomégalie nette et souvent prédominante.

Quand on a éliminé rapidement ces diverses affections, la dureté, la fixité, l'augmentation progressive et cachectisante de l'hépatomégalie, sans splénomégalie, doit faire poser le diagnostic de cancer massif du foie, qui est d'ailleurs exact. Mais, on le pense primitif et, seule, l'autopsie le montrera secondaire au cancer vésiculaire resté méconnu.

5° Nous rappelons pour mémoire la quasi-impossibilité du diagnostic clinique entre la forme ganglionnaire et le cancer nodulaire du foie. Cependant, si l'on a pu éliminer l'hypothèse de certains foies ficelés et marronnés, syphilitiques ou tuberculeux, de kystes hydatiques multiples du foie — on peut être amené à penser à cette forme de cancer vésiculaire, en présence de bosselures strictement localisées à la région épigastrique — et devant les signes d'un cancer nodulaire du foie alors que l'examen complet du malade ne révèle l'existence d'aucun cancer primitif et surtout digestif.

6° Les formes mixtes sont naturellement d'un diagnostic plus facile qui procède des signes précédemment décrits.

En résumé, le diagnostic du cancer vésiculaire est ordinairement difficile, surtout avec la cholécystite chronique lithiasique et le cancer du foie. Il est cependant souvent possible par l'étude des caractères de la douleur et de la tumeur vésiculaire malheureusement inconstante, par la pesée systématique hebdomadaire des malades, par le tubage gastrique et duodénal, par l'étude des fèces, du sang et enfin par la radiographie, l'épreuve du traitement et au besoin la laparotomie exploratrice.

Le **traitement** doit être envisagé successivement comme préventif, chirurgical ou curatif, médical ou palliatif.

1. Il peut être *préventif* en ce sens que la lithiase vésiculaire favorisant l'apparition du cancer, on doit traiter énergiquement cette lithiase, ne pas trop tarder à pratiquer la cholécystectomie dans les vieilles cholécystites calculeuses rebelles, et toujours faire l'examen macroscopique sinon histologique des vésicules enlevées comme le recommande M. Chauffard, ce qui guide la conduite médicale ultérieure.

2. Le traitement *chirurgical* — cholécystectomie — est évidemment le traitement de choix, mais il ne peut être que rarement pratiqué, car le diagnostic n'est ordinairement précisé qu'à la phase d'extension du cancer, trop tardivement pour intervenir utilement.

On voit donc tout l'intérêt d'une laparotomie exploratrice précoce.

3. Le traitement *médical* ne peut être que palliatif. Il vise à répondre à trois indications :

Soulager la douleur (opiacés, et surtout morphine).

Retarder l'insuffisance hépatique (régimes lacté écrémé, lacto-végétarien, cellulosique, bains chauds, stimulants et opothérapie hépatiques).

Eviter les infections secondaires (urotropine, désinfection intestinale).

Nous ne ferons que citer les méthodes thérapeutiques qui s'attaquent au cancer lui-même, mais ne sont encore qu'à leurs débuts :

Radio et radiumthérapie.

Sels de cuivre, magnésie, sels de terres rares.

Ferments divers qui ont une réelle valeur pour certains auteurs.

BIBLIOGRAPHIE. — Nous ne donnerons pas une bibliographie complète des nombreux travaux parus sur cette question depuis le travail princeps de Durand-Fardel en 1838. D'ailleurs, on peut trouver la bibliographie antérieure à 1900 dans le *Traité des maladies du foie et du pancréas* de Lancereaux.

Nous indiquerons seulement quelques ouvrages didactiques et publications récentes.

BÉRARD. *Lyon méd.*, 1910.
CARNOT et BAUFLE. *Soc. méd. des hôpit.*, 10 nov. 1911.
CHAUFFARD. *La lithiase biliaire*, 1922.
DENUCÉ. *Th. d'agrégation*, 1886.
GRESSET et RÉAU. *Soc. anat*, 2 juillet 1921.
GUYOT. *Th. de Lyon*, 1911.
Journ. méd. franç., Pathologie de la vésicule biliaire, avril 1914; — L'insuffisance hépatique, fév. 1922.
LABBÉ et BITH. *Soc. anat.*, 1912.
LAIGNEL-LAVASTINE. *Soc. anat.*, 1903.
LEGRY et POLLET. *Soc. anat.*, 1er avril 1922.

MORIN. *Th. de Paris*, 1891.
MOUTIER. *Arch. gén. de méd.*, 1905.
OBERLING. *Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, 20 fév. 1921.
ROGER. *Montpellier méd.*, 1911.
VEAUX. *Th. de Paris*, 1922, où l'on pourra trouver la bibliographie de nombreuses publications étrangères sur cette question.

CONGRÈS

LES JOURNÉES MÉDICALES BELGES

Cette manifestation médicale vient de se dérouler à Bruxelles du 24 au 28 juin. Elle a obtenu un succès éclatant. Cette réunion si particulière a été organisée, on le sait, par le journal *Bruxelles médical*, et en particulier par le triumvirat dirigeant ce journal, nos confrères Léopold MAYER, Raoul BERNARD et René BECKERS. C'est la seconde fois seulement qu'elle se tient et cependant elle a compté 1.200 adhérents, sans compter de nombreux invités et de nombreuses dames.

Cette réussite, peut-être sans précédent, est due en très grande partie à l'activité et au dévouement du docteur René BECKERS que nous avons vu à l'œuvre, accomplissant une tâche écrasante, avec une grâce souriante qui ne s'est pas atténuée un instant et une complaisance qui s'est étendue à chacun des congressistes. Nous tenons à le remercier en particulier des égards répétés et délicats qu'il nous a témoignés, au titre de délégué de l'Association de la presse médicale française.

Les Journées médicales belges ne répondent pas à la conception habituelle des Congrès. Elles constituent une innovation par les buts qu'elles ont cherché à atteindre, et leur succès démontre qu'elles répondent à une véritable nécessité.

Leurs organisateurs ont pensé qu'à côté des Congrès proprement dits qui poursuivent l'étude et la mise au point en de nombreux rapports ou communications d'une seule ou d'un petit nombre de questions, il y avait lieu de provoquer une réunion médicale périodique qui serait comme un enseignement complémentaire ou un cours de perfectionnement. La science se perfectionne, se modifie ou s'enrichit par une longue série de travaux, de recherches et de faits qui sont publiés d'une façon éparse dans un grand nombre de journaux. Le médecin, en particulier celui qui exerce en province, absorbé par les soins de sa clientèle, n'a pas le temps de les lire, et ayant perdu le contact avec les hôpitaux et avec la Faculté, il risque de s'en tenir aux méthodes qu'on lui a enseignées dans sa jeunesse et même d'ignorer un certain nombre de problèmes nouveaux.

En un temps où la science évolue à pas de géants, il a donc paru opportun aux organisateurs des Journées médicales belges, de provoquer une réunion qui répondrait à cette nécessité de l'instruction complémentaire du médecin praticien.

Tout le programme des Journées médicales belges reflète cette préoccupation qui a été son inspiratrice et reste son guide. Il s'est attaché à être intéressant pour tous par la pratique et par la clinique.

Les matinées des Journées des 26 et 27 juin ont été consacrées à la visite des hôpitaux et des cliniques officielles ou privées. Nous y avons vu appliquer les méthodes les plus modernes d'investigation ou de traitement au moyen d'installations instrumentales du dernier modèle et entendu de nombreuses leçons pratiques sur les principaux problèmes médicaux de l'heure actuelle. Tous nos confrères belges, chefs de service, se sont mis à notre entière disposition pour nous faire bénéficier des résultats de leur longue pratique et de leurs recherches souvent si originales. Il ont eux-mêmes sollicité, d'un certain nombre de congressistes, une démonstration pratique de quelques techniques nouvelles : c'est ainsi par exemple que nos confrères français DUPUY-DUTEMPS et BOURGUET ont pratiqué dans les services du docteur Auguste VAN LINK à la Policlinique de Bruxelles et du docteur H. COPPEZ à l'Institut ophtalmologique, une opération de dacryocystite par leur procédé de « dacryocysto-rhinostomie ».

Nous ne pouvons citer toutes les conférences et toutes les démonstrations cliniques de ces deux matinées, la liste en serait trop longue. Il y en eut dans toutes les cliniques privées ou officielles, dans tous les hôpitaux. Et chacun put, suivant ses préférences ou les lacunes de son instruction, trouver à utiliser son temps de la façon la plus profitable et la plus instructive.

A côté de cet enseignement clinique par la leçon et la démonstration pratiques, le programme des Journées médicales comprenait un certain nombre de conférences sur des sujets d'actualité, mais trop imparfaitement connus de la plupart. L'après-midi était consacré à ces conférences ; elles furent nombreuses, fréquentées par un grand nombre d'auditeurs qui, par leur nombre et leurs applaudissements, ont démontré quel intérêt elles avaient présenté pour eux.

Parmi ces conférences nous citerons les suivantes :

Le docteur BABINSKI a traité de la question de l'**hystérie et du pithiatisme**, exposant quelle différence existe entre ces deux affections et s'attachant à démontrer que le pithiatisme, affection essentiellement subjective, naît par la suggestion et guérit par la contre-suggestion. Il avait amené une de ses malades de Paris, pithiatique, autrefois cataloguée d'hystérique, il a déterminé chez cette malade, par suggestion, la grande crise convulsive avec ses trois phases, la léthargie, la catalepsie, l'hallucination, l'automatisme, par contre-suggestion, il faisait disparaître ces divers états pithiatiques ou les faisait succéder les uns aux autres. Ce fut un succès considérable.

Le docteur BRACHET, professeur à l'Université de Bruxelles, dans un langage facile et d'une belle tenue littéraire, avait pris pour sa conférence le sujet suivant : **Où nous conduit l'étude de la forme des êtres vivants**? L'auditoire, séduit par l'éloquence de la forme, le fut encore plus par l'élévation de la pensée et la portée philosophique des idées de ce grand maître.

Le docteur DEDONDER, professeur de physique mathématique à la Faculté des sciences de Bruxelles, a cherché, autant que cela est possible, à nous initier aux théories d'EINSTEIN. Il faut lui rendre cette justice, que dégageant ces théories du côté mathématique incompréhensible au grand nombre, il a su intéresser son auditoire et lui donner, grâce à son talent de vulgarisateur, une idée suffisante de ce que ces théories contiennent d'innovation géniale et de grandeur.

Le docteur JOLTRAIN, chef de laboratoire du professeur WIDAL, a suscité un très vif intérêt dans son auditoire par l'exposé qu'il a su faire d'une façon très lumineuse de la question des **crises hémoclasiques**.

Le docteur REGAUD, directeur du laboratoire de biologie de l'Institut du radium de Paris, a exposé la question de l'**état actuel de la curiethérapie dans le traitement du cancer**. Il l'a fait avec une clarté et une érudition qui ont très vivement impressionné et intéressé son nombreux auditoire. Et surtout il a apporté dans ses conclusions, cette réserve et cette prudence qui sont l'apanage des savants de haute probité. Le professeur BRACHET a voulu en féliciter le conférencier en le remerciant.

Il ne nous est pas possible dans le cadre de ces quelques notes déjà trop longues de parler avec quelques détails des autres conférences. Mais nous citerons encore les suivantes :

Le professeur DUSTIN (de Bruxelles) : *La nouvelle Ecole de médecine de Bruxelles. — Principes généraux d'organisation.*

Le professeur FREDERICQ (de Liége) : *L'Electrocardiogramme* (point de vue physiologique).

Le professeur BAYET (de Bruxelles) : *La lutte contre le péril vénérien en Belgique.*

Le docteur WEYMEERSCH, agrégé à Bruxelles : *Traitement de la septicémie puerpérale par le choc protéinoclasique.*

Le docteur POTVIN : *Les Pessaires.*

Le docteur Fernand NEUMAN, agrégé à Bruxelles : *La radiochirurgie des tumeurs malignes du sein.*

Le docteur DE KEYSER : *L'emploi de la neige carbonique en médecine* (démonstration pratique).

Le professeur Auguste SLOSSE (de Bruxelles) : *Aspects nouveaux du problème alimentaire.*

Association de la Presse médicale française.

Le docteur Léon DEKEYSER, président des Naturalistes belges : *Comment on employait, comment on emploie les bêtes en médecine.*

Enfin nous signalerons les projections de films scientifiques du docteur Gaston Doin qui ont été déroulés sous nos yeux. Quelques-uns, comme ceux de *la circulation du sang*, du *cœur d'embryon de truite*, de *la phagocytose de l'hématozoaire* du *développement des œufs d'oursin*, de *la paralysie pseudo-bulbaire* ont suscité un très réel intérêt parmi les spectateurs.

D'autre part, une Exposition des journaux médicaux, des instruments de chirurgie et des spécialités pharmaceutiques et de quelques stations thermales, trop peu nombreuses, avait été organisée de main de maître par M. René LEPINE. Elle a groupé un très grand nombre d'exposants dont les stands étaient disséminés dans les somptueux locaux du Palais des Académies. La plupart de nos grandes firmes françaises étaient présentes. Cette association d'une exhibition commerciale envahissant les locaux de l'Académie de médecine avec les assises médicales belges, comporte un symbole qu'il nous sera permis de mettre en valeur.

Le médecin venant de province pour assister à ces réunions médicales sera certainement très heureux de trouver groupés en collections, les grands journaux médicaux dont il ignorait peut-être l'existenee et sur lesquels il pourra fixer son choix; de connaître les progrès et les nouveautés de l'instrumentation chirurgicale qui pourra lui rendre plus facile ou plus utile l'exercice quotidien de sa profession; de s'initier aux nouvelles méthodes thérapeutiques et aux formes qui ont été conditionnées par elles.

Nous avons entendu s'exprimer quelques critiques sur cette association médico-industrielle que d'aucuns qualifiaient de fâcheuse. Nous ne pouvons partager leur façon de voir; nous pensons au contraire, à moins que nous ne nous soyons complètement mépris sur la pensée des organisateurs, que cette Exposition industrielle ne pouvait pas ne pas rentrer dans leur programme. Les Journées médicales Belges, faites pour la documentation et l'instruction du médecin praticien, doivent s'efforcer de la leur fournir l'une et l'autre aussi complètes que possible. Le bagage médical se compose d'une instruction théorique, d'une expérience clinique et de la connaissance des moyens thérapeutiques propres à soigner et à guérir. Le plan général des Journées médicales s'éclaire ainsi d'une façon lumineuse : le médecin praticien est instruit par les conférences; il trouve dans les hôpitaux et services la démonstration des nouveaux moyens diagnostiques; l'exposition enfin lui permet d'améliorer son instrumentation et d'être au courant des nouvelles médications et des nouvelles spécialités pharmaceutiques qu'elles ont nécessitées. On ne peut nier, en ce qui concerne ces dernières, que les perfectionnements et les complexités de la thérapeutique moderne les ont rendues indispensables. Entre mille exemples, est-il possible de se passer du concours d'un fabricant spécial dans la prescription des médicaments biologiques couramment employés aujourd'hui en thérapeutique?

La valeur des manifestations de l'activité humaine se juge d'ailleurs aux fruits qu'elles produisent. De ce point de vue, l'organisation des Journées médicales Belges semble avoir atteint d'emblée la perfection.

Chacun s'en est allé satisfait de se sentir mieux outillé scientifiquement et pratiquement pour reprendre la tâche quotidienne et l'on s'est dit *au revoir.*

Nous ferons bien, en France, de méditer sur l'exemple que nous donnent nos si sympathiques amis de Belgique et peut-être ensuite de le suivre si nos méditations nous y engagent.

Le médecin praticien, celui des petites villes et des campagnes en particulier, serait, c'est notre conviction, très heureux de trouver une occasion annuelle de venir parfaire son éducation théorique et pratique dans des réunions analogues à celles que vient d'instaurer le *Bruxelles médical.*

Il est possible, peut-on penser, d'organiser des manifestations pareilles dans un pays petit, comme la Belgique; l'échec serait certain dans un grand pays comme la France. Il y a peut-être là quelque part de vérité. Mais il faut surtout bien savoir que la réussite de ces réunions dépend en grande partie du savoir-faire de leurs organisateurs. En cette matière, nos amis du *Bruxelles médical*, BECKERS en tête, sont des maîtres. Inspirons-nous de leur méthode, ayons leur ardeur et leur flamme, et nous pourrons nous aussi, comme en Belgique, permettre au médecin praticien de venir périodiquement puiser aux sources dont ils sont éloignés. Peut-être serait-il préférable et plus expédient d'organiser chez nous, sur les bases générales des Journées médicales belges, des Journées médicales françaises régionales, une ville de Faculté ou d'Ecole de médecine en serait le centre, afin qu'elle fournisse, en assez grand nombre, des ressources hospitalières indispensables pour atteindre le but recherché, celui de l'instruction du médecin praticien. Il y a là une idée sur laquelle nous devons nous attarder, il faut la méditer, et s'il y a lieu, l'exécuter.

Il me reste enfin pour être complet et donner un aperçu de l'éclat des Journées médicales Belges à dire quelques mots des festivités qui leur ont donné un charme incomparable et qui contribueront à en fixer le souvenir dans la mémoire de ceux qui ont eu la bonne fortune d'y prendre part.

La séance solennelle d'ouverture a eu lieu dans la grande salle du Palais des Académies. Les dames étaient particulièrement nombreusee. La séance était présidée par M. BERRYER, ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène, qui, en un discours très élégant et très fin, souvent haché par des applaudissements nourris, a précisé la sens et la portée de cette manifestation.

Après lui, ont pris successivement la parole, M. le professeur HÉGER, au nom de l'Université libre de Bruxelles; M. le professeur HENRIJEAN (de Liége), délégué du ministre des Sciences et des Arts; le docteur FORMAN, délégué du gouvernement du Luxembourg; le docteur LAPIN, délégué du maréchal LYAUTEY, résident général au Maroc; le docteur ARCHAMBAULT, délégué du gouvernement du Canada; le docteur Victor GARDETTE, rédacteur en chef de la *Presse thermale et climatique* et délégué de l'Association de la Presse médicale française; le docteur BECKERS, secrétaire général des Journées médicales belges.

De plus, le gouvernement français était représenté par M. DE MARGERIE, notre ambassadeur à Bruxelles; la Suisse, par M. BARBEY, son ministre à Bruxelles; le Grand-Duché de Luxembourg par le comte D'ANSEMBOURG, chargé d'affaires à Bruxelles.

Le lundi soir une représentation de gala était donnée aux congressistes au théâtre de la Monnaie, avec, à l'affiche, *Marouf, savetier du Caire*, le bel opéra-comique d'Henri RABAUD.

Le mardi soir, soirée musicale donnée au Cercle artistique et littéraire et dont le programme comportait un ensemble de morceaux des meilleurs maîtres, remarquablement chantés ou exécutés.

Enfin, la dernière journée, celle du mercredi 28, a été consacrée tout entière à une visite de la station thermale de Spa. Un train spécial y a conduit les congressistes qui ont été reçus à leur arrivée par M. le baron DE CRAWEZ, bourgmestre de Spa. La visite de l'établissement thermal a été précédée d'une conférence des plus instructives par le docteur SCHALTIN, délégué du Corps médical. Il fait ressortir les propriétés thérapeutiques des eaux de Spa qui agissent par leur fer et par leur acide carbonique. Le bain carbo-gazeux donne de bons résultats dans les cardiopathies; le fer chez les anémiques. Le bain de boue est d'un emploi courant à Spa, et sous la conduite des médecins de la station, en particulier des docteurs SHALTIN et WYBAUW, nous assistons à sa préparation et visitons l'Etablissement thermal de tout premier ordre qui fut complètement saccagé par les Allemands au cours de leur occupation, mais a été aujourd'hui complètement remis à neuf et muni à nouveau de toute l'installation hydrothérapique enlevée par eux.

Après la visite de l'Etablissement, grand dîner de gala au casino, sous la présidence du bourgmestre de Spa, et au dessert, protestations nombreuses d'amitiés franco-belges qui déchaînèrent des tonnerres d'applaudissements et des bans répétés.

Telles ont été, dans leur ensemble, les Journées médicales belges de 1922; elles laisseront dans la mémoire de tous ceux qui les auront suivies un souvenir impérissable, non seulement par les manifestations scientifiques auxquelles elles ont donné lieu et l'éclat incomparable des réceptions dont elles ont été agrémentées, mais encore, mais surtout par l'atmos-

phère de chaude sympathie dont elles ont été constamment enveloppées. Nous avons vraiment senti que la famille médicale n'était pas seulement une conception de l'esprit, mais qu'elle était une réalité; nous sommes reconnaissants à nos confrères belges d'avoir mis cette réalité en évidence en recevant chez eux, à leur table, dans une intimité très fraternelle, un grand nombre de congressistes; ils nous ont donné une fois de plus l'occasion de goûter le charme de cette hospitalité belge à laquelle tous ceux qui l'ont reçue rendent l'hommage qu'elle mérite.

V. G.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 JUILLET 1922)

Sur l'énergie nerveuse motrice. Electroneurogrammes. — M. I. ATHANASIU. De l'ensemble de ses recherches sur le courant d'action des nerfs et des centres nerveux qui commandent les mouvements volontaires, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Le courant d'action suit l'énergie nerveuse dans toutes ses phases; il est, par conséquent, l'image fidèle de cette énergie.

2° L'énergie nerveuse motrice volontaire est de nature vibratoire et présente chez les mammifères entre 300 et 550 vibrations par seconde.

3° Le chloralose augmente considérablement le nombre des vibrations électroneuromotrices.

Etat d'acidose chez le diabétique et le brightique azotémique (sa signification et sa mesure). — MM. DESGREZ, BIERRY et RATHERY, à la suite de recherches sur divers états pathologiques, arrivent à dissocier l'acétonurie, l'hyperacidité urinaire et l'acidose proprement dite. Pour la protection contre l'acétonurie, ils ont proposé un régime équilibré en graisses, protéines et hydrates de carbone, qui s'est montré l'agent thérapeutique le plus efficace dans ce syndrome. Contre l'état d'acidose (qu'ils ont rencontré chez certains diabétiques et brightiques azotémiques) dont ils donnent une méthode d'épreuve et une mesure, ils proposent du bicarbonate alcalin jusqu'à ce que la réaction de l'urine, appréciée par l'étude de la concentration ionique et le dosage de l'acide carbonique urinaire libre combiné, se maintienne au voisinage de celle du sang.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 18 JUILLET 1922)

Discussion sur les rapports de la grossesse et de la tuberculose. — M. SERGENT désire ajouter quelques mots à son rapport de sa dernière séance; il est de l'avis de M. BAR pour dire que c'est surtout après la délivrance et non pendant la grossesse que celle-ci exerce des méfaits fréquents chez les tuberculeuses; il insiste sur ce fait qu'il faut tenir compte de la notion de terrain si importante dans le processus évolutif de la tuberculose chez la femme.

Nouveaux documents sur le trafic de la cocaïne. Comment remédier à son extension redoutable. — MM. COURTOIS-SUFFIT et René GIROUX. (Voir *Gaz. des hôpit.*, n° 56, p. 901.)

Discussion. — Pour M. BALTHAZARD le danger, très réel à l'heure actuelle, est en Allemagne où on fabrique la cocaïne en quantité considérable.

L'Allemagne ferme les yeux surtout quand le produit passe en France, il serait bon que le gouvernement français prît des mesures pour imposer à l'Allemagne un contrôle sévère sur la fabrication de la cocaïne. C'est là seulement qu'on trouvera la solution du problème.

Accidents du travail occasionnés par des coléoptères. — MM. LOIR et LEGANGNEUX rapportent l'observation d'une série de malades atteints en déchargeant un bateau d'une éruption ressemblant à la gale, avec prurit au niveau du cou, petite toux, état nauséeux, lésions oculaires, et due à l'action d'une série de larves de *dermestes*, petits coléoptères se trouvant en quantité considérable dans le bateau. La maladie sans gravité a duré de quinze à vingt jours.

Le centre rural d'élevage et de prophylaxie antituberculeuse pour nourrissons de Mainville-Draveil (Seine-et-Oise). — Mme R. DUBOST, les docteurs G. BLECHMANN et FRANÇOIS. Le centre d'élevage de Mainville (à 24 kilomètres de Paris) fonctionne avec trois catégories de nourrissons en pension : 1° nourrissons placés par leurs parents ou par des protecteurs ; 2° nourrissons placés par les soins de l'office d'hygiène (enfants sains issus de parents tuberculeux); 3° nouveau-nés ou nourrissons abandonnés et sélectionnés à l'hospice des Enfants-Assistés.

Le centre comprend un pavillon (directrice, salle de consultation, salle de préparation des biberons [lait de vache ou succédanés], infirmerie temporaire), des éleveuses minutieusement choisies, réparties dans un rayon qui ne dépasse pas 2 kilomètres et assujettis à tout moment aux visites du médecin, de la directrice et des infirmières visiteuses. Ce centre d'élevage est devenu rapidement un centre de puériculture rurale : tous les enfants du pays, âgés de moins de deux ans, viennent à la consultation de nourrissons qui a lieu chaque semaine (avec distribution de lait pour les enfants à l'allaitement mixte ou artificiel, visites et soins à domicile).

En deux ans (1920-1921), le centre a exercé sa surveillance sur 95 enfants du premier âge placés en élevage, presque tous admis avant l'âge de six mois dont quelques-uns nous étaient arrivés dans un état de dénutrition avancée ou présentaient des troubles digestifs graves.

En 1921, en comprenant les nourrissons du village amenés bénévolement, 183 enfants ont reçu nos soins ; or, malgré 6 décès de nourrissons issus de tuberculeux et confiés par l'Office d'hygiène, la mortalité globale n'a pas dépassé 4,3 p. 100.

Le centre de Mainville, alimenté par des subventions uniquement françaises, en apportant l'aisance dans une région paraît donc réaliser actuellement le mode d'action le plus efficace et le moins dispendieux pour lutter contre la mortalité des nourrissons « âgés de moins d'un an, privés du sein et séparés de leur mère » (Marfan).

La crise de 1914-1919 a-t-elle eu de l'influence sur le développement corporel des enfants des écoles populaires. — M. MÉRY fait un rapport sur un travail de M. HAROLD-KJERRULF (de Stokholm). L'auteur a constaté un abaissement de la moyenne de la taille qui a diminué de 1 à 2 centimètres, tandis que la moyenne du poids du corps restait semblable l'année suivante (hiver 1920-1921).

Cette diminution avait disparu faisant place à une poussée supérieure à la normale. La cause en est dans l'insuffisance de sels calcaires et surtout le manque de lait. Le docteur Méry insiste sur la nécessité d'une ration importante en lait chez les enfants dont la croissance a été entravée. Il rappelle le rôle des acides aminés dans la croissance.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 15 JUILLET 1922)

De certaines hétérotopies observées dans les encéphalopathies infantiles. — M. L. BABONNEIX. Dans l'écorce de certains sujets atteints de sclérose cérébrale atrophique, de méningo-encéphalite chronique, de porencéphalie, on peut voir de singulières formations cellulaires, d'aspect épithélial, disposée en séries linéaires, souvent recourbées sur elles-mêmes, de manière à constituer d'élégants festons, et qui sont constituées par des éléments ne pouvant être identifiés absolument ni aux cellules nerveuses, ni aux cellules névrogliques.

Ces formations cellulaires, dont certaines, tout au moins, sont en rapport avec les lésions de la pie-mère sus-jacente, relèvent d'un trouble de l'architectonie survenu dans les

premiers mois du développement. Leurs éléments ne sont autres que des neuroblastes et des spongioblastes arrêtés dans leur développement, n'ayant pas subi les transformations évolutives normales, et étant restés en somme à l'état indifférencié.

Remarques sur la digestion pepsique. — MM. Félix Ramond et Pierre Zizine, ayant étudié la marche de la digestion pepsique, in vitro et in vivo, en se servant de blanc d'œuf comme substance albuminoïde, ont déterminé les chiffres d'azote aminé et non protéique résultant de ces digestions. Ces chiffres, rapportés au chiffre d'azote total du milieu, sont en moyenne, de 3,5 p. 100, pour l'azote aminé, de 15 p. 100, pour l'azote non protéique, dans les digestions in vitro. Ces rapports s'élèvent en moyenne à 15 p. 100, pour l'azote aminé et à 40 p. 100, pour l'azote non protéique, dans les digestions in vivo.

Dans une autre série d'expériences, les auteurs ont mis en évidence l'action frénatrice notable, sur la digestion, de certains sels, tels que le citrate de soude, les phosphates de soude et de chaux; tandis que, au contraire, les chlorures de sodium et surtout de magnésium et de calcium, permettent d'obtenir une digestion plus rapide et plus avancée.

Action du bicarbonate de soude introduit par voie rectale sur l'acidité gastrique. — MM. Le Noir, Charles Richet fils et Mathieu de Fossey montrent que, par goutte à goutte bicarbonaté, on peut diminuer l'acidité du suc gastrique, chez les sujets normaux et surtout chez les hyperchlorhydriques. Cette modification de l'acidité est précoce et persiste pendant six à huit heures.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 30 JUIN 1922)

Tumeur de la mâchoire inférieure. — MM. Vinon et Milhaud.

Sclérose en plaques. — MM. Ducamp, Gueit et Boulet présentent un malade atteint de sclérose en plaques dont le tremblement intentionnel a été notablement amélioré par les injections de scopolamine.

Syndrome parkinsonnien. — MM. Euzière et Blouquier de Claret.

Cancer de l'estomac. — MM. Lapeyre, Vinon et Milhaud présentent un cancer de l'estomac circonscrit, remarquable par son développement prépondérant vers la cavité gastrique. La tumeur avait laissé intactes les tuniques gastriques, elle était rattachée par un large pédicule à la grande courbure et laissait à l'estomac toute sa mobilité. Histologiquement, il s'agit d'un épithélioma cylindrique.

Ictère grave de syphilitique. Lésions viscérales multiples. (*Présentation de pièces.*) — MM. Vedel, G. Giraud et Siméon. Cet alcoolique syphilitique porteur d'un anévrisme aortique a réalisé en quelques jours un syndrome d'ictère grave assez complet avec défaillance cardiaque; une saignée d'urgence motivée par la stase veineuse fut suivie d'hémorragies secondaires. Plusieurs hémorragies gastriques abondantes se sont produites au cours de l'évolution. Le coefficient de Maillard-Derrien est demeuré haut, malgré une abondante excrétion d'urée et la valeur élevée du numérateur n'a pas été réduite par la glycose ni par les alcalins. La nécropsie a montré une dégénérescence graisseuse globale du foie, une sclérose rénale bilatérale, avec infarctus, un anévrisme de l'aorte ascendante, avec hypertrophie énorme du ventricule gauche; une calcification presque générale du système artériel, et, enfin, un pylore épais, avec deux ulcus, l'un superficiel gastrique, l'autre, très profond, duodénal.

Signes urinaires et radiographiques dans le myélome multiple. — M. Derrien, tout en rappelant que la protéinurie de Bence-Jones a une grande valeur dans le diagnostic du myélome multiple, rapporte un cas, analogue à celui de Jellinek, avec albuminurie sans réactions de Bence-Jones et avec radiographies typiques de l'humérus et du crâne. La maladie avait d'abord été prise pour un sarcome de l'humérus. L'étude de l'urine conduisit à la radiographie du crâne. L'urine contenait, en outre, des cylindres. M. Derrien pense que la protéine de Bence-Jones a été transformée en albumose au niveau du rein. Il rapproche son observation des expériences de Taylor, Müller et Sweet sur le chien ou la protéine de Bence-Jones était urinée sans modifications chez le chien à rein sain et transformée en albumose chez le chien néphritique. Les albumosuries nettes doivent faire étudier radiographiquement le squelette.

LIVRES NOUVEAUX

Alimentation et hygiène des enfants (1), par le docteur J. Comby

Rien de plus mal connu du public que l'alimentation et l'hygiène des enfants. Tous ceux qui ont l'habitude des crèches, des dispensaires, des hôpitaux d'enfants, savent combien, malgré les conseils du médecin, les mamans commettent de fautes. Celle-ci donne des farineux dès le premier mois, et, sans perdre une seconde, déclanche, chez le bébé, une gastro-entérite aiguë, à moins qu'elle ne fasse de lui un athrepsique. Celle-là prolonge indéfiniment l'usage du lait, et s'étonne que son nourrisson devienne anémique et dyspeptique. Cette autre ferme délibérément les yeux sous quelque grave symptôme, qu'elle attribue aux *dents*, aux *vents*, aux *vers* ou aux *glaires*, ces quatre romans de la médecine infantile (H. Roger). Que leur manque-t-il à toutes? Ce bon livre élémentaire bien pratique, qui soit écrit pour elle, où elles puissent trouver rapidement, grâce à l'ordre alphabétique, le renseignement cherché. C'est ce livre dont M. J. Comby a conçu l'idée, et dont nous avons leplaisir d'annoncer aujourd'hui la 4e édition. Comme les précédentes, elle se distingue par la clarté avec laquelle sont traitées les questions posées; comme aux précédentes, on peut lui prédire un succès, dont le nom de l'auteur est le plus sûr garant.

L. BABONNEIX.

La Croissance (2), par le docteur Apert, médecin de l'hôpital des Enfans-Malades. [Bibliothèque de phil. scient., dirigée par le docteur Gustave Le Bon.]

S'il est une période de la vie où l'on puisse espérer agir sur l'organisme, c'est bien à l'époque de la croissance, c'est-à-dire au moment où l'être encore malléable peut être influencé d'une façon ou d'une autre.

Or, pour agir convenablement, il convient d'abord de bien connaître les conditions de la croissance normale. C'est le point de départ essentiel d'une pareille étude, point étudié par l'auteur dans tous ses détails à l'aide des données actuelles.

Il faut ensuite savoir quelles sont les anomalies de cette croissance, quelles sont les causes qui la font dévier ou la modifient, afin de pouvoir les éviter le cas échéant ou les combattre si elles continuent d'agir.

Or, deux données importantes sont à l'origine de ces questions et les dominent, celles des glandes à sécrétion interne et celles des vitamines. Aussi l'auteur consacre-t-il des pages fort intéressantes et remplies de détails instructifs à ces problèmes actuels si riches en déductions pratiques.

Bien d'autres questions sont encore traitées dans ce volume si complet, rôle du système nerveux ou rôle de l'hérédité par exemple. Ce qui en fait la valeur, c'est que sa portée dépasse le monde médical et que les idées qui s'y trouvent développées pourront être utiles à tous.

P. PRUVOST.

(1) 4e édition. — Paris, Vigot frères.
(2) Paris, Ern. Flammarion.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

EXCURSIONS A FONTAINEBLEAU ET A MORET. — *Train spécial à prix réduits.* — Rappelons que la Compagnie P.-L.-M. mettra en marche, tous les dimanches, jusqu'au 24 septembre, un train spécial à prix réduits, 2e et 3e classes, de Paris à Fontainebleau et Moret dans les conditions suivantes :

Aller : dép. de Paris, 7 h. 30; arr. Fontainebleau 8 h. 35; Moret 8 h. 50. Retour : par tous les trains du même jour dans les conditions prévues pour les voyageurs.

Prix des billets aller et retour : de Paris à Fontainebleau, 2e cl. 11 fr., 3e cl. 7 fr.; de Paris à Moret, 2 cl. 12 fr., 3e cl. 7 fr. 50.

Nombre de places limité. Délivranee des billets : Agence P.-L.-M., 88, rue Saint-Lazare; gare de Paris P.-L.-M.; bureaux de ville de la Compagnie et principales Agences de voyages.

A la gare de Fontainebleau, le nouveau train est en correspondance directe avec les services P.-L.-M. d'autocars pour la visite de la Forêt.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
Pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.



ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. Micheleau est chargé d'un cours complémentaire de pathologie interne à la Faculté, en remplacement de M. P. Mauriac, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ LIBRE DE LILLE. — Un concours pour une place de chef de clinique médicale s'ouvrira le lundi 30 octobre 1922, à 9 heures du matin, à l'hôpital de la Charité, boulevard Montebello, à Lille.

— Un concours pour une place de prosecteur d'anatomie s'ouvrira le lundi 6 novembre 1922, à 9 heures du matin, à la Faculté de médecine, 56, rue du Port.

Pour les conditions de ces deux concours, prière de s'adresser au secrétariat des Facultés catholiques, 1, rue François-Baës.

SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Classement de sortie des médecins et pharmaciens aides-majors de 1re classe, élèves de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales :

Médecins. — MM. 1. Pecarrère ; 2. Roques; 3. Advier ; 4. Toubert ; 5. Raguenaud; 6. Clabairac; 7. Charrier; 8. Renaud; 9. Basset; 10. Girard ; 11. Duga; 12. Legendre; 13. Gonzalez; 14. Lacommère; 15. Bouny; 16. Nauleau; 17. Pujol; 18. Clément; 19. Leschi; 20. Loupy; 21. Comès; 22. Masson.

Pharmaciens. — MM. 1. Alexis; 2. Guillou ; 3. Guichard; 4. Chambeau ; 5. Pichat.

L'ordre ci-dessus détermine le rang d'ancienneté de ces officiers dans le grade de médecin et de pharmacien aide-major.

Ces médecins et pharmaciens aides-majors de 1re classe sont affectés pour ordre au 22e régiment d'infanterie coloniale jusqu'à leur embarquement pour les colonies.

ESPAGNE. — Le Congrès national d'ophtalmologie aura lieu du 19 au 24 septembre.

Le ministère de l'Instruction publique a chargé le Dr Verdes Montenegro d'une mission en France et en Allemagne pour y étudier les orientations modernes de la lutte contre la tuberculose.

MEXIQUE. — Le VIIe Congrès national de médecine se tiendra à Saltillo du 3 au 10 septembre et sera accompagné d'une exposition internationale de tout ce qui se rapporte à l'hygiène et à la médecine.

Les congressistes sont invités à s'occuper surtout de l'alcoolisme, de la tuberculose et des maladies vénériennes.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du Dr Armand Bernard, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Armand Bernard avait été frappé il y a deux mois par la plus épouvantable des catastrophes. Sa femme avait été assassinée à coups de hache par une domestique devenue subitement folle. Notre malheureux confrère et ami n'a pu survivre à son affreuse douleur et s'est donné la mort.

Tous ceux qui l'ont connu garderont de lui un souvenir ému.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE (HÔPITAL BROCA, service de M. le prof. Jean-Louis FAURE). — GYNÉCOLOGIE. — *Cours de vacances.* — MM. les Drs S. Mossé, chef de clinique; René Bloch, chef de clinique adjoint, feront un cours de perfectionnement à la clinique gynécologique (hôpital Broca), du lundi 25 septembre au samedi 7 octobre 1922.

Le cours complet, en 12 leçons, aura un caractère essentiellement pratique.

Les leçons auront lieu chaque après-midi de 5 heures à 7 heures du soir.

Les élèves suivront le service tous les matins et seront exercés individuellement à l'examen gynécologique des malades.

Une démonstration cinématographique aura lieu le samedi 7 octobre à 6 heures du soir.

Le droit à verser est de 150 francs.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants titulaires de 16 inscriptions, sur la présentation de la quittance de versement.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

CHRONIQUE

LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE L'HYGIÈNE PUBLIQUES AU MAROC (1)

« Il n'y a pas de fait plus solidement établi que l'efficacité du rôle du médecin comme agent de pénétration, d'attirance et de pacification. »

Ces paroles du maréchal Lyautey nous prouvent, mieux que tout ce que nous pourrions dire, le parti, qu'avec son sens merveilleux de l'organisation, il a su tirer au Maroc de la collaboration de nos confrères. Dans la préface qu'il a bien voulu écrire en tête de ce volume de 250 pages illustré de figures suggestives, rempli de documents instructifs, de statistiques démonstratives, le maréchal nous présente ainsi les deux auteurs de cette œuvre salutaire et bienfaisante : « Leur modestie, dit-il, ne leur a pas permis de se présenter au lecteur, de dire la part qu'ils ont prise à l'organisation qu'ils décrivent. L'un, le docteur Mauran, a été un de mes collaborateurs de la première heure. Nous avons ensemble posé les fondations de l'œuvre. Le second, le docteur Colombani, plus tard venu, a apporté une intelligence et un entrain qui lui ont fait doubler les étapes. Tous deux, avec d'autres dont je ne citerai pas les noms — ils sont trop — poursuivent leur effort avec la conviction sans laquelle tout est stérile. »

Trop souvent nos services ne sont pas appréciés selon leur mérite. Nous devons être reconnaissants au maréchal Lyautey d'avoir, avec sa haute autorité, rendu justice à ses collaborateurs.

Ce qui domine tout l'organisme d'hygiène et de prophylaxie générale au ministère de la santé du Maroc, c'est l'unité de direction. Il s'agit d'une véritable dictature sanitaire. Le directeur du service de santé des troupes d'occupation est en même temps président du Conseil supérieur d'hygiène. Personnel civil et personnel militaire, matériel civil et matériel militaire sont dans la même main. L'organisme sanitaire tout entier obéit à une seule pensée directrice. Le directeur général des services de santé est donc un véritable ministre ne relevant que du résident général.

Ce qu'il faut le plus admirer dans cet organisme, c'est la simplification des services. Cette convergence vers une seule direction se fait sans à-coups, sans discussions oiseuses, sans correspondances inutiles, sans formalités administratives compliquées, parce que sans règles préétablies ; les décisions sont dictées par les circonstances ; le téléphone ou le télégraphe transmet immédiatement des ordres ; « tout s'arrange et se régularise *après*, jamais *avant* et tout est là ». Quelle leçon ! et comme nos propres administrations devraient s'en inspirer.

Remarquons, en passant, que dans son désir de simplification, ce service qui s'appelait, au début, service de l'assistance et de l'hygiène publiques, a pris pour appellation définitive celle de service de la santé et de l'hygiène publiques. On a donc tout simplement supprimé tout le rouage de l'Assistance publique qui appartient dès lors au ministère de l'Intérieur.

De l'Assistance publique il n'a été gardé que le rouage de l'assistance médicale aux indigents par l'intermédiaire des dispensaires, des consultations, etc. Il comprend, en outre, les organes d'hygiène et de prophylaxie, les bureaux d'hygiène, médecins mobiles, lazarets, services sanitaires maritimes, missions d'ordre prophylactique, toutes les organisations de défense contre les épidémies.

Il résulte de ces faits que l'Assistance publique proprement dite ou mieux l'assistance administrative en est encore, au Maroc, à chercher sa formule d'application, à reconnaître sa zone d'action. Elle est vaguement rattachée à la direction des affaires civiles et attend son heure.

De même qu'une armée en marche est souvent obligée de laisser en arrière ses impédiments, de même le service de défense sanitaire, avant de se préoccuper des déchets sociaux, aliénés, incurables, vieillards, enfants, etc., s'est surtout préoccupé de préserver ceux qui agissent et qui travaillent, d'améliorer les conditions de milieu, de reconnaître les dangers pathologiques et d'y faire face par des moyens rapides.

Tous les grands coloniaux, Galliéni entre autres, ont reconnu que l'effort médical et prophylactique, quelque onéreux qu'il soit aux débuts d'une occupation paie largement ses frais par une conservation de population qui correspond à un accroissement de main-d'œuvre.

En résumé, dans nos colonies, la phase de défense a toujours précédé la phase de prévoyance.

Quand vient le rôle de l'assistance, c'est par la protection de la mère et de l'enfant qu'il doit débuter. Cette œuvre est déjà en bonne voie au Maroc, grâce surtout à l'heureuse initiative de Mme la maréchale Lyautey.

Nous n'insisterons pas sur toutes les fondations, dispensaires, laboratoires, instituts vaccinothérapiques, crèches, gouttes de lait, maternités, etc. Nous nous contenterons de conclure qu'au Maroc on ne s'embarrasse guère des sacro-saints règlements, des questions de bouton et du formalisme des grades. Le médecin militaire qui accomplit une besogne civile accepte bien volontiers les instructions du fonctionnaire en veston et le commandant de région comprend volontiers que le médecin civil mobile qui s'enfonce en pays chleuh double son prestige médical d'un képi à galons variables suivant les besoins de la cause.

Il s'agit ici d'une œuvre si vaste qu'il est impossible d'entrer dans les détails. Indiquons seulement les grandes lignes qui ont présidé à l'organisation du service :

Le domaine de l'assistance médicale comprend des hôpitaux ou infirmeries indigènes correspondant à des chefs-lieux de région, de territoire, ou de cercle parmi lesquels se détachent des formations à grand rayonnement et à statistiques impressionnantes, tels l'hôpital Cocard de Fez, l'hôpital Mauchamps à Marrakech, l'hôpital indigène de Casablanca, etc. ; une douzaine d'infirmeries indigènes, puis viennent les infirmeries indigènes amorcées dans des bourgades et dans des postes, enfin les infirmeries rudimentaires des postes d'ordre purement stratégique.

A ce domaine s'ajoutent les dispensaires de consultation générale, les cliniques spéciales.

Seize sections sanitaires mobiles viennent compléter l'œuvre de surveillance sanitaire et d'assistance aux tribus.

Cent trente médecins civils ou militaires assurent les diverses besognes médicales. Ils sont secondés par 80 infirmiers ou infirmières européens et 215 infirmiers indigènes. On peut évaluer à 200 salariés environ le nombre des journaliers employés dans les services d'exploitation des formations sanitaires.

L'assistance s'organisait en 1913 avec 25 médecins civils et le concours des médecins militaires ; 20 infirmiers européens, une cinquantaine d'infirmiers indigènes et 500.000 fr. au budget. En 1921, le nombre des médecins civils a triplé, le nombre des infirmiers a plus que triplé, les infirmiers indigènes sont passés de 50 à 215, le budget de 500.000 francs à 11 millions et demi.

Ce dernier chiffre se passe de commentaires et en dit plus long, à lui seul, que toutes les réflexions que nous pourrions ajouter.

Cette histoire du ministère de la Santé et de l'Hygiène publiques au Maroc est vraiment pleine d'intérêt et fait le plus grand honneur à leurs auteurs ; si bien secondés, dans leur œuvre, par leur chef suprême le maréchal Lyautey. Elle nous montre tout ce que peuvent les hommes qui veulent et qui savent ce qu'ils veulent.

La concentration de tous les services sous une seule direction, l'initiative privée, l'intelligente compréhension des nécessités premières pour atteindre le but, la coordination de tous les efforts pour réaliser le progrès, le travail assidu et le dévouement absolu du personnel tant civil que militaire, le dédain bien justifié de toutes les entraves administratives, telles sont, selon nous, les causes qui ont permis d'obtenir au Maroc un succès sans précédent.

Le maréchal Lyautey et ses collaborateurs ont bien mérité de la Patrie.

A. BROCHIN.

(1) Un vol. gr. in-8° illustré, par les docteurs Colombani, sous-directeur des services de la santé et de l'hygiène publiques, et Mauran, inspecteur général des formations sanitaires.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

TUBERCULOSE

Sous la direction de M. André LEMIERRE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ, MÉDECIN DES HÔPITAUX

CLINIQUE

Sclérose pulmonaire et tuberculose fibreuse. (DUMAREST. *Ann. de méd.*, XI, n° 3, mars 1922.) — La tuberculose fibreuse est autre chose que l'infiltration nodulaire fibro-caséeuse à tendance fibreuse prédominante. Elle serait caractérisée « par la progression insensible des lésions s'acheminant par une imperceptible transition de la sclérose diffuse légère à la bacillose fibreuse caractérisée ouverte ». Cette évolution a duré dix-huit ans dans le cas étudié par Dumarest ; il ne s'agit pas de poussées évolutives séparées par des périodes de repos plus ou moins longues, mais d'une affection au cours indéfini, d'une maladie « continue ». Le diagnostic n'est ni stéthoscopique, ni bactérioscopique, mais radiologique : arborisations bronchiques s'épanouissant autour d'un hile empâté ; plus tard, champ pulmonaire « en damier » avec bases trop claires et diaphragmes peu mobiles. Il y aurait là, évidemment, sujet à de longues controverses, d'autant que l'anatomie pathologique est bien souvent banale et que « la signature spécifique » se réduit souvent à la constatation d'une minime lésion bacillaire microscopique dans un ganglion intertrachéobronchique.

M. LÉON-KINDBERG.

La forme floride de la tuberculose du nourrisson. (DEBRÉ et JOANNON. *Ann. de méd.*, X, n° 4, avril 1922.) — Continuant leurs recherches systématiques sur les nourrissons issus de mères tuberculeuses et isolés à la crèche de l'hôpital Laënnec, les auteurs montrent que la tuberculose du nourrisson peut être et demeurer, non seulement bénigne, mais absolument latente : elle se réduit à la seule cuti-réaction positive et celle-ci n'est une surprise que si l'on ignore les risques de contamination que l'enfant a courus.

Debré et Joannon rapportent huit observations : quatre cas d'enfants infectés pendant le premier semestre de leur existence, et quatre autres pendant les deuxième et troisième semestres : les huit enfants sont en parfait état un an et deux ans après l'infection, et ce malgré les incidents habituels de la première enfance : rhinopharyngites, coqueluche même, etc. L'examen radiologique montre que la contamination a suivi la voie habituelle, pulmonaire, puis ganglionnaire.

De l'étude détaillée de ces huit cas, les auteurs concluent que la forme floride est fonction d'un contact peu durable, peu intime, ou avec des personnes peu contagieuses ou sachant prendre les précautions hygiéniques nécessaires : le facteur dominant est donc la petite dose de bacilles absorbés.

M. LÉON-KINDBERG.

Sur le pronostic et l'évolution des diverses formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire. (BURNAND. *Revue de la tub.*, 1921, n° 6.) — Ce travail, extrêmement important, apporte la statistique de 2.049 malades soignés à Leysin de 1912 à 1921. L'impression franchement pessimiste qui s'en dégage est heureusement corrigée par les considérations thérapeutiques que l'auteur développe en guise de conclusion.

Nous ne pouvons le suivre dans l'analyse des nombreuses catégories de tuberculoses qu'il considère tour à tour, selon une classification complexe assez proche de celle de Bard :

Dans un premier groupe, nous réunirions les tuberculoses sans tendance évolutive « abortives, fibreuses, fibro-corticales », en somme, sans fièvre et sans bacilles dans les crachats. Ici, le pronostic est des plus favorables. Mais le sanatorium le transforme-t-il vraiment, ou ne fait-il que l'améliorer ?

Dans la tuberculose habituelle, celle qui ne demande qu'à évoluer, tout change : sauf dans 70 cas, constituant une série à diagnostic ultraprécoce, le pronostic est grave : dès la période initiale de la deuxième période, dès que la tuberculose est ouverte et fébrile — et nous savons combien chez l'adulte ce stade est rapidement atteint, s'il ne l'est même pas d'emblée bien souvent — le pronostic est presque toujours fatal. Fait curieux, les phtisiques cavitaires parvenus à l'apyrexie (mais ne représentent-ils pas justement une véritable sélection ?) ont une survie très prolongée, mais à condition de résider continuellement à Leysin.

Naturellement, dans les tuberculoses aiguës, caséeuses ou granuliques, le pronostic est plus grave encore.

Résumant toutes ces données, qu'il faut étudier de près dans l'article original, Burnand conclut que « les progrès acquis au sanatorium sous l'influence de la cure sont temporaires et fragiles ». Dans les deux tiers des cas, les malades sont voués à la mort plus ou moins rapidement.

Il ne semble pas que la thérapeutique proprement médicale puisse, à l'heure actuelle, transformer ces résultats : les statistiques anglaises portant sur un nombre imposant de cas soignés parallèlement, les uns avec, les autres sans tuberculine, prouvent, à l'évidence, qu'il n'y a à cette heure rien à attendre de ce côté.

Au contraire, le pneumothorax artificiel transforme complètement le pronostic pour certaines catégories de malades : il y aurait le plus grand intérêt à l'employer beaucoup plus largement et de façon plus précoce, à « associer à la cure, dans le traitement des phtisies ouvertes, le traitement opératoire infiniment plus puissant ».

M. LÉON-KINDBERG.

Cf. — Il cuore nei tubercolosi e tubercolo del miocardio. (Ezio BENVENUTI. *La Rif. med.*, 1921, n° 24.)

The right ventricule in pulmonary tuberculosis. (E. BOAS and H. MANN. *Arch. of Int. med.*, t. XXVIII, n° 1.)

Ueber tuberkulöse myokarditis. (MASSINI. *Schweiz. med. Woch.*, 1921, n° 50.)

Ueber myokarditis tuberculosa. (LUSCHER. *Schweiz. med. Woch.*, 1921, n° 50.).

Myocardites tuberculeuses et myocardites bacillaires. (LENOBLE. *Revue de la tub.*, 1921, n° 4.) — Extrême rareté des lésions tuberculeuses proprement dites. Les troubles « fonctionnels » sont très variés et l'étude électrocardiographique permet d'incriminer une atteinte du myocarde que l'étude histologique ne permet pas toujours de nettement affirmer.

M. LÉON-KINDBERG.

La moitié des cavernes tuberculeuses du poumon sont muettes à l'auscultation. (BURNAND et CARRARD. *Presse méd.*, 31 mai 1922.) — C'est la pratique constante de la radiologie qui a montré la fréquence de cavernes « sans signes caverneux ». Il s'agit le plus souvent de cavernes profondes, de cavernes fibrosées et enkystées (se méfier des scléroses denses d'un sommet), surtout des cavernes situées à la marge externe du lobe supérieur.

En fait, l'ulcération, la perte de substance sont beaucoup plus précoces dans la tuberculose évolutive qu'il n'est classique de l'enseigner : « La caverne est, chez un phtisique confirmé, une lésion banale, très fréquente et très précoce. » « Un tuberculeux, dont la poussée évolutive date de trois mois, est, en règle, devenu cavitaire. » Le fait peut se produire, et non pas exceptionnellement, en deux ou trois semaines.

M. LÉON-KINDBERG.

Hypertrophic osteoarthropathy in pulmonary Tuberculosis. (CORPER and COSMAN. *Amer. Rev. of Tub.*, july 1921, n° 5.) — Travail très consciencieux, enrichi de nombreuses planches, photographies, radiographies : ongles en verre de montre, doigts renflés, déformations des orteils, des maxillaires sont minutieusement décrits et étudiés dans leur rapport, qui semble étroit, avec les tuberculoses évolutives.

Les auteurs y joignent les moulages et les reproductions du « nodule palatin », plus rare, mais de même signification.

M. LÉON-KINDBERG.

Die Bedeutung der Verstreuung von Hustentröppchen für die Verbreitung der Phtise. (C. FLÜGGE. *Zeit. f. Tub.*, mai 1922, t. XXXIV.) — L'auteur apporte de nouvelles expériences et de nouveaux arguments en faveur de sa théorie de la contamination tuberculeuse par les gouttelettes de salive. Il a étudié les gouttelettes projetées par la toux sur des cadres tendus de 20 à 80 centimètres des lèvres du tousseur. Il distingue les grosses gouttelettes centrales, d'origine buccale, contenant des cellules épithéliales et les nombreux microorganismes de la bouche, mais pas de bacilles de Koch, et les fines gouttelettes (ne dépassant pas parfois 20 microns), plus éloignées, d'origine bronchique, contenant des cellules de pus et des bacilles de Koch. Il a vu que l'expectoration bacillifère était surtout importante le matin et a tenté de calculer le nombre de gouttes infectantes et le nombre de bacilles que pouvait projeter un phtisique.

A partir des gouttelettes, trois voies d'infection sont possibles : le contact direct (par la main), les poussières, enfin l'inhalation directe des plus fines gouttelettes alors qu'elles sont encore en suspension dans l'air. Aussi, à côté des moyens habituels de prophylaxie, insiste-t-il sur les habitudes hygiéniques qu'il importe d'imposer au tousseur. En particulier, celui-ci devrait se tenir éloigné d'au moins 80 centimètres de son entourage, car c'est là la distance maxima que ne peuvent dépasser les plus fines particules projetées.

M. LÉON-KINDBERG.

Healing by resolution in experimental pulmonary tuberculosis. (Leroy A. GARDNER. *Amer. Rev. of Tub.*, mai 1922.)

The healing and disappearance of Tubercle. (Allen K. KRAUSE. *Ibid.*, Editorial.)

GARDNER s'est servi d'une souche particulière de bacille de Koch, isolée par Trudeau en 1891, conservée depuis et déjà étudiée par Krause en 1916. Elle est remarquable, d'une part, par le faible degré de sa virulence, et, d'autre part, par la constance de ses caractères et en particulier de cette virulence atténuée à travers tant de repiquages depuis plus de trente ans.

Chez le cobaye, la lésion ulcéro-caséeuse disparaît petit à petit sans que l'état général paraisse touché le moins du monde. Gardner a en particulier étudié l'inoculation pulmonaire dont une série de planches permet de suivre l'évolution : d'abord formation de tubercules à centres caséeux ; puis ceux-ci disparaissent : il n'y a plus que de petits nodules granuleux et lymphocytiques ; plus tard, on ne constate qu'un peu d'épaississement pleural et un léger emphysème localisé. Enfin, tout disparaît et il ne persiste plus qu'une faible hyperplasie lymphoïde intrapulmonaire sans caractères spécifiques. Il n'y a eu, cela va sans dire, ni tuberculose des ganglions hilaires, ni généralisation.

KRAUSE, dans un article « Editorial » intéressant mais surtout riche en aperçus hypothétiques, montre les applications cliniques possibles de ces expériences.

M. LÉON-KINDBERG.

Les localisations extrapulmonaires de la tuberculose, leur interprétation pathogénique, leurs réactions à la tuberculine. (E. RIST. *Revue de la tub.*, 1922, n° 3.) — Dans cette conférence, faite à la séance annuelle de la Société d'ophtalmologie de Paris, l'auteur a su résumer avec une clarté et une force remarquables les idées directrices de la phtisiologie actuelle, idées auxquelles il a contribué pour sa bonne part.

En fait, ces tuberculoses « locales » sont toujours secondaires, et se distinguent par tous leurs caractères des rares faits de tuberculose primitive de la peau ou de l'œil : néanmoins, pour le clinicien, la rareté des tuberculoses extrapulmonaires observées dans les services de phtisiques ou dans les dispensaires consacrés aux tuberculeux pulmonaires est très frappante et, d'autre part, les tuberculeux extrapulmonaires que nous observons sont presque toujours indemnes de tuberculose pulmonaire (au moins au début). C'est qu'à partir de la primo-inoculation, du « chancre » le plus souvent pulmonaire, si l'enfant en triomphe, va se développer un état particulier : l'allergie et « suivant le degré d'immunité allergique acquise par les sujets porteurs d'une telle lésion, les embolies bacillaires sont stériles ou bien elles vont créer un foyer tuberculeux secondaire dans un organe extrapulmonaire », et le caractère commun de ces tuberculoses secondaires sera de rester localisé. D'autre part, « c'est sans doute l'état allergique entretenu par la persistance d'une tuberculose locale extrapulmonaire qui immunise son porteur contre la phtisie pulmonaire ».

Dans la deuxième partie de son exposé, Rist étudie l'action de la tuberculine : il distingue classiquement les trois réactions locale, générale et de foyer et rappelle leur utilisation soit diagnostique, soit pronostique, soit thérapeutique, et insiste surtout sur la réaction de foyer : c'est, en effet, elle qui s'oppose à toute tuberculinothérapie pulmonaire intense ; la réaction focale, de par la structure, l'état physiologique, la mobilité du parenchyme, est dangereuse au niveau du poumon.

Or, elle est la seule qui permette, lorsqu'elle est possible, d'espérer un remaniement favorable des lésions. Il semble donc indiqué de la rechercher dans les tuberculoses externes, et de fait, de bons résultats en ont été signalés. Cependant, ils restent rares : c'est que, pour obtenir la réaction nécessaire, il faut le plus souvent augmenter les doses à une allure de plus en plus progressives ; bien plus, la réaction locale seule subsiste et s'amplifie et le traitement devient inefficace. « Le malade s'immunise contre la tuberculine, sans immuniser davantage contre la tuberculose. »

Pour conclure, « il ne faut ni dénigrer la tuberculine et lui refuser toute valeur, ni fonder sur elle des espoirs chimériques que, depuis trente ans, l'expérience a toujours démentis. Mettons-là à sa place, qui scientifiquement est immense, qui pratiquement est modeste ».

M. LÉON-KINDBERG.

DIAGNOSTIC

Recherches sur la valeur antigène des émulsions bacillaires et des extraits éthyliques et méthyliques des bacilles tuberculeux. (NÈGRE et BOQUET. *Ann. Inst. Past.*, mai 1921.)

De la spécificité de l'antigène tuberculeux de Besredka. (URBAIN et FRIED. *Ann. Inst. Past.*, mai 1921.)

Réaction de fixation à l'antigène de Besredka, dans les tuberculoses externes. (FRIED et MOSER. *Ann. Inst Past.*, juin 1921.)

Réaction de fixation (antigène de Besredka et tuberculose. (RIEUX et Mlle BASS. *Ann. Inst. Past.*, juin 1921.)

Section d'études scientifiques de l'œuvre de la tuberculose. (Séance du 11 juin 1921 consacrée à la réaction de fixation dans la tuberculose. *Rev de la tub.*, n° 5, oct. 1921.)

Réaction de fixation et tuberculose. (RIEUX et ZIELLER. *Pr. med.*, 5 nov. 1921.)

Réaction de fixation dans la tuberculose avec l'antigène de Besredka. (G. KÜSS et RUBINSTEIN. Sect. d'ét. sc. tub., 12 nov. 1921, in *Rev. de la tub.*, 1922, n° 1.)

Diminution des anticorps dans le sérum des tuberculeux après le pneumothorax artificiel. (ARMAND-DELILLE, HILLEMAND et LESTOCQUOY. (*C. R. Acad. med.*, 15 nov. 1921.)

Réaction de fixation et tuberculose. (Léon BERNARD et J. VALTIS. Sect. d'ét. sc. de l'œuvre de la tub., 14 janv. 1922, in *Rev. de tub.*, 1922, n° 2.)

Sur les variations des anticorps tuberculeux dans le sérum des malades traités par le pneumothorax artificiel. (Léon BERNARD, BARON et J. VALTIS. *Ibid.*)

La réaction de fixation dans la tuberculose a été l'objet de nombreuses recherches ; certaines conclusions paraissent s'en dégager.

Tout d'abord, sa spécificité est certaine. C'est à l'antigène de Besredka (émulsion de bacilles cultivés sur milieu à l'œuf), que la majorité des auteurs s'est adressée. On lui a pourtant

reproché (CALMETTE, NÈGRE et BOSQUET) de ne pouvoir être égal à lui-même, étant composé de bacilles vivants, groupés en amas dont le microscope montre la diversité de forme et de dimension, et l'irrégulière répartition; l'extrait méthylique, aussi spécifique, aurait l'avantage d'une constance et d'une conservation indéfinies. Cependant, en pratique, les auteurs (MOSER, par ex.), qui emploient simultanément les deux antigènes, obtiennent des résultats identiques. D'autre part, la réaction est toujours « faible » : le nombre d'unités de complément fixées est toujours minime, et bien des résultats sont difficiles à interpréter. « La réaction finit, dit Rubinsteim, là où le Wassermann commence. » Rappelons enfin que la réaction n'a toute sa valeur que lorsque le Wassermann est négatif.

Quelques auteurs pourtant lui attribuent d'ores et déjà une importance capitale, tant diagnostique que pronostique : pour M. RIEUX, elle permettrait de dépister la tuberculose latente, une réaction positive impliquant forcément l'existence d'une lésion « ayant un certain degré d'activité »; pour MM. LANZENBERG et JACQUOT, la réaction « facilite à la porte d'un dispensaire un premier triage permettant d'éliminer d'emblée les suspects à petits signes. »

Mais la plupart des observateurs font des réserves : le nombre des réactions trop faibles pour être interprétées (20 p. 100 RIST), la proportion de réactions positives chez des non tuberculeux ou négatives chez des tuberculeux avérés (sans rapports précis avec une forme clinique), l'infidélité et l'irrégularité des réponses dans la pleurésie sérofibrineuse (COURCOUX) invitent à une « interprétation prudente » (ARLOING). *A elle seule*, elle n'autorise pas à nier ou à affirmer la tuberculose, à nier ou à affirmer son caractère évolutif (SERGENT, RIST, MERKLEN, PIERY). Pour BEZANÇON et BERGERON, une réaction franche, possédant une valeur diagnostique certaine, ne se rencontre guère que chez les tuberculeux avérés.

Signalons, à côté, des faits très curieux : le nouveau-né sain, à cutiréaction négative, né d'une mère tuberculeuse, a une réaction de fixation positive; les anticorps, transmis par la mère, disparaissent après un laps de temps qui n'excède jamais trois mois (RIBADEAU-DUMAS). Dans un autre ordre d'idées, il est intéressant de noter qu'au cours du pneumothorax artificiel, il y a diminution des anticorps en même temps que se réalise le collapsus pulmonaire et que s'affirme l'amélioration clinique (ARMAND-DELILLE, Léon BERNARD).

Il est difficile de porter un jugement définitif : la réaction de fixation nous montre à coup sûr autre chose que la cutiréaction, mais ce qu'elle nous montre exactement n'apparaît pas encore avec précision. Mais rappelons-nous combien l'étude des réactions à la tuberculine a été féconde, tout en décevant les espoirs qu'elles avaient fait naître : « si la réaction de fixation n'est pas capable de déceler avec précision, comme l'ont espéré ses premiers protagonistes, les tuberculoses évolutives à l'exclusion des tuberculoses occultes, étudiée avec méthode et sans parti pris, elle ne peut manquer de nous faire pénétrer plus avant dans l'intelligence des problèmes de la tuberculose. » (RIST).

Dans les tuberculoses chirurgicales, elle permettrait peut-être des conclusions plus fermes : une réaction positive serait presque toujours l'indice d'un foyer tuberculeux en activité. (MOSER et FRIED.)

M. LÉON-KINDBERG.

Cf. — L'isolement des bacilles tuberculeux à partir des crachats tuberculeux d'après la méthode de Pétrof. (H. LIMOSIN. *Ann. Inst. Past.*, 1921, n° 8.)

Sur le diagnostic de la tuberculose par l'ensemencement direct des produits d'expectoration. (CALMETTE. *Paris méd.*, 7 janv. 1922.) — Le milieu de Pétroff, à base d'œuf de poule et de viande de veau, coloré par le violet de gentiane, permet d'obtenir des cultures pures de bacilles de Koch à partir des différents produits pathologiques, et en particulier des crachats. Presque aussi sensible que l'inoculation au cobaye, cette méthode donne une réponse en quelques jours, une semaine en général.

M. LÉON-KINDBERG.

Syphilis of the lungs simulating tuberculosis. (H.-M. MINTON. *New-York méd. journ.*, 1er juin 1921.) — Fréquence relative de la syphilis des sommets. Quand l'examen des crachats, en cas de lésions apicales, reste obstinément négatif, il faut faire un Wassermann et tenter le traitement (trois observations).

M. LÉON-KINDBERG.

X. Rays schadows of lungsyphilis and syphilitic-tuberculosis symbiosis in the lungs. (W. WATKINS. *Amer. journ. of Roentgen*, may 1921.) — La syphilis se propagerait le long des artères tandis que la tuberculose suivrait la voie lymphatique (la distinction des ombres, dans les deux cas, semble bien problématique). La symbiose syphilis-tuberculose (l'hybride de M. Sergent) s'opposerait à l'évolution de la phtisie et Watkins pense « qu'il ne faut pas arrêter l'évolution fibreuse d'une syphilis par le traitement arsenical, si la tendance de cette fibrose est d'arrêter la tuberculose. » (?)

M. LÉON-KINDBERG.

Ueber nicht tuberkulöse Lungenspitzkatarrhe. (LIEBERMEISTER. *Deut. med. Woch.*, 1921, n° 10.)

Bronchectasis and bronchitis associated with accessory sinus disease. (Welband GILBERT. *Journ. Am. med. Ass.*, 12 mars 1921.)

Tropical bronchopulmonary mycosis. (MENDELSON. *Journ. Am. med. Ass.*, 9 juil. 1921.)

Chronic non tuberculous lungdisease. (GREELY. *Med. Rec.*, 16 juil. 1921.)

Ueber Lungenstreptotrichose. (H. LENHARTZ. *Dtsch. Arch. f. Klin. med.* Bd 136, H 3-4.)

Il n'y a pas que la syphilis qui réalise des lésions pseudo-tuberculeuses du poumon. LIEBERMEISTER, à la suite de la grippe, ou même sans début précis, a vu des sujets avec toux, expectoration, parfois même hémoptysie et signes de « catarrhe » localisés au sommet d'un poumon : l'absence de bacilles de Koch dans les crachats, l'absence de réaction générale ou locale aux injections sous-cutanées de tuberculine, même à forte dose, permettent d'éliminer la tuberculose. L. pense surtout à des grippes bâtardes; GILBERT à des lésions rhinopharyngées méconnues; GREELY dans trente cas a pu cultiver des moisissures (penicillus, aspergillus, levures) et obtenu de bons résultats du traitement ioduré; il s'agissait de streptothrix dans le cas de LENHARTZ. Le rôle des champignons semble surtout important dans les régions tropicales : MENDELSON, au Siam, aussi bien par culture des crachats qu'après autopsie et examen microscopique, étudie une mycose, cliniquement et anatomiquement pseudo-tuberculeuse; il en décrit une forme aiguë et une forme de phtisie chronique. Seul, le laboratoire permet le diagnostic.

M. LÉON-KINDBERG.

The late effects of gassing vs. Tuberculosis. (J.-B. HAWES. *Bost. med. a surg. journ.*, 7 juil. 1921.) — Etude clinique et radiologique des séquelles pulmonaires des « gazés » : toux, douleurs thoraciques, légers signes de bronchite le plus souvent localisés aux bases; aux rayons X, grosses masses hilaires et épanouissement d'ombres bronchiques, surtout denses dans le lobe inférieur. Cependant il n'y a pas de fièvre, pas d'amaigrissement; la plupart des troubles accusés par les malades seraient dus à la psychonévrose concomittante. « Il faut soigner le gazé, conclut Hawes, mais non pas ses poumons. »

M. LÉON-KINDBERG.

Die Bedeutung der Röntgenstrahlung für die Diagnose und Behandlung der Lungen tuberkulose. (JESSEN. *Zeit. f. Tub.*, Bd XXXII, h. 2.) — Plaidoyer d'un dogmatisme vraiment excessif en faveur de la radiographie. D'après le seul examen des plaques, Jessen décrit le mode d'extension de la tuberculose de l'adulte du hile vers le sommet, et distingue à coup sûr les lésions en activité. Ses interprétations ne sauraient être reçues que sous toutes réserves.

M. LÉON-KINDBERG.

The rœntgenographic pathology of pulmonary Tuberculosis. (J. BURNS AMBERSON. *Amer. Rev. of Tub.*, mars 1921, n° 1.)

A comparative study of the pathology and X ray densities of tuberculous lung lesions. (KENNON DUNHAM and J. H. SKAVLEM. *Amer. Rev. of Tub.*, juin 1921, n° 4.)

Ce dernier travail, en particulier, représente un effort considérable pour fixer la valeur des images radiographiques et


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ

nous assurer de leur interprétation. Les auteurs ont suivi une technique minutieuse et précise : les poumons extraits intacts (avec leur plèvre) sont insufflés, fixés, radiographiés. De grandes coupes sériées permettent d'étudier les points intéressants, dont une étude microscopique est également faite. Il faut avouer que de ce grand effort, de cette réunion remarquable de clichés, de photographies et de coupes histologiques, il ne ressort rien de net, et que les conclusions sont décevantes. Après comme avant, nous savons que l'épaississement péribronchique et périvasculaire ne signifie pas toujours tuberculose, que l'épanouissement en éventail des lésions en est presque toujours la signature. Dunham et Skavlem demandent que des travaux analogues soient entrepris, avec la même technique, mais ils reconnaissent qu'à l'heure actuelle, dès qu'il ne s'agit pas d'une lésion importante, « divers éminents radiologistes tirent d'une même plaque des conclusions très différentes ».

M. LÉON-KINDBERG.

Apical pleuritis and its relation to pulmonary tuberculosis. (J. G. VAN ZWALUWENBURG et G. P. GRABFIELD. *Amer. Rev. of Tub.*, juin 1921, n° 4.) — Les auteurs, dans l'étude de 366 radiographies thoraciques consécutives, ont eu l'attention attirée par « une ombre linéaire, située juste au-dessous de la deuxième côte et au-dessus du sommet, qu'ils rattachent sous le nom de « pleural cap » à une pleurite apicale chronique. Ils en distinguent diverses variétés selon la forme, la densité, l'épaisseur ou l'étendue. Par degrés insensibles, cette image tend à se confondre avec celle d'une franche tuberculose, ce qui en démontre l'origine. La plèvre, atteinte par voie lymphatique, pourrait réagir sur le poumon sous-jacent, et la lésion tendrait en même temps à devenir bilatérale. Les auteurs rejoignent donc par un chemin détourné les conclusions de M. Sergent, qu'ils semblent du reste ignorer.

M. LÉON-KINDBERG.

Valeur des variations morphologiques du bacille tuberculeux au point de vue du diagnostic et du pronostic de la tuberculose pulmonaire. (André ROLLOT. *Th. de Paris*, 1921, Le François.) — La morphologie du bacille de Koch, avait jusqu'à ces dernières années, attiré seulement la curiosité des bactériologistes.

On a voulu l'utiliser au point de vue du diagnostic des formes cliniques. C'est ainsi que Piéry et Mauduit ont dressé un tableau où ils distinguent des homogènes courts et longs, des muniliformes (granuleux), courts et longs apparaissant dans des formes et à des phases bien spéciales de la tuberculose.

De là, à tirer des conclusions pronostiques, il n'y avait qu'un pas. C'est ce qu'ont fait certains auteurs. Mais comme on va le voir, l'entente est loin d'être faite à ce sujet. Pour les uns (Mircoli, Berthier, Bard), la présence de bacilles granuleux, en particulier, les granuleux longs serait d'un bon pronostic. Pour d'autres, au contraire (Balmer et Fraentzel), ils témoignaient de la gravité de la maladie, alors que les homogènes courts seraient d'un bon pronostic. Ce dernier point est contesté par Mircoli, Berthier, etc., qui virent dans la présence des homogènes courts, l'indice d'une virulence particulière de la maladie.

En présence de ces contradictions, que conclure? d'autant que bon nombre de phtisiologues dénient toute valeur pronostique aux variations de forme du bacille de Koch.

Les mêmes divergences d'opinion se manifestent quant à la signification du nombre des bacilles, de leur disposition en amas ou non, de leur situation intra ou extracellulaire.

Elève de M. Bezançon, l'auteur a voulu se rendre compte si :

1° A une forme spéciale de bacille correspond telle ou telle modalité clinique de la tuberculose pulmonaire.

2° Dans l'évolution d'une poussée évolutive, il existe des variations de formes du bacille telles qu'on puisse en tirer des conclusions pronostiques.

Pour résoudre ce problème, il fallait une technique suffisamment précise et toujours identique à elle-même, il fallait aussi observer des cas d'allure clinique bien déterminée et de diagnostic certain.

Bezançon et Mathieu ont, par ailleurs, démontré ce fait intéressant que la transformation des bacilles homogènes en bacilles granuleux est indépendante de la stagnation des bacilles dans les crachats.

André Rollot a étudié 34 cas de bacillose (phtisie galopante, phtisie fibrocaséeuse commune, phtisie fibreuse avec emphysème).

Il conclut qu'il est impossible pratiquement « de tirer parti de la morphologie du bacille pour déduire qu'on est en présence d'une forme clinique plutôt que d'une autre ». Il a, en effet, trouvé dans les formes graves des bacilles granuleux et homogènes. Il signale cependant que souvent, quelques jours avant la mort, il a vu des bacilles presque exclusivement granuleux remplacer les bacilles primitivement homogènes. Les bacilles granuleux n'apparaîtraient pas dans les cas favorables, contrairement à l'opinion de certains. Dans les faits où alternent bacilles homogènes et bacilles granuleux, l'observation clinique ne permet pas de rapporter des modifications appréciables à l'aspect bactériologique des crachats.

La question reste donc entière.

F. LÉVY.

THÉRAPEUTIQUE

Some side lights upon the treatment of tuberculosis in London in 1914 and 1915 with particular reference to the position of the Sanatorium. (BARSDWELL. *Tubercle*, nov. 1921.) — Article très pessimiste, et dont les conclusions concordent singulièrement avec celles de Burnand plus haut analysées : le sanatorium n'agit que dans les cas de début, et de début précocement diagnostiqué; la tuberculine, d'ailleurs, n'agit que dans les mêmes cas et sans guère améliorer les résultats. La pratique du pneumothorax artificiel, qui devrait être étendue, permet seule d'augmenter la valeur du traitement sanatorial.

M. LÉON-KINDBERG.

Cf. — Libération par étincelage des adhérences pleurales au cours du traitement par le pneumothorax. (HERVÉ. *Presse méd.*, 24 mai 1922.)

Die Thorakoskopie als Hilfsmittel für die endopleurale **galvanokaustische Durchtrennung von Pleurasträngen, sowie für eine neue Lokalisations methode extrapleural anzugreifender Adhäsionen.** (UNVERRICHT. *Zeit f. Tub.*, Bd XXXVI, h. 4.) — De l'avis à peu près unanime, les résultats du pneumothorax artificiel dépendent du degré du collapsus. Tandis qu'en cas de collapsus total, l'on compte de 60 à 70 p. 100 de succès complet, la proportion tombe à 30-40 p. 100 en cas d'adhérences pour s'abaisser à 5-10 p. 100 en cas de pneumothorax partiel. On a donc eu l'idée de libérer le poumon en sectionnant les adhérences, et les premiers essais de Jakobœus, faits sous vision directe avec son pleuroscope, remontent à plusieurs années avant la guerre.

On pouvait craindre cependant, soit la présence de vaisseaux, soit l'existence de tissu pulmonaire dans l'adhérence, et l'on pouvait, suivant les cas, être exposé à des hémorragies graves ou à la tuberculisation ou l'infection de la plèvre. Lubarsch, Jakobœus, dans leurs premiers examens, n'auraient jamais trouvé de tissu pulmonaire à la distance de 1 centimètre et demi de la surface de l'organe; Unverricht, dans ses coupes, a surtout trouvé du tissu conjonctif avec des fibres élastiques probablement néoformées, des amas de cellules rondes juxtapulmonaires; jamais de tissu alvéolaire, peu de vaisseaux ou d'importance tout à fait minime.

Il a également étudié la résistance de la plèvre à l'infection; expérimentalement, le pneumothorax rend la plèvre particulièrement sensible aux inoculations. Le phénomène semble sous la dépendance de modifications vasculaires de la paroi qu'il a pu étudier directement. Mais il s'agit là d'une action toute passagère : lorsque le pneumothorax est ancien, et c'est le cas où l'on aura à intervenir en clinique, la résistance de la plèvre est au contraire considérablement augmentée.

Il se sert pour la thoracoscopie d'une instrumentation analogue à celle de Jakobœus et figure sur une planche en couleurs différents aspects des adhérences. Il les sectionne avec un galvanocautère coudé spécial; leur consistance est parfois cartilagineuse et la libération presque impossible. Il faut se rappeler que le feuillet pariétal est seul très sensible et qu'il faut sectionner près du poumon.

Il est intervenu dans dix cas dont il donne les observations et les radiographies; de celle-ci, l'une d'elle, la troisième est saisissante : on voit une caverne grosse comme un œuf et

maintenue béante par une adhérence en ficelle s'affaisser complètement après la section de celle-ci. Notons cependant que cette troisième observation n'est justement pas une des plus favorables. Unverricht aurait obtenu quatre succès cliniques et radiologiques; dans deux des autres cas la section fut impossible.

Hervé a également tenté la libération du moignon pulmonaire; il se sert de courant de haute fréquence pour éviter, par l'électrocoagulation, les hémorragies toujours possibles. Il publie une observation trop récente pour permettre une conclusion.

Il s'agit là évidemment de recherches fort intéressantes mais non encore au point. Il n'est pas sûr que la pratique du pneumothorax artificiel en doive être transformée. Peut-être la technique de la pleuroscopie sera-t-elle plus importante au point de vue diagnostique. M. LÉON-KINDBERG.

Ueber Behandlung der akuten Lungenentzündung mit Künstlichem Pneumothorax. (U. FRIEDEMANN. *Deut. med. Woch.*, 1921, n° 16.) — Neuf cas de pneumonie caséeuse traités avec succès par la méthode de Forlanini.

M. LÉON-KINDBERG.

Selective collapse under partial Pneumothorax. (N. BARLOW and D. KRAMER. *Amer. Revue of Tub.*, avril 1922.) — Article singulièrement paradoxal et dont il serait à tout le moins imprudent d'admettre sans critique sévère et les affirmations et les conclusions.

Les auteurs partent de ces deux principes qu'ils considèrent comme évidents ou démontrés : 1° ce n'est pas la compression en elle-même qui agit dans le pneumothorax artificiel; les meilleurs résultats sont obtenus lorsqu'il est partiel; 2° c'est la portion malade du poumon qui cède la première et le plus facilement à la pression créée dans la cavité pleurale. Il est inutile de souligner combien ces deux affirmations sont contredites par l'unanimité des phtisiologues; aussi bien dans les statistiques que dans notre expérience personnelle, ce sont les cas sans adhérences et à collapsus complet qui donnent les succès les plus remarquables, et les adhérences d'une part, la contexture du tissu d'autre part, rendent toujours la compression de la portion tuberculeuse plus lente et plus difficile.

Les auteurs déduisent de leurs prémisses qu' « un collapsus juste suffisant pour maintenir au repos la région malade », doit être recherché et maintenu à un degré uniforme par insufflations de petites quantités d'air, très fréquemment répétées en se basant sur des examens radioscopiques multipliés; le but, disent-ils, n'est pas de comprimer le poumon, mais de rendre la cure sanatoriale plus efficace.

Il va sans dire que leur méthode s'adresse ainsi à un nombre de malades considérable. Bien plus, elle leur permet de proposer fréquemment un pneumothorax *bilatéral*, dont ils se déclarent très satisfaits. Ils ne paraissent pas devoir entraîner la conviction. M. LÉON-KINDBERG.

Thoracotomie pour tuberculose pulmonaire. (CORDIER. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 22 fév. 1922.) — Deux observations où la thoracotomie fut exécutée par Bérard, après échec des tentatives de pneumothorax : dans un cas, la mort survint au douzième jour par pneumonie de déglutition; le deuxième cas fut très amélioré. Cordier insiste sur l'aplatissement allant jusqu'à la disparition de l'hémithorax à la radioscopie, sur le refoulement du médiastin avec propagation de bruits alarmants de l'autre côté.

Bérard, dans la discussion consécutive, donne de précieuses indications de technique opératoire et conclut que l'impossibilité ou l'insuccès du Forlanini doit conduire aussitôt à l'acte chirurgical. M. LÉON-KINDBERG.

Beitrag zur chirurgischen Behandlung der vorwiegend einseitigen, Kavernösen Lungentuberkulose mit Pneumolyse und Paraffinplombierung nach Baër. (H. STÖCKLIN. *Zeit. f. Tub.*, Bd XXXV, h. 4.) — Longue description du mode de préparation de la masse de paraffine et de l'opération du « plombage » extrapleural; si on suit minutieusement la technique indiquée, la paraffine est bien tolérée et peut, dans des cas de lésions bien localisées avec adhérences rendant le Forlanini impossible, entraîner la compression nécessaire. Il ne semble pas, à en juger par les observations de Stöcklin lui-même, que ce puisse être autre chose qu'une méthode d'exception. M. LÉON-KINDBERG.

Die Lichtbehandlung (Heliotherapie) in den deutschen Lungenheilanstalten. (G. SIEBE. Leipzig 1921, chez Kabitzsch.

Die Bedeutung der verschiedenartigen Strahlen für die Diagnose und Behandlung der Tuberkulose. (R. GASSUL. Monographie ayant obtenu le prix Robert Roch, Leipzig 1921.)

Zur Frage der Röngentherapie bei Lungentuberkulose. (WINDRATH. *Med. Klin.*, 1921, n° 26.)

Die Behandlung der Tuberkulose mit Röntgenstrahlen. (HILPERT. *Münch. med. Woch.*, 10 mars 1922.)

Ueber die Röntgentiefentherapie in der inneren Medizin. (H. BÖGE. *Med. Klin.*, 1921, n° 36.)

Die Virkung der Röntgenstrahlen auf Tuberkelbazillen (Typus humanus, Chelonin, Friedmannsstamm). (HABERLAND und KLEIN. *Münch. med. Woch.*, 1921, n° 33.)

Les remarquables succès obtenus par les agents physiques dans les tuberculoses externes devaient évidemment provoquer les efforts des phtisiologues; il ne semble pas que le succès ait couronné ces expériences. Notons pourtant que Rollier à Leysin, dans les remarquables résultats qu'il signale dans la tuberculose osseuse et articulaire, note que jamais les lésions pulmonaires concomitantes n'ont été fâcheusement influencées; et quelques auteurs, comme Malgat en France, et divers directeurs de sanatorium en Allemagne s'en déclarent satisfaits. Il semble bien pourtant qu'il faille s'en méfier : les bains de soleil provoquent une irritation locale qui, favorable dans d'autres points de l'organisme, s'est montrée souvent fâcheuse au niveau du poumon, et on ne peut guère les recommander que dans les cas légers et fibreux, décidément non évolutifs, et l'on a tendance à dire : les cas qui justement peuvent s'en passer.

Il en est un peu de même de la radiothérapie pulmonaire : malgré les premiers succès publiés par Küpferlé et de la Camp, elle apparaît comme inutile ou dangereuse. Expérimentalement, l'action des rayons X est nulle, aux doses utilisables, sur les cultures de bacilles de Koch. Cliniquement, comme l'héliothérapie, comme la tuberculine, ils provoquent une irritation des tissus; pour Baemeister, ils activent la formation du tissu de granulation, hâtent la cicatrice et conviendraient dans les cas torpides; il faudrait employer de petites doses, ne dépassant pas 10 p. 100 de H. E. D., et fréquemment répétées.

Mais, même employée avec prudence, la radiothérapie est encore une arme à deux tranchants. Pour Rœpke, elle est superflue, difficile, et souvent dangereuse. Holzknecht n'est guère plus enthousiaste, et Hilpert conclut qu'elle ne convient guère qu'aux cas « qui guérissent tout seuls ».

Quant à la radiothérapie massive et profonde, elle est, dans la tuberculose pulmonaire, complètement abandonnée.

M. LÉON-KINDBERG.

Note sur l'hyperleucocytose et les résultats cliniques favorables consécutifs obtenus par l'irradiation de la rate sur une série de tuberculeux. (VERDUN et DAUSSET. *Soc. de radiol. méd. de France*, 10 janv. 1922.)

Traitement de la tuberculose pulmonaire par irradiation indirecte. (TRÉMOLIÈRES et COLOMBIER. *Ibid.*, 14 fév. 1922.)

Irradiation de la rate et du poumon dans la tuberculose pulmonaire. (PÉCHOU. *Ibid.*, mars 1922.)

Il s'agit de la méthode de Manoukhine, méthode de thérapeutique générale des infections, et plus particulièrement appliquée à la tuberculose pulmonaire.

Les cas apportés à la Société de radiologie semblent fort intéressants. Mais on sait combien il faut être réservé en matière de thérapeutique antituberculeuse. Il s'agit là de faits trop rares et encore trop récents pour pouvoir conclure. Du reste, une Commission a été nommée pour vérifier les résultats de la méthode de Manoukhine et elle doit ultérieurement fournir un rapport. M. LÉON-KINDBERG.

Experimentelle Beiträge zur Kritik der Kupferbehandlung der Tuberkulose. (H. EGGERS. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, Bd XLVII, h. 3.) — Recherches négatives dans l'ensemble :

les sels de cuivre n'ont montré aucune affinité spéciale ni pour le bacille, ni pour le tissu tuberculeux. Leur application ne constitue d'aucune manière une thérapeutique spécifique. Tout au plus leur action irritative justifierait-elle leur emploi dans les tuberculoses cutanées. M. LÉON-KINDBERG.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES COMPLICATIONS DU DIABÈTE SUCRÉ [1]

4° *Formes cliniques*. — On a décrit, outre la forme cérébrale que nous venons de prendre comme type de description, de nombreuses formes :

— la forme *vertigineuse* (Jaccoud), ou forme alcoolique, s'annonce par de la céphalée avec vertiges et sensation d'ivresse. Le coma survient au bout de quelques heures;

— la forme *cholériforme* (Jaccoud) avec diarrhée incoercible et douleurs abdominales intenses, oligurie, algidité;

— la forme *dyspnéique* avec prédominance des troubles respiratoires;

— la forme *cardiaque*; on voit apparaître un état de somnolence aboutissant au coma vrai; il se développe un état de faiblesse cardio-vasculaire qui résiste aux divers toni-cardiaques (Blum);

— une forme *foudroyante* qui débute brusquement, tuant le malade en quelques heures.

— des formes *prolongées, atténuées* (Lecorché) réalisant même une forme chronique de longue durée avec asthénie, respiration pénible, ventre ballonné, évoluant parfois par poussées passagères pour aboutir au coma confirmé (forme intermittente).

— chez l'*enfant*, le coma est remarquable par sa précocité d'apparition, et sa rapidité souvent extrême. Les phénomènes abdominaux sont au premier plan : épigastralgie, ventre ballonné, soif vive, langue sale, vomissements, constipation. Puis le coma s'installe avec hypothermie, pouls imperceptible, traits tirés.

5° *Diagnostic*. — Le *diagnostic positif* repose sur plusieurs symptômes, en l'absence de tous commémoratifs : odeur d'acétone de l'haleine, mydriase, hypothermie, dyspnée à type de Kussmaul, examen des urines. La ponction lombaire montre l'absence de réaction méningée et la présence d'acétone.

Diagnostic différentiel. — Ou le diabète est connu ou bien on voit le malade pour la première fois sans renseignement.

Si le diabète est connu et soigné, il faut différencier le coma diabétique vrai des *comas paradiabétiques*, c'est-à-dire du collapsus cardiaque, du coma urémique, de l'apoplexie cérébrale, d'un coma terminal survenant à la suite d'une complication intercurrente, pneumonie, tuberculose, etc.

Si le diabète n'est pas connu, le diagnostic est plus difficile, car c'est le diagnostic de tous les comas qui se pose :

a. Eliminer d'abord les comas par *lésions craniennes* : l'examen seul fera le diagnostic, et la ponction lombaire montrera s'il y a ou non fracture du crâne.

b. Si l'on a des *signes de localisation*, la constatation d'une hémiplégie, flasque ou avec contracture, fera le diagnostic du ramollissement cérébral ou de l'hémorragie cérébrale (ponction lombaire, signe de Babinski). Mais, dans certains cas, l'hémiplégie peut se compliquer de glycosurie, que l'on constate sans pouvoir préciser si c'est l'hémiplégie ou la glycosurie qui a débuté.

c. Si l'*on ne constate pas de signes de localisation*, on devra alors, sans renseignement et livré à l'examen objectif seul, examiner soigneusement les pupilles, l'odeur de l'haleine, les vomissements, les urines ; faire une ponction lombaire. On éliminera tous les *comas terminaux* survenant à la phase terminale d'une cachexie, d'épilepsie, de maladies infectieuses, de méningites cérébro-spinale ou tuberculeuse.

On arrivera ainsi à l'hypothèse d'un *coma toxique*.

Par l'examen des urines seul, on éliminera :

— les comas par l'opium : myosis, pâleur, pas de stertor ;
— par les solanées ;
— par la strychnine (convulsions).
— par le plomb (liseré gingival) ;
— le coma dyspeptique.

Deux comas sont surtout fréquents : le coma urémique et le coma diabétique :

Dans le *coma urémique* : bruit de galop, hypertension, œdèmes, myosis, respiration à type de Cheyne-Stokes, odeur ammoniacale de l'haleine, albumine dans les urines.

Dans le *coma diabétique* : affaiblissement du cœur, pouls petit, mydriase, respiration de Kussmaul, odeur acétonémique de l'haleine, sucre et acide diacétique dans les urines.

6° *Anatomie pathologique*. — On trouve des lésions inconstantes des viscères et des centres nerveux : congestion et œdème. On a accusé la déshydratation des cellules pyramidales, comme étant la cause du coma.

7° *Pathogénie*. — Les altérations anatomiques sont insuffisantes à expliquer l'apparition du coma diabétique. La déshydratation des tissus se produirait à l'occasion d'un surmenage, d'une sudation excessive, comme au cours du coma cholérique. On admet actuellement qu'il s'agit d'une auto-intoxication.

1. *Théorie de l'acétonémie*. — L'acétone est lié à la combustion incomplète du glycose. Mais l'acétone n'est pas toxique, et n'est pas capable de reproduire le coma. On est ainsi amené à la notion d'une intoxication complexe.

2. *Théorie de l'acidose*. — Il s'agit d'une intoxication acide de l'organisme avec diminution de l'alcalinité sanguine et résistance des urines à l'alcalinisation. Quelle est la nature de cette intoxication acide ? l'acide diacétique est peu toxique ; on fait jouer le rôle principal à l'acide β oxybutyrique et accessoirement aux autres acides de la série acétonique (Naussyn, M. Labbé).

3. *Intoxication par les polypeptides*. — On a l'impression que le coma n'est pas seulement l'aboutissant fatal de l'acidose, mais que l'acidose et le coma sont deux états distincts, étroitement associés sans doute, mais dus peut-être à des intoxications différentes :

L'*acidose* serait donc le résultat d'une intoxication non mortelle par les corps acétoniques et l'acide β oxybutyrique, et le *coma diabétique*, terminé par la mort, serait lié (Hugounenq et Morel) à l'intoxication par des substances azotées complexes du groupe des polypeptides et peptones et ressortant du trouble du métabolisme des matières albuminoïdes. Mais, en somme, il ne s'agit là que d'hypothèses.

8° *Traitements*. — 1. *Prophylactique*, il consiste dans l'hygiène alimentaire, qui aura à éviter l'hyperglycémie, en dosant les ingestions d'hydrates de carbone, et d'autre part, l'acidose en empêchant le régime carné exclusif. On conseillera aux malades d'éviter aussi le surmenage, les interventions chirurgicales qui peuvent amener la production de coma.

2. *Curatif*. — Les complications relèvent, pour la plupart, du régime, qui fera disparaître les névralgies, les névrites, et qui diminuera la rapidité des complications infectieuses.

Si le coma menace : hygiène, régime sans viande, médication alcaline intensive. Si le coma est déclaré, tenter les saignées, les injections intraveineuses d'une solution de bicarbonate de soude.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 50, p. 814; n° 52, p. 847, n° 54, p. 878 et n° 56, p. 911.

Précis d'histologie physiologique, par A. POLICARD, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. 1 vol. in-16 de 1130 pages avec 465 figures dans le texte. Cartonné toile. — Prix : 40 fr. — Paris, G. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. Gle D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 59. — SAMEDI 29 JUILLET 1922. 95e ANNÉE. SAMEDI 29 JUILLET 1922. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — ORLÉANS. — Le lundi 30 octobre 1922, à 7 h. 1/2 du matin, un concours aura lieu aux hospices de Tours pour la nomination d'un chirurgien-adjoint à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

Les candidats devront se faire inscrire au bureau du directeur de l'Administration des hospices d'Orléans. Le registre d'inscription sera clos le 22 octobre 1922, à 5 h.

Le chirurgien qui sera nommé à la suite du concours entrera en service le 1er janvier 1923.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — M. Dubois, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé, à partir du 1er novembre 1922, professeur de physiologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Wertheimer, admis à la retraite.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade d'officier.* — M. le Dr Rey (Etienne-Adolphe-Jules).

Au grade de chevalier. — MM. les Drs Jammes, Sentex et Villaret (Maurice-Louis).

GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — M. le médecin-major de 2e classe territorial Sebilleau.

M. le médecin-major de 2e classe de réserve des troupes coloniales Durand.

IVe CONGRÈS DE LA NATALITÉ. — Le IVe Congrès de la natalité, organisé par la Chambre de commerce de Tours, le Conseil général d'Indre-et-Loire et la municipalité, se tiendra à Tours, du 21 au 24 septembre, sous la présidence de M. Isaac, député, président du Conseil permanent de la natalité.

VOYAGES MÉDICAUX AU MAROC. — Nous avons annoncé dans un de nos précédents numéros l'organisation de deux voyages médicaux au Maroc, l'un pour le 20 septembre, l'autre pour le 19 octobre.

On nous prie d'informer nos lecteurs que, par suite de nécessités impérieuses de ses services de navigation, la Compagnie générale transatlantique a dû reporter au 22 septembre l'embarquement à Bordeaux pour le départ du premier de ces voyages qui avait été primitivement fixé au 20 septembre.

D'autre part, nous sommes avisés que le Dr Noël Fiessinger, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris, prendra part à ce premier voyage dont il veut bien assumer la direction scientifique.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Victor Gardette, directeur de la *Presse thermale et climatique*, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (VIe).

LES PROGRÈS DE L'AVIATION SANITAIRE AU MAROC. — L'aviation sanitaire au Maroc a franchi la phase d'expérience pour devenir un moyen normal d'évacuation de blessés et de malades, et de ravitaillement d'urgence en personnel et matériel.

On sait que les évacuations par avion ont commencé en mai 1921. Elles ont été assurées avec régularité par une escadrille de six avions :

Du 29 mai 1921 au 20 avril 1922, 103 évacuations par avions furent effectuées, ce qui représente 65 voyages d'avions sanitaires, soit environ 6.070 kilomètres de vol en charge de blessés ou malades.

Aucun accident ne s'est produit, et même aucun incident, ni de transport, ni d'ordre médical.

Enfin, en de fréquentes occasions, les avions ont emporté du matériel urgent pour le jeter dans les postes bloqués ou le faire parvenir dans les postes éloignés (pansements, médicaments, etc.).

LA MAISON DU MÉDECIN. — La fondation de bienfaisance, la Maison du médecin à Valenton (Seine-et-Oise) destinée à abriter nos confrères malheureux après une longue existence

de travail et de dévouement qui n'a pas réussi à assurer leur vieillesse, a tenu sa dernière assemblée générale le 25 juin. Voici la composition du nouveau bureau et du Conseil d'administration :

Président : Dr Cazin ; vice-présidents : prof. Cunéo et Dr Castex ; secrétaire général : Dr Dupuy de Frenelle ; secrétaire général adjoint : Dr Régis ; trésorier général : Dr Dartigues ; trésorier adjoint : Dr Cesbron ; membres du Conseil : Drs Schwartz, membre de l'Académie de médecine, président honoraire ; Nass, secrétaire général honoraire ; Boucard, Chifoliau, Cornet, Dedet, Mlle Delporte, Drs de Fleury, membre de l'Académie de médecine ; Guillon, Harvier, Helme, Laignel-Lavastine, Maréchal, Milian, Pédebidou, Savariaud, Wiart, M. de Leymarie ; membres honoraires du Conseil : Drs Dehenne, Favreau, Walther.

Les cotisations devront être adressées au trésorier : Dr Dartigues, 85, rue de la Pompe, Paris ; les dons en nature à Mlle Danneville, au siège de la Société de la Maison du médecin, 51, rue de Clichy, Paris.

RECRUTEMENT DES INFIRMIÈRES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Le concours annuel en vue du recrutement des élèves de l'Ecole des infirmières de l'Assistance publique aura lieu le 9 octobre 1922, à 13 h., à l'hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, à Paris.

Cette Ecole est destinée à former des infirmières pour les hôpitaux et hospices de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Le traitement de début, après deux années d'études, est, pour les agents non logés, de 4.850 fr., auxquels s'ajoutent l'indemnité de vie chère, actuellement de 730 fr., et une indemnité de résidence fixée à 1.200 fr. pour la région parisienne.

Il est à noter que, pendant la durée des études, les élèves sont nourries, logées, chauffées, éclairées et blanchies. Elles reçoivent un traitement annuel fixé à 730 fr. pour la première année et à 1.095 fr. pour la deuxième année d'études, augmenté d'une indemnité de résidence de 485 fr. par an et d'une indemnité provisoire de vie chère de 438 fr. par an.

Les candidates doivent être de nationalité française, célibataires et âgées de dix-neuf ans au moins et de vingt-six ans au plus au 1er janvier de l'année de l'examen. Des dispenses d'âge peuvent être accordées exceptionnellement.

Elles doivent en outre satisfaire aux épreuves du concours, comprenant une dictée de difficulté moyenne servant d'épreuve d'écriture, une narration française et deux problèmes d'arithmétique portant sur les quatre règles, les fractions et le système métrique, ainsi qu'une épreuve de couture.

Le programme des études à l'Ecole comprend :

Des cours d'anatomie, de physiologie, d'administration, de technique et de morale hospitalières, d'hygiène, de pharmacie, de massage, d'électrothérapie, de radiologie ; des leçons théoriques et pratiques sur les soins à donner aux malades atteints d'affections d'ordre médical et d'ordre chirurgical, aux aliénés, aux contagieux, aux vieillards et aux incurables, aux enfants, aux femmes en couches et aux nouveau-nés : des séances de nécropsie (complément d'anatomie) ; des leçons théoriques et pratiques sur le service des laboratoires, sur le service des salles et des offices, sur la préparation des tisanes, boissons et mets légers qui conviennent aux malades.

Les élèves définitivement admises à l'Ecole des infirmières doivent prendre, avec le concours de leurs parents ou tuteurs, l'engagement de rester cinq ans au service de l'Administration après leur sortie de l'Ecole. Dans le cas où elles partiraient avant l'expiration de ces cinq années, elles s'obligent à payer une indemnité proportionnelle au temps restant à courir avant l'expiration de ce délai et calculée à raison de 5 fr. par jour.

Il est délivré aux élèves infirmières qui ont subi avec succès l'examen de fin d'études et qui ont accompli les cinq années faisant l'objet de l'engagement, un brevet d'infirmière de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Pour tous renseignements complémentaires s'adresser : soit à la surveillante générale de l'Ecole des infirmières, à la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, Paris (XIIIe) ; soit au chef du service du personnel, à l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, Paris (IVe).

COURS COMPLÉMENTAIRE DE VINGT JOURS SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT PRATIQUE DE LA TUBERCULOSE MÉDICO-CHIRURGICALE. (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres. Hôpital Necker, 151, rue de Sèvres.) — *Tuberculose des ganglions, des os, des articulations, du péritoine, des poumons, du tube digestif, du système nerveux, de la peau et de l'appareil urinaire*, du lundi 9 au 31 octobre 1922, par les prof. Aug. Broca et Louis Rénon, à l'hôpital des Enfants-Malades et à l'hôpital Necker.

LEÇONS THÉORIQUES. — Tuberculose chirurgicale. Tous les jours à 16 heures, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Etude générale des tuberculoses ostéo-articulaires. Etiologie. Evolution anatomique. Attitudes vicieuses et ankyloses. Evolution clinique selon les âges. Diagnostic précoce.

Etude des localisations spéciales. Adénopathies tuberculeuses, péritonite tuberculeuse. Spina ventosa. Tuberculoses du genou, de la hanche, du pied, du rachis et du membre supérieur. Tuberculose testiculaire.

Toutes ces leçons seront faites par le prof. Broca et accompagnées de projections radiographiques.

Tuberculose médicale, tous les jours, à 17 h. 15, à l'hôpital Necker.

Conception générale de la tuberculose (prof. L. Rénon).

Tuberculose pulmonaire. Esquisse des formes cliniques (prof. L. Rénon). — Diagnostic clinique (Dr E. Géraudel). — Diagnostic biologique (Dr R. Mignot). — Diagnostic radiologique (Dr Petit). — Associations morbides : grippe, diabète sucré, syphilis (Dr Laederich). — Traitement (5 leçons) : Vie, alimentation et hygiène du tuberculeux ; chimiothérapie ; pneumothorax artificiel ; questions pratiques de traitement (mariage des tuberculeux, la tuberculose et la grossesse ; guérison du tuberculeux) [Prof. L. Rénon].

Tuberculose du nourrisson et de l'enfant (Dr L. Tixier). — Tuberculose de la peau (Drs Louste et Thibaut). — Tuberculose du système nerveux (Dr Monier-Vinard). — Tuberculose du tube digestif (Drs Ch. Richet et André Jacquelin). — Tuberculose de l'appareil urinaire (Dr Verliac).

LEÇONS PRATIQUES. — Hôpital des Enfants-Malades, les mardis, jeudis, samedis, à 9 heures du matin.

Hôpital Necker, les lundis, mercredis, vendredis, à 9 h. du matin.

VISITES HOSPITALIÈRES. — Visite du dispensaire du Dr Küss. Visite du sanatorium du Dr Guignard, à Bligny.

Le prix d'inscription pour ce cours est de 158 francs.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de 12 à 15 heures. On peut se faire inscrire par correspondance.

NOTES DE PRATIQUE

DYSPEPSIE HYPOSTHÉNIQUE

1° Avant chacun des deux principaux repas, v à x gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau ou de boisson.

2° Après les repas, VIII à x gouttes de la mixture :

Teinture de fèves de Saint-Ignace....	10 gr.
Teinture d'ipéca..................	2 gr.
Teinture de badiane................	3 gr.

Mêlez et filtrez.

Eaux minérales et stimulantes (Vichy-Célestins ou Pougues).

IIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES PÉDIATRES DE LANGUE FRANÇAISE

(Paris, 10-12 juillet 1922.)

Le premier congrès avait eu lieu à Paris en 1913 et le second devait se tenir à Lyon en 1914. Interrompue par la guerre la série est reprise à Paris et le succès a été très brillant par le nombre des congressistes et aussi par la valeur des travaux qui y furent présentés.

La séance d'ouverture a eu lieu le 10 juillet dans l'amphithéâtre de la clinique médicale infantile aux Enfants-Malades. Dans son allocution le président M. le professeur Edmond WEILL (de Lyon), rappelle les diverses étapes de la Pédiatrie française : création de la chaire de médecine infantile, professeur Parrot (1879), création de la Société de pédiatrie (1899), puis Congrès de pédiatrie en 1910 et 1911 sous la présidence de MM. Hutinel, Comby. Enfin premier congrès de l'Asssociation des pédiatres de langue française, en 1913, président M. Netter.

Il se réjouit du nombre des éminents pédiatres étrangers dans la salle et salue au nom des médecins français : le professeur JOHANESSEN (Chistiania), MONRAD (Copenhague), professeur MARTINEZ Y VARGAS (Barcelone), professeur GOMEZ PERRER, doyen de la Faculté de Valence, NOGUERAS (Valladolid), professeur LEDUC (Canada), LEROPIAN (Portugal), professeur MICHALOWICS MIECZYLAW (Varsovie), HARVERSCHMIDT, GORTER, MUNK, Mlle WYCHERHELDHISDORN, (Hollande), PÉCHÈRE, DE SHAGE, Maurice LUST, DELCOURT, DUTHOIT (Belgique), professeur D'ESPINE, EXCHAQUET, professeur TAILLENS, MÉGERAND, REH, MARTIN DU PAN, GAUTIER (Suisse), SLEVA (Prague), SÉROPIAN (Le Caire).

PREMIÈRE QUESTION

LE DIABÈTE SUCRÉ INFANTILE

Rapporteur : M. P. ROHMER (de Strasbourg).

Dans la première partie de son travail, l'auteur résume l'état de nos connaissances sur le diabète sucré. L'hyperglycémie est le phénomène capital, incontesté. Mais, dit-il, « nous ne savons pas encore s'il y a, comme trouble basal, une diminution de la combustion ou une augmentation de la production du sucre ». Y a-t-il diminution de la fonction glycogénétique du foie ou surproduction du sucre dans le foie? les deux théories ont des défenseurs. Ce qui est incontesté, c'est le rôle prépondérant du pancréas dans la genèse du diabète ; le produit de la sécrétion interne de cette glande est indispensable à l'élaboration des hydrates de carbone et il agit en collaboration avec le foie.

L'action des autres glandes à sécrétion interne est moins nette. L'hormone des capsules surrénales est complexe : à petites doses « elle paraît mobiliser les réserves de glycogène du foie » ; à doses plus fortes, elle exagérerait le métabolisme de l'albumine et provoquerait la production du glycogène du foie. L'hormone de la thyroïde intervient dans le métabolisme des hydrates de carbone. Il n'existe pas de diabète thyroïdien, mais la suractivité de la glande prédispose à l'hyperglycémie alimentaire. Le diabète est inconstant dans les tumeurs de l'hypophyse, et on tend de plus en plus à contester l'action diabétogène de l'hypophyse et à attribuer les troubles observés à l'irritation de certains centres de la base du cerveau.

L'étude de l'hyperglycémie est capitale dans le diabète, la recherche du sucre dans l'urine est un moyen très imparfait d'étude. Chez l'enfant, l'impossibilité de retirer le sang par ponction veineuse et la nécessité de n'extraire que de très petites quantités de sang, ont exigé la création de procédés de recherche spéciaux, les « micro-méthodes » de recherches du sucre dans le sang. Une note adjointe au rapport et due au docteur P. WORINGER, chef de laboratoire, les expose en détail.

L'épreuve de la glycémie alimentaire qui peut rendre de grands services est aussi décrite, mais ce n'est pas tout. La glycémie ne se traduit pas toujours de la même manière par la glycosurie. Entre les deux se place un nouveau facteur : le rein. Il existe un « seuil » de l'excrétion du glucose qui varie selon les sujets et chez le même sujet d'un jour à l'autre.

Cliniquement, l'auteur étudie chez l'enfant trois modalités.

1° *Les états prédiabétiques.* — Il insiste sur le caractère familial de la maladie ; dans les familles de diabétiques, l'examen des urines des enfants doit être systématiquement fait. Il en est de même chez les neuro-arthritiques. Enfin, on le trouve à la suite de diverses affections hépatiques du nourrisson. Les enfants lymphatiques et eczémateux présentent facilement de la glycosurie alimentaire.

2° *Le diabète bénin ou diabète rénal*, dans lequel il s'agit, sans doute, non d'augmentation de la glycémie, mais d'abaissement du seuil rénal. Ces observations existent, mais sont rares. La glycosurie est très petite, elle n'est pas influencée par l'alimentation.

La glycémie est voisine de la normale. Les malades ne présentent aucun signe de diabète. Le sucre est découvert par hasard. Il persiste pendant de longues années, sans dommage pour le malade. L'affection est familiale.

3° *Le diabète habituel ou diabète grave.* — Les symptômes en sont souvent nets : soif intense, polyurie, amaigrissement, parfois polyphagie. Les complications sont rares, quelquefois de l'eczéma, une cataracte à marche très rapide. La maladie évolue plus ou moins rapidement vers une issue toujours la même : le coma et la mort.

On rencontre souvent, dans les antécédents, la syphilis. La maladie est héréditaire, familiale. L'apparition des symptômes est souvent déterminée par une infection quelconque, banale. Le traitement n'amène le plus souvent que des rémissions passagères.

En terminant, M. Rohmer passe en revue les règles de la thérapeutique moderne du diabète : restriction alimentaire aussi complète que possible portant sur les hydrates de carbone, les albumines, les graisses ; cures de jeûne, cures de légumes.

Discussion. — De la discussion qui a suivi et à laquelle ont pris part MM. P. NOBÉCOURT, PARAF et BIDOT, WEILL-HALLÉ et CHABANIER, LEREBOULLET, BARBIER, DELCOURT, TAILLENS, WORINGER, il ressort les points suivants :

Le diabète de l'enfant est très rare.

On a invoqué son origine hérédosyphilitique dans une discussion récente de la Société des hôpitaux (Pinard-Rathery). MM. Nobécourt et Lereboullet croient qu'il faut rechercher cet hérédosyphilis, mais pensent que son action dans le diabète doit être exceptionnelle.

M. Barbier, au contraire, pense que ce rôle n'est pas à négliger : chez un hérédosyphilitique glycosurique, il a vu celle-ci s'améliorer par le traitement, chez un autre enfant à diabète grave mortel, le Wassermann du père fut positif, enfin un troisième enfant diabétique avait une sœur présentant des signes d'hérédosyphilis.

M. Delcourt, dans deux cas, a pu voir chez des syphilitiques un diabète grave rapidement mortel déclanché par le traitement spécifique.

Le rôle des glandes endocrines dans le diabète, est diversement apprécié.

M. Nobécourt pense que tous les diabètes graves ne sont pas d'origine pancréatique. A l'autopsie, on peut trouver un pancréas intact et dans lequel l'examen histologique ne révèle pas de lésions.

M. Taillens pense, au contraire, que le rôle du pancréas est prépondérant et que l'histologie ne montre peut-être pas toutes les lésions.

M. Lereboullet cite un cas de diabète infantile dans lequel la présence d'ichtyose fit penser à de l'insuffisance thyroïdienne; le traitement thyroïdien amena une amélioration de l'état général et diminution du sucre. Dans un autre cas, un

traumatisme grave détermina une glycosurie, sans doute, par lésion nerveuse.

On a souvent vu une infection quelconque déclancher le diabète, appendicite (Blechmann), grippe (Lereboullet), etc.

M. Taillens remarque que si on ne sait rien, en réalité, de l'étiologie du diabète, il faut remarquer qu'il succède parfois à une infection, qu'il évolue comme une infection parfois lentement, parfois pas poussées, et il pense que c'est le pancréas qui est en cause.

Le caractère familial du diabète infantile a été bien mis en relief par les observations de Weill-Hallé et Chabanier, Lereboullet. Elle est admise par tous.

M. Nobécourt reconnaît, dans le diabète de l'enfant, trois types bien différents :

Le petit diabète du neuroarthritisme qui est influencé par le régime.

Le grand diabète, non influencé par le régime présente deux types à évolution très différente.

Les uns sont à marche rapide, consomptifs à évolution fatale.

Les autres bien que graves par le taux du sucre, la glycémie, supportent bien l'alimentation.

Ils sont caractérisés par un état d'hypotrophie marqué, avec retard pondéral, statural et pubertaire. La glycosurie est incomplètement réductible et la restriction des hydrates de carbone est suivie de déperdition plus marquée.

Le pronostic n'est pas nécessairement fatal.

M. Nobécourt présente un enfant présentant ce type et rappelle en avoir décrit un autre cas, en 1919.

M. Weill-Hallé cite un cas analogue. Il s'agit, dans ce cas, d'un cas de diabète rénal, dont l'existence n'est niée par personne. Ce diabète est caractérisé par un abaissement du seuil et surtout une absence de la mobilité de ce seuil qui ne suit plus les modifications de la glycémie (Weill-Hallé et Chabanier). Ces auteurs montrent, par un cas, que ce diabète rénal peut se transformer en diabète vrai, et ils se demandent si les diabètes de l'adulte ne sont pas d'anciens enfants glycosurie.

M. Lereboullet cite à l'appui de cette idée, deux cas de diabète rénal, « diabètes innocents », qui, à l'occasion de grossesses ont fait de l'acidose, et des accidents graves. Pour lui, il y a entre le diabète rénal et les diabètes graves, tous les intermédiaires.

M. Barbier montre par deux cas, les résultats contradictoires, obtenus par la recherche de la glycosurie alimentaire, et les purgations salines.

MM Nobécourt, Weill-Hallé, Lereboullet s'élèvent contre l'emploi de la suppression des hydrocarbones dans le traitement du diabète infantile.

Il amène un amaigrissement, un arrêt de la croissance, un état hypotrophique. La reprise d'une alimentation normale est suivie de reprise de la croissance et du poids.

M. Taillens expose les idées directrices dans la thérapeutique ; 1° Ramener rapidement par le régime du lait et des légumes, la glycosurie à 0 ; 2° reprendre alors les hydrates de carbone dans la mesure que le malade tolère, et qui est indiquée par l'élévation de la glycémie qui précède la glycosurie. On s'en tiendra alors à cette ration.

Il conseille, pour ménager le pancréas, de donner les graisses sous forme de graisses déjà émulsionnées (graines).

Néanmoins, malgré tout traitement, de l'aveu de tous, le diabète infantile est toujours fatal.

DEUXIÈME QUESTION

L'ÉLEVAGE DES NOURRISSONS EN DEHORS DE LA FAMILLE

Rapporteurs : MM. Méry et Ribadeau-Dumas.

Les rapporteurs rappellent qu'avant tout on doit favoriser l'élevage dans la famille et encourager l'allaitement maternel.

Les moyens propres à favoriser cet allaitement forment trois groupes :

1° Les *œuvres d'allaitement maternel* dont le développement a été très grand depuis la guerre (types Nanterre-Tours). Les résultats obtenus sont très beaux : 3 p. 100 de mortalité infantile, diminution considérable des abandons. Il est à souhaiter qu'il y ait une suite au séjour à la maison maternelle : enfants pris en charge par les dispensaires, consultations de nourrissons, ou des centres de placement familial. On peut rapprocher des maisons maternelles les chambres d'allaitement, les crèches d'usines.

2° Les *mesures législatives ou autres permettant de donner à la mère qui allaite au foyer familial les ressources dont elle a besoin*. Ce sont les secours d'allaitement.

3° Les *mesures assurant le contrôle de l'allaitement maternel*, contrôle médical (consultations de nourrissons) et contrôle à domicile par les infirmières visiteuses.

Malgré tout l'effort fait pour développer l'allaitement maternel il y aura toujours des enfants séparés de leur mère, soit par nécessité sociale, soit que la maladie impose la séparation (tuberculose de la mère. Ces *œuvres séparantes* s'occupent, soit du *placement collectif*, soit du *placement individuel*.

Le *placement collectif* se fait dans les *pouponnières* qui comportent deux types. Les unes acceptent les mères allaitant leur enfant et ayant parfois la charge d'allaiter un nourrisson (Porchefontaine). Les autres ne reçoivent que des enfants élevés à l'allaitement artificiel (Boulogne, cité des Fleurs). On n'y voit que les enfants normaux.

Quant aux débiles ils restent dans les *crèches des hôpitaux* où la mortalité est effroyable. La Société de pédiatrie a réclamé à plusieurs reprises la création de *centres de débiles* situés à la campagne à proximité de Paris. Les rapporteurs font encore une fois le procès de crèches, centres d'infection et de contagion.

Le *placement individuel familial*, supérieur au placement collectif, comporte deux organisations différentes.

1° Le *centre d'élevage complet* (centre de débiles, type Mandres) comprenant un dispensaire où sont annexés une infirmerie, un lazaret, une Goutte de lait. Au dispensaire sont des consultations hebdomadaires. L'infirmerie reçoit les enfants gravement malades, le lazaret les nouveaux arrivés. Le personnel comporte un médecin, une infirmière visiteuse et une aide. Les enfants placés dans les familles sont des débiles, des convalescents ayant besoin d'une surveillance spéciale.

2° Le *centre d'élevage simplifié* (type Mainville) pour nourrissons sains, comprenant un dispensaire avec consultation, et Goutte de lait si possible. Le personnel comporte une infirmière visiteuse, le médecin du pays faisant la consultation des nourrissons, non seulement du centre mais de toute la région.

Cette surveillance de l'allaitement du nourrisson a une importance capitale, et les rapporteurs n'hésitent pas à réclamer la création d'un corps d'*infirmières cantonales* chargées de ce rôle.

Les résultats obtenus dans les centres de placement individuels sont très remarquables.

Les auteurs les exposent en détail. Ils réclament leur large extension qui constituera un moyen puissant pour lutter contre la mortalité infantile par l'application des règles scientifiques de la puériculture sous la surveillance combinée du médecin et de l'infirmière visiteuse.

TROISIÈME QUESTION

LA SCOLIOSE CONGÉNITALE

Rapporteurs : MM. A. Mouchet et C. Rœderer.

Autrefois, avant l'ère radiographique, la scoliose congénitale était regardée comme une rareté, une curiosité anatomique, observée chez des monstres seulement.

La radiographie a permis de constater de manière de plus en plus fréquente la présence d'anomalies restreintes du rachis dans des cas considérés jusqu'ici comme des scolioses « essentielles ». De rare qu'elle était, la scoliose congénitale est sur le point d'être considérée comme fréquente.

Les auteurs n'acceptent pas les classifications proposées jusqu'ici. Ils reconnaissent des scolioses congénitales avec intégrité du squelette et des scolioses avec des malformations plus ou moins marquées de celui-ci.

Au point de vue clinique, ils groupent ces déviations en scolioses visibles à la naissance et scolioses à manifestations tardives.

Les *scolioses sans anomalies osseuses*, dues peut-être à une position vicieuse du fœtus dans un utérus étroit, semblent en général de pronostic bénin. Il y a des exceptions.

Les *scolioses avec anomalies vertébrales* sont les plus fréquentes. Parmi elles la classe des scolioses par hémivertèbre est la plus nombreuse. Il s'agit d'une hémivertèbre en moins ou en trop. De dimensions variables, elle peut être soudée ou non aux vertèbres voisines. Parfois elle est multiple sur le rachis. Son siège de prédilection est dans la région lombaire entre la 1re et 2e vertèbre, ou encore à la région dorsale supérieure. D'autres anomalies du rachis ou en dehors du rachis l'accompagnent souvent.

La scoliose par hémivertèbre est constatée à la naissance ou aux premiers pas. Elle entraîne une plicature du rachis avec gibbosité. Avec la station debout les compensations se font, et à trois ans l'équilibre est en général obtenu.

Dans le groupe des scolioses à manifestations tardives se trouvent des courbures latérales coexistant avec des anomalies par excès et surtout par défaut, et, dans ce cas, c'est surtout la région cervicale qui est intéressée.

La scoliose par soudure vertébrale atteint surtout l'atlas qui n'est soudé à l'occipital que par une de ses masses latérales. La synostose se voit également entre l'atlas et l'axis ou entre l'axis et la IIIe cervicale. La scoliose coexiste aussi avec des cas rares de spina bifida antérieurs ou mieux avec des spina postérieurs qui sont surtout fréquents à la région lombo-sacrée. Cette dernière forme coïncide, d'ailleurs, avec des anomalies de la Ve lombaire si fréquemment anormale. Parmi ces dernières scolioses, quelques-unes sont liées à la sacralisation. Mais il est probable que, même asymétrique, la sacralisation n'est pas une cause fréquente de déviation et qu'il faut faire jouer un rôle plus important aux anomalies des apophyses articulaires.

En général, les scolioses liées aux malformations peu accentuées de la Ve lombaire comptent parmi les plus tardives d'apparition. La compensation en est souvent très haute.

Il existe aussi des scolioses congénitales liées à des anomalies costales, absence ou soudure, mais plus souvent encore à des côtes surnuméraires. Ces côtes cervicales sont bilatérales dans le plus grand nombre des cas publiés et ne produisent peut-être des scolioses que parce qu'elles s'accompagnent d'anomalies vertébrales minimes.

Le *diagnostic* doit répondre à deux questions : se trouve-t-on en présence d'une scoliose congénitale ? A laquelle des formes de scoliose a-t-on affaire? La confusion dans la petite enfance est surtout possible avec le mal de Pott et la déformation rachitique. Il existe des signes de probabilité en faveur de la scoliose par hémi-vertèbres qui sont la brièveté de la courbure primaire dorso-lombaire ou la situation haute de la courbure dorsale supérieure avec position élevée de l'omoplate. Mais c'est la radiographie qui permet le diagnostic certain de ces anomalies vertébrales, radiographie stéréoscopique.

De la précocité du *traitement* semblent, dans une large mesure, dépendre les résultats. La scoliose par hémivertèbre, en particulier, n'a peut-être pas le degré de gravité qu'on lui attribuait jadis. La constitution de courbures de compensation au-dessus et au-dessous est favorisée par un traitement en lit plâtré fait en hypercorrection. Plus tard, corset de celluloïd et gymnastique.

Dans les scolioses par malformation de la Ve lombaire, la talonnette du côté bas semble d'un bon usage courant.

Quant au traitement chirurgical tenté pour l'hémi-sacralisation et une fois par greffe osseuse, c'est peut-être dans le sens de la greffe osseuse fixatrice suivant la technique d'Albee que la méthode opératoire pourra être utile dans quelques cas très définis.

Discussion. — MM. Nové-Josserand (Lyon), Frœlich (Nancy), Lance, Trèves, Comby, Jean Hallé, Rœderer (Paris), Gourdon (Bordeaux), Haverschmidt Gorter (Hollande).

Tous insistent sur la fréquence chez les scoliotiques des anomalies vertébrales révélées par la radiographie.

Lance apporte sur ce point une importante statistique. Sur 300 scoliotiques récents examinés en série il a trouvé : 1° dans 74 cas (25 p. 100) une scoliose symptomatique ; 2° dans 50 cas (17 p. 100) une atrophie essentielle d'un membre inférieur avec 32 fois des anomalies osseuses de la région lombo-sacrée ; 3° dans 165 cas (55 p. 100) des anomalies de développement ou asymétries osseuses primitives des vertèbres ; 4° 43 cas de scolioses de cause inconnue sans anomalie osseuse (14 p. 100).

Pour étudier les anomalies lombo-sacrées, Lance, examinant 160 radiographies de sujets normaux, montre que la soudure de l'arc postérieur de la Ve lombaire et Ire sacrée ne se fait guère qu'à quatre ans pour la première, six ans pour la seconde, et que chez 25 p. 100 de sujets normaux elle se fait beaucoup plus tard. Mais ce spina bifida occulta « normal » est symétrique. Celui qui accompagne la scoliose est souvent asymétrique et traduit une asymétrie de toute la vertèbre. Les anomalies osseuses ne peuvent jouer un rôle dans la scoliose que si elles sont asymétriques. C'est ce que Lance note dans 102 des cas précédents (34 p. 100).

MM. Trèves et Rœderer insistent sur l'extrême fréquence des anomalies de la Ve lombaire dans les scolioses graves, anomalies qu'ils ont étudiées avec la radiographie stéréoscopique.

M. Gourdon a observé 16 cas de scoliose congénitale : 2 par hémivertèbres supplémentaires ont donné des scolioses cervico-dorsales graves ; 6 dorsales par déformation d'une vertèbre en général, la Xe avec absence d'apophyse épineuse ; 8 lombaires sans lésions bien définies des vertèbres, mais hémi-atrophie du bassin. Les dorsales et lombaires sont restées peu graves.

M. Frœlich rejette du cadre de la scoliose les atrophies unilatérales du tronc et des membres.

Ces asymétries vertébrales suffisent-elles toujours à déterminer la scoliose comme semblent le penser les rapporteurs. Lance ne le pense pas car sur 5 p. 100 des sujets normaux on trouve des anomalies asymétriques. De plus, la déviation n'est pas toujours proportionnelle au degré de déformation osseuse (Nové-Josserand, Trèves). Il faut faire intervenir souvent des causes secondaires (Lance, Frœlich).

Cliniquement, Lance reconnaît trois groupes de scolioses congénitales : celles observées à la naissance, rares, celles de la petite enfance, graves et déjà plus fréquentes, celles qui se manifestent à l'adolescence et constituant 39 p. 100 des scolioses essentielles (Lance).

M. Nové-Josserand insiste sur celles constatées à la naissance et dans lesquelles on ne trouve pas de lésions osseuses. Elles sont plus fréquentes qu'on ne pense, et le facteur qui les détermine peut peut-être accentuer certaines scolioses avec anomalies osseuses.

Les scolioses de l'enfance, graves sont à distinguer des scolioses rachitiques qui sont rares (Nové-Josserand, Lance), MM. Comby, Gorter, s'étonnent de cette constatation et croient à l'importance du rôle du rachitisme dans la scoliose.

Les scolioses de l'adolescence sont souvent familiales, héréditaires avec un siège et une forme analogue chez les parents et les descendants. C'est un argument important en faveur de leur origine congénitale (Nové-Josserand, Roederer, Gorter, J. Hallé).

La fréquence des lésions asymétriques lombo-sacrées dans ces scolioses de l'adolescence a une importance thérapeutique (Lance). On arrive au début à rétablir l'équilibre au moyen du port de talonnettes (Lance, Trèves, Gourdon) et d'un coussin unilatéral dans la position assise (Lance).

QUATRIÈME QUESTION

ROLE DE L'HYPOPHYSE ET DE L'ÉPIPHYSE DANS LES DYSTROPHIES INFANTILES

Rapporteur : M. Lereboullet.

Les travaux de ces dernières années permettent une révision de la question. En se basant sur ces travaux et une série de faits personnels, M. Lereboullet montre qu'à côté de l'hypophyse et de l'épiphyse, le *troisième ventricule et les centres nerveux qui lui sont annexés*, jouent dans la régulation de la croissance et dans l'évolution sexuelle, un rôle beaucoup plus considérable qu'on ne l'avait cru après les premières constatations sur le rôle des glandes endocrines. Il y a actuellement toute une série de faits qui montrent notamment, qu'au niveau du plancher du IIIe ventricule, dans l'hypothalamus, existent des centres nerveux importants réglant maintes fonctions viscérales. Leur altération expérimentale provoque des troubles divers (désordres de la régulation thermique, dilatation

pupillaire, troubles du pouls et du rythme respiratoire, glycosurie, polyurie transitoire, etc.). Récemment Camus et Roussy, Bailey et Bremer ont montré qu'après un traumatisme localisé de cette région, on pouvait voir survenir une polyurie permanente, la dystrophie adiposo-génitale, la cachexie et même la mort rapide. Il y a donc des modifications importantes du métabolisme des graisses, des hydrates de carbone et de l'eau. Il *existe dans la région tubéro-infundibulaire des centres régulateurs de la nutrition,* qui commandent peut-être l'évolution des glandes sexuelles, la puberté et la croissance. Il est possible que les troubles sexuels ou du métabolisme constatés lors de pinéalectomie expérimentale ou lors de tumeur pinéale soient dus à des compressions de voisinage de ces centres nerveux. Au troisième ventricule sont annexés deux organes d'apparence glandulaire : l'*hypophyse* avec ses deux lobes et l'*épiphyse*. On ne peut nier le rôle glandulaire du lobe antérieur de l'hypophyse et son rôle actif dans la croissance est vraisemblable. Le lobe postérieur semble surtout une émanation nerveuse du IIIe ventricule, mais certains aspects histologiques et la présence dans ce lobe d'une substance très active, la pituitrine, permettent de lui attribuer un rôle secrétoire. L'expérimentation montre que l'*hypophyse n'est pas indispensable à la vie et que ni le lobe antérieur ni le lobe postérieur ne commandent directement les troubles nutritifs* qu'on avait d'abord attribué à leur altération (Camus et Roussy, Bailey et Bremer).

L'épiphyse, qui par ses annexions avec le plafond du IIIe ventricule, sur origine embryologique, sa structure est très comparable au rôle postérieur de l'hypophyse n'a pas non plus la signification certaine d'un organe glandulaire et d'un rôle direct dans la croissance et l'évolution sexuelle.

Les lésions observées d'ordinaire sur ces glandes sont des *tumeurs* qui par leur volume entraînent des lésions de voisinage importante dont les symptômes permettent de localiser le mal. En plus on observe des troubles dystrophiques glandulaires dus soit à un hypo ou hyperfonctionnement de la glande soit à la nature de la tumeur (adénome éosinophile de l'acromégalie et gigantisme, tératome du syndrome épiphysaire.

Syndromes dits hypophysaires. Les *syndromes de dystrophie osseux* (acromégalie, gigantisme, nanisme) paraissent directement liés à l'altération hypophysaire (adénome à cellules éosinophyles. La *dystrophie des adolescents* de Hutinel semble rentrer dans le même groupe. Le *syndrome adiposo-génital* avec ou sans nanisme ou gigantisme, semble dû surtout à l'atteinte de la région tubero-infundibulaire.

Il en est de même de l'*obésité dite hypophysaire* qui semble liée surtout à une lésion nerveuse. Les faits récents d'obésité post-encéphalitique, ou liée à l'hydrocéphalie ventriculaire le prouvent. C'est aussi une lésion de la région tubérienne qui explique la *polyurie du diabète insipide.*

Il faut dans tous ces cas rechercher une tumeur hypophysaire sans perdre de vue l'importance des lésions nerveuses secondaires ou isolées (méningites basilaires). Le traitement continue à tenir compte de l'origine hypophysaire de ces syndromes. L'hypophysectomie, la trépanation de la selle, la radiothérapie comptent des succès indiscutables, et l'opothérapie hypophysaire a une action remarquable sur certains symptômes comme la polyurie.

La *pathologie de l'épiphyse* prête à des remarques analogues. On distingue trois syndromes :

1° *Un syndrome dystrophique se caractérisant par la précipitation de la croissance* sans gigantisme, *développement précoce des organes génitaux et du système pileux* ;

2° *Un syndrome nerveux :* hypertension cranienne avec céphalée, vomissements, crises convulsives, troubles de la vue, la ponction lombaire montre la tension excessive du liquide céphalorachidien ;

3° *Un syndrome oculaire spécial :* paralysie verticale du regard due à la lésion des tubercules quadrijumeaux antérieurs et des fibres sous-phalamiques de la voie pédonculaire.

A ce triple syndrome peuvent se joindre des troubles variés : obésité, polyurie (atteinte secondaire du plancher du IIIe ventricule).

On a aussi signalé le *développement intellectuel précoce.*

La coexistence des trois ordres de symptômes constitue un ensemble clinique dont le diagnostic s'impose.

M. Lereboullet pense que les signes nerveux et sexuels s'expliquent d'une part par la compression des centres nerveux avoisinants par la tumeur, d'autre part par sa nature (tératome).

L'auteur conclut que l'histoire de l'hypophyse et l'épiphyse dans leurs relations avec les dystrophies infantiles constitue un important chapitre de physiologie et de pathologie neuro-glandulaire dans lequel il semble impossible de ne pas admettre le double rôle d'une part, des centres nerveux nutritifs, d'autre part de glandes qui leur sont embryologiquement, anatomiquement, histologiquement, étroitement unies.

CINQUIÈME QUESTION

L'HYGIÈNE INFANTILE, EN SUISSE, AU POINT DE VUE SOCIAL

Rapporteurs : Professeur D'ESPINE et docteur Th. REH (de Genève).

Ce rapport est un travail très complet sur la question, il ne peut s'analyser. La Suisse est un des pays où les œuvres de prévoyance sociale sont les plus nombreuses. En 1918, on en comptait 5.924 dont 2.913 se rapportant à l'enfance. Nous ne pouvons citer que les points les plus importunts.

Il a été fondé en Suisse, en 1912, une œuvre très puissante, *Pro Juventute* qui a fusionné, depuis 1919, avec deux autres œuvres : l'association suisse pour la protection de l'enfant et de la femme, et l'œuvre de l'assistance aux enfants nécessiteux et maladifs. Cette puissante Société entretient de nombreuses œuvres, parmi lesquelles une originale *exposition ambulante de puériculture* avec conférences publiques. Il existe aussi, en Suisse, des *infirmières visiteuses*, dont le rôle, au point de vue de l'hygiène infantile, est très important.

La *mortalité infantile dans la première année* n'a pas cessé de décroître, en Suisse, de 20 p. 100 en 1871, qu'elle est tombée à 8,2 p. 100 en 1916-19. Parmi les facteurs de cette diminution, les auteurs citent : les instructions imprimées remises par l'état civil, les assurances en cas de maladie, l'accouchement étant légalement considéré comme une maladie et donnant droit à une indemnité d'allaitement; les primes d'allaitement données par certaines sociétés, la loi du 18 juin 1914 protégeant la femme enceinte dans les fabriques. En fait, à Genève, 92 p. 100 des accouchées allaitent leurs enfants pendant au moins deux mois.

Hygiène sociale du nourrisson. — Les auteurs énumèrent les œuvres qui la réalisent.

1° *Action en faveur de la femme enceinte.* — Consultations prénatales.

2° *Action en faveur de la femme en couche.* — Gratuité des soins à domicile ou à l'hôpital. Secours alloués au-dessous d'un certaln revenu.

3° *Action en faveur du nourrisson.* — Enseignement de la puériculture : scolaire, professionnel, postscolaire.

Consultations de nourrissons. Gouttes de lait. Crèches. Pouponnières. Enfants mis en nourrice, enfants placés. Autant de chapitres que nous ne pouvons que citer.

HYGIÈNE SCOLAIRE. — A. *Service médical des écoles. Assurance scolaire obligatoire.* — A signaler qu'il existe des *infirmières scolaires* qui assistent le médecin aux visites, s'assurent dans les classes que ses prescriptions sont respectées, font à domicile les enquêtes et visites réclamées par le médecin.

Il existe aussi un *carnet médical scolaire* comprenant deux feuilles d'examen général, et pour chaque année l'emplacement des résultats des deux examens annuels (taille poids, périmètre thoracique à l'inspiration et l'expiration, observation), deux feuilles pour l'examen annuel des yeux, deux feuilles pour celui des oreilles, nez, gorge, feuilles pour l'examen des dents.

B. *Ecoles en plein air. Ecoles en forêt.*

C. *Classes gardiennes*, ce sont nos « garderies d'enfants ».

D. *Œuvres scolaires annexes.* — Cuisines scolaires, vêtements pour écoliers.

Œuvres de prophylaxie contre la tuberculose infantile, très développées et très efficaces à cause de la facilité des cures d'altitude. La lutte contre la tuberculose possède les armes suivantes :

1° *Assainissement du logement.* — Grâce aux lois sur la

construction, à la démolition des vieux quartiers. à la construction de nombreuses maisons ouvrières possédant un jardin.

2° *Cures de plein air*, qui ont pris un grand développement surtout en Suisse romande avec des œuvres très nombreuses.

3° *Ecoles en plein air. Ecoles en forêt.*

4° *Colonies de vacances* en altitude variant de 600 mètres à 1.500 mètres et plus.

5° *L'œuvre Grancher*, par contre, s'est très peu développée en Suisse. Les parents répugnant à se séparer de leur enfant.

6° *Homes pour enfants et cures d'altitude*, de 750 à 1.500 mètres sanatoria populaires pour enfants faibles, prétuberculeux.

7° *Cures balnéaires.* — Bains salins de Rheinfelden, Lavey, Salsomaggiore pour enfants débiles, ganglionnaires, tuberculoses osseuses.

Cure marine à l'asile Dollfus à Cannes.

QUESTIONS DIVERSES

Effets favorables de la sérovaccinothérapie dans vingt-sept cas de broncho-pneumonie de l'enfance — MM. D'ŒLSNITZ et COLLE (Nice) ont associé, dans ces cas, l'effet immédiat des sérums spécifiques à l'action plus tardive, mais plus durable des vaccins.

Sur les 27 cas traités, il y a eu 5 cas de mort concernant des nourrissons. Sur les 22 cas guéris, 9 semblaient très graves. Il a été exceptionnel de trouver de nouveaux foyers, après le début du traitement. Dans l'ensemble, la maladie a été moins grave, plus courte. Cette thérapeutique doit être appliquée prudemment sous le contrôle des réactions leucocytaires.

Le centre d'élevage-dispensaire de Montmorency. — M. G. SCHREIBER fondé, en 1916, a reçu depuis sa création 129 enfants, 12 décès (9,3 p. 100). Il disposera à partir d'octobre d'un dispensaire avec consultation de nourrissons, cuisine de lait, infirmerie.

Les frais s'élèvent à 4.500 francs pour 30 enfants et 15 nourrices ayant chacun deux bébés, payées 150 francs par mois. Les dépenses de fonctionnement (pharmacie, médecin, infirmière) s'élèvent à 8.000 francs par an.

La glycémie dans la diphtérie. — MM. P. LEREBOULLET, P.-L. MARIE et LEPRAT ont trouvé que le sucre du sang est en quantité normale dans les diphtéries légères. Dans les diphtéries graves, il y a hypoglycémie, et lorsqu'elles évoluent vers la guérison, le taux du sucre s'élève. Ces données tendent à prouver l'atteinte des surrénales dans les diphtéries graves, le fonctionnement des surrénales ayant une action sur le taux du sucre dans le sang.

Pathogénie et prophylaxie de la scoliose des adolescents. — J. GOURDON (Bordeaux). Le ramollissement osseux qui prédispose à la scoliose est dû à deux causes : la croissance, des troubles du côté des glandes endocrines (8/10 des scoliotiques). Il s'y joint des causes mécaniques (attitudes scolaires).

Pour l'auteur comme pour Lovett, la rotation précède toujours la déviation latérale : un côté du thorax paraît plus développé que l'autre, c'est l' « état préscoliotique ». Il permet de dépister les futurs scoliotiques dans les inspections scolaires.

Polyarthrites chroniques séreuses tuberculeuses. — MM. NOBÉCOURT et NADAL. Il existe des polyarthrites chroniques avec épanchement, sans altérations osseuses, ni fibreuses, dans de nombreuses petites jointures et quelques grosses articulations. Dans un cas observé par les auteurs comme daas des observations analogues, il faut invoquer l'origine tuberculeuse.

La polyarthrite chronique séreuse doit être distraite du cadre encore confus du rhumatisme tuberculeux.

Le métabolisme basal dans les retards de croissance de l'enfance. — MM. NOBÉCOURT et H. JANET. Dans les retards de croissance de l'enfance, la présence d'un métabolisme basal faible permet de dépister une insuffisance thyroïdienne, comme chez une fillette qu'ils présentent. Dans les hypotrophies simples de l'enfance sans hypothyroïdie, il y a un métabolisme basal normal.

Ces hypotrophies simples qui aboutissent à l'infantilisme type Lorain, bien que parfois améliorées par un traitement thyroïdien, se distinguent donc des hypotrophies myxœdémateuses qui aboutissent à l'infantilisme type Rrissaud.

Accidents anaphylactiques graves à la suite d'une réaction de Shick. — M. P. GAUTIER (Genève). Chez un enfant de dix ans convalescent de scarlatine, on pratique une réaction de Shick, Elle est positive, et quatre jours après température, puis urticaire généralisé, arthropathies et accidents graves pendant trois jours. Il s agissait d'un enfant hypersensible.

M. NETTER rappelle que des tuberculeux ayant ingéré de la viande de cheval crue peuvent être sensibilisés au sérum.

M. APERT a constaté que des convalescents de maladies infectieuses, de scarlatine sont hypersensibilisés au sérum.

Deux cas de blocage du cœur par dissociation auriculo-ventriculaire. — M. le professeur GORTER (Leyde). Chez un enfant de douze ans on trouve un souffle rude à la pointe et de l'irrégularité du pouls. On pense à une perforation interventriculaire, l'électrocardiogramme montre une dissociation auriculo-ventriculaire nette.

Chez un nouveau-né sain ne présentant pas de souffle, mais un pouls à 72, un électrocardiogramme montre une dissociation nette, l'oreillette se contractant tantôt avant, tantôt après le ventricule.

Etude sur les dyspepsies infantiles. — M. le professeur TAILLENS (Lausanne). Elles sont fréquentes et non dues, comme chez l'adulte, à des troubles organiques, mais fonctionnels.

L'arrêt de la sécrétion du foie et du pancréas qui les caractérise est dû, selon l'auteur, aux troubles du chimisme stomacal.

L'examen des selles pratiqué chez l'enfant soumis successivement aux régimes des hydrocarbures, carné, gras, permet de dépister la dyspepsie amylacée aux albumines, aux corps gras.

L'examen du chimisme stomacal montre que chez les enfants dyspeptiques on trouve 58 fois de l'hyperacidité, 14 fois il est normal et 28 fois hypoacide.

Le traitement par le régime blanc ne suffit pas au traitement, il faut souvent y joindre les alcalins dont l'emploi amène la guérison.

L'immunisation contre la diphtérie par les vaccins. — M. ROHMER (Strasbourg). L'emploi de toxine pure est abandonné. Les toxines neutralisées par des antitoxines peuvent immuniser mais très lentement, on se sert de ces toxines neutralisées en y ajoutant un peu de toxine libre. C'est la composition du TA^6 et du TA^7 de Behring, du vaccin américain et de différents vaccins.

Les doses ne doivent pas être les mêmes à tous les âges. Les nouveau-nés ne réagissent pas. Entre cinq et dix-huit mois il faut donner des doses fortes : deux injections sous-cutanées de 1 centimètre cube à dix jours d'intervalle ; l'immunisation est acquise au vingt-cinquième jour. Si on veut avoir une immunisation plus rapide il faut donner une dose plus forte ou plus répétée. Chez les enfants plus âgés, deux injections de 1/10 de centimètre cube à dix jours d'intervalle suffisent.

L'immunisation humorale dure peu (un an environ), mais il existe une immunité tissulaire bien plus longue, et une seule injection nouvelle fait de suite réapparaître les antitoxines dans le sang.

Le prof. GORTER (Leyde) confirme ces résultats et la nécessité d'employer un vaccin contenant un excédent de toxine, mais il pense que si deux injections suffisent pour beaucoup d'enfants, pour certains il faut en faire trois, quatre, cinq. Il est donc nécessaire de contrôler la vaccination par la réaction de Shick. Il se plaint que les vaccins fournis jusqu'ici soient très instables et leur teneur en toxine très variable.

M. Jules RENAULT et P.-P. LÉVY, pour remédier à cette instabilité des vaccins préparés à l'avance, se servent d'un mélange extemporané de toxine fraîche et de sérum anti-

toxique de l'Institut Pasteur. Le mélange est hyperneutralisé. Il n'a pas eu d'accident. Il pratique trois injections à huit jours d'intervalle.

Stridor respiratoire chronique essentiel chez un nourrisson. — MM. MARFAN et TURQUETY rapportent l'histoire d'un enfant abandonné qui, depuis l'âge de sept mois et demi jusqu'à sa mort à quatorze mois et demi, présenta un stridor expiratoire continu, sibilant. On pensa d'abord à de l'asthme, et devant l'échec de la médication et la persistance, à de l'adénopathie trachéo-bronchique; cuti-réaction 4 fois négative. Comme il présentait quelques signes d'hérédo-syphilis, le traitement fut institué sans succès. L'autopsie ne révéla aucune lésion pouvant expliquer ce stridor expiratoire chronique essentiel.

Le traitement de l'hérédo-syphilis chez les nourrissons. — M. CASSOUTE (Marseille) a abandonné les injections intraveineuses. Il emploie les injections sous-cutanées d'arsenobenzol. Chez les débiles hérédo-syphilitiques tout traitement échoue; le véritable traitement de l'hérédo-syphilis est le traitement de la mère pendant la grossesse, le traitement prénatal. Il faut souligner aussi la supériorité de l'allaitement au sein par la mère ou une nourrice syphilitique, le lait de femme contenant probablement des substances antitoxiques.

Etude de la pneumonie de l'enfant. — M. GARDÈRE (Lyon) montre par une série de projections les différents types de la pneumonie de l'enfant tels que le révèle la radiographie.

— Le IIIe Congrès des pédiatres de langue française aura lieu en 1923, à Bruxelles, sous la présidence du docteur Péchère (Bruxelles).

M. L.

RADIO-ANAPHYLAXIE

Par M. FOVEAU DE COURMELLES.

Malgré les travaux du professeur Ch. Richet, ce n'est que depuis peu qu'on a songé à étendre la notion de l'anaphylaxie, des médicaments et des aliments au domaine des radiations, et à y retrouver, depuis les incidents simples, fièvre, frissons, jusqu'au drame, au choc.

Dès le début, les brûlures de certains sujets radiographiés et non les autres avaient bien montré de l'*idiosyncrasie*, appelée aujourd'hui *radiosensibilité*.

L'an dernier, à propos de *radio et radiumpathie*, j'avais parlé de l'anaphylaxie (1). J'avais constaté, dans la radiothérapie des fibromes, l'absence de réaction après maintes irradiations, puis, après un temps de repos ayant pu en laisser évaporer, en quelque sorte, l'accumulation, se produisait, soit le noircissement de la peau et du système pileux, soit l'érythème, soit les phénomènes généraux; ces derniers ont été appelés par A. Béclère, « mal des irradiations ». J'ai constaté rarement ce « mal », car j'ai toujours isolé mon patient du tube par une plaque d'aluminium, de plus *reliée au sol*, ce que préconisait l'an dernier, M. Schrumpff-Pierron, à la Société de biologie (2 juillet 1921); divers auteurs l'ont, ces temps derniers, attribué à l'excès d'ozone produit par les appareils, ce qui peut expliquer certains malaises respiratoires en particulier, mais non tous.

Ces troubles, ainsi rarement produits, me paraissent plutôt d'ordre radio-anaphylactique (2). Le professeur Ch. Richet constata le premier, on le sait, que certaines substances au lieu d'insensibiliser, de mithridatiser les sujets, et après n'avoir pas agi la première fois, déchaînent ensuite des phénomènes morbides plus ou moins violents, à la seconde fois, voire après un long temps d'immunité. Le professeur Widal et ses élèves ont signalé récemment des cas de pharmaciens ayant manié, pendant des années, de l'ipéca et ne le pouvant plus, brusquement, sans raisons apparentes, ne pouvant même plus de très loin, le sentir. J'ai observé, avant la guerre, un cas analogue chez un constructeur d'appareils qui fut obligé de céder sa maison, car atteint par les rayons X, guéri en apparence, on ne pouvait plus, en ses grands ateliers et si loin qu'il s'en plaçât, actionner un tube de Crookes, sans qu'il le perçût douloureusement; ce constructeur parisien étant très connu, tous les radiologues en eurent connaissance, mais on ne songea pas à la radio-anaphylaxie.

L'*homme-momie* semble être le premier cas du genre (1).

Ce petit homme squelettique avait été radiographié en septembre 1896, sans accidents, puis Radiguet le prit en entier, en avril 1897, et il y eut épilation à peu près complète.

La radiothérapie des fibromes m'a donné notamment un cas de réaction extrêmement violente, après une première série de séances n'ayant produit, sans réaction, qu'une régression du fibrome, et reprenant, après un repos de deux mois, ses séances. C'était en mai 1904, nous employions des intensités faibles et de durée de vingt à trente minutes, 1 à 2/10 de mA., 10 centimètres d'étincelle équivalente, l'anticathode à 10 centimètres environ du fibrome sur lequel était placée la plaque d'aluminium reliée au sol. La malade présenta une fièvre intense, 40 degrés qui dura une dizaine de jours, évacua même du pus par le rectum; tous ces phénomènes se produisirent chez elle, après la seconde série de dix séances et me furent communiqués par le médecin traitant. A la reprise des rayons qui clôturèrent la guérison, et d'instinct, je diminuai la durée des séances. Il est inutile de dire que je ne fis alors aucune analogie avec l'anaphylaxie. Mais, depuis, j'eus des cas présentant de loin quelques ressemblances, le noircissement du système pileux (2), survenant à la seconde ou troisième série; on pensait alors, malgré les longs repos intercalaires, à l'accumulation des radiations.

MM. Pech (de Montpellier), Hirtz (du Val-de-Grâce de Paris), Gaussel et Villa (de Montpellier), ont publié des cas non douteux de *radio-anaphylaxie*; à la *Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier*, le 27 janvier 1921 : MM. Gaussel et Villa ont publié « un cas de radiodermite, suite d'une courte radioscopie chez un tuberculeux pulmonaire », ledit malade ayant été insolé auparavant; il y eut une large plaque érythémateuse avec phlyctène qui mit un mois à se cicatriser. A ce propos, M. Pech rappela ses cas analogues et deux de M. Hirtz, ajoutant « que toute irradiation d'un être vivant le sensibilise spécialement vis-à-vis de toutes autres irradiations pouvant le frapper ultérieurement ».

(1) FOVEAU DE COURMELLES. Radio et radiumpathie, *Le Sud méd.*, 15 oct. 1921.

(2) FOVEAU DE COURMELLES. Phénomènes radio-anaphylactiques, communication à la *Soc. de pathol. comparée* du 11 avril 1922 (ce mémoire annoncé pour le 14 mars, vu la séance chargée, ne fut présenté qu'en avril) et le 13 juin 1922.

(1) FOVEAU DE COURMELLES. *Traité de radiographie*, cours libre à l'Ecole pratique. Préface du prof. D'ARSONVAL, mai 1897.

(2) FOVEAU DE COURMELLES. La radiothérapie des fibromes, première et deuxième communications à l'*Institut*, présentées par le prof. D'ARSONVAL, les 11 janv. 1904 et 23 fév. 1905.

La radiopathie des constructeurs, manipulateurs, travailleurs des rayons X, les atteint surtout et d'abord aux parties découvertes de leur corps, à la face, aux mains, où *toutes* les lumières les sensibilisent. N'est-ce pas là une confirmation éclatante de la radio-anaphylaxie?

Il y a plus, Prime ayant injecté de l'éosine sous la peau des épileptiques, puis les ayant insolés, ceux-ci ont de l'inflammation, puis des altérations des parties découvertes (où l'éosine devient fluorescente par la lumière, qui cependant s'arrête à la peau); des paludéens guéris et insolés représentent des accès graves.

L'insolation à haute dose est pratiquée en certains centres contre la tuberculose, j'ai appelé l'attention jusqu'ici non éveillée sur les particularités radio-anaphylactiques, aussi y sont-elles passées inaperçues ou à peu près. Le docteur H.-E. Vinon, en a entendu parler à Berck-Plage, en juillet 1920. J'ai interrogé le docteur Calot, qui y croit aussi, sans pouvoir l'affirmer. Cependant, le docteur Rollier (de Leysin) m'a écrit : « Je n'ai jamais observé ici de malades ayant suivi le traitement héliothérapique et ayant présenté de brûlures dues aux rayons X, ni à la plaque, ni à l'écran quoique notre observation porte sur plus de 12.000 examens radiographiques! »

Ma nouvelle théorie de la radio-anaphylaxie ne me semble pas atteinte par 12.000 faits négatifs, quand déjà un certain nombre de faits positifs s'imposent, comme les huit morts de « travailleurs du radium et des rayons X » que j'ai relevés dans la littérature spéciale anglaise, morts survenant après des vacances, un repos prolongé, sans préjudice des faits cités plus haut, tous d'ordre anaphylactique, sans conteste, nous semble-t-il. L'immunité à Leysin peut d'ailleurs s'expliquer par ce fait que l'examen radiologique fait à l'arrivée est suivi, avant le suivant, d'une longue insolation pigmentant, cuirassant l'individu, qui par suite ne réagira pas aux rayons X.

Reste le *drame* : le *choc*, par les radiations, phénomène d'anaphylaxie, n'accompagnant pas fatalement celle-ci, est plus net quand il se produit. Notre malade de 1904 en est un exemple, comme les paludéens déjà signalés, certains isolés pour névralgie. La leucopénie qui est un des caractères du choc hémoclasique est anciennement connue. M. A. Béclère a depuis longtemps signalé dans le traitement de la leucémie, aussi bien par les rayons X que par le radium, l'abaissement considérable du nombre des globules blancs. Mottram, Pinch, Larkins, l'ont de même signalé avec l'énorme diminution de 5 à 1, du nombre des globules rouges et de 1 à 1 1/2 p. 100 pour la teneur en hémoglobine, chez les victimes et peu avant leur mort, des rayons X et du radium (1).

L'hypotension artérielle, souvent constatée au cours des traitements, est produite systématiquement par le docteur Zimmern contre l'artériosclérose par l'irradiation des capsules surrénales, elle n'est pas fatale : M. Heitz a signalé à l'Académie de médecine, le 18 avril 1922, que 20 p. 100 des femmes atteintes de fibromes, et beaucoup d'irradiées ou opérées, à reins sains, présentaient de l'hypertension artérielle (moyenne Tm 20 à Tmn 11).

(1) Foveau de Courmelles. Radio et radiumpathie. Communications au *Congrès des Soc. savantes*, Strasbourg, 1920, et de l'*Avanc. des sc.*, Rouen, juillet 1921, in *Arch. d'électr. méd.*, 15 juin 1920 et 15 oct. 1921 (les analyses sanguines y figurent).

En Italie, le radiologue Tiraboschi, décédé à Bergame au commencement de 1914, a été le premier autopsié : on a trouvé d'énormes modifications de la composition sanguine! Masceri (octobre 1921) a trouvé que l'action prolongée des rayons X conduit à la dégénération des centres hématopoïétiques et à la diminution du nombre des leucocytes; les irradiations faibles excitent au début donnant de la leucocytose rapidement suivie de leucopénie secondaire. Dans les cas d'évolution maligne on eut une chute de 30 à 40 p. 100 du nombre des érythrocites. Les morts anglais des rayons X et du radium ont montré la diminution énorme de *tous* les éléments sanguins.

Mlle Giraud, MM. Giraud et Parès ont irradié (*Presse méd.*, 17 sept. 1921), deux fois un malade atteint de leucémie myéloïde et constaté de la leucopénie et de l'hypotension qu'ils ont attribué à la crise hémoclasique. A la Société de biologie, le 15 mars 1921, MM. Coutard et Lavedan signalaient l'abaissement de la tension artérielle par les rayons X; MM. E. Joltrain et René Bénard ont le 8 avril, publié enfin quatre cas d'irradiation : pour gliome de la région pédonculaire, séminome volumineux du testicule gauche, et femme asthmatique hyperthyroïdienne et néoplasique utérine, où l'on trouva une chute considérable des globules blancs, de l'indice réfractométrique, de la pression artérielle et une hypercoagubilité allant de onze à deux minutes.

La radio-anaphylaxie entre donc dans les conceptions médicales; sa portée pratique nous paraît dans la possibilité de désensibiliser patients et radiologues, par des radiations interchangeables ou faibles, par des injections ou ingestions de substances sensibles à la lumière (quinine, éosine, etc.). C'est un monde nouveau qui s'ouvre!

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 JUILLET 1922)

L'enregistrement des vibrations longitudinales du muscle pendant la contraction volontaire. — MM. J. Athanasiu et L. Bull.

Schème physique de la perméabilité sélective des cellules vivantes aux différents ions. — MM. Pierre Girard, W. Mestrezat et Li-Shou-Houa.

Recherches expérimentales sur la genèse de la crise hémoclasique des irradiations intensives. — Mlle Marthe Giraud, MM. Gaston Giraud et L. Parès. La crise hémoclasique des irradiations intensives est en rapport avec les réactions intimes des tissus irradiés eux-mêmes. Tout se passe dans cette crise comme si les tissus élaboraient d'emblée, sous l'influence d'une application intensive de rayons X, des substances génératrices de choc qui se déverseraient dans la circulation générale.

La réaction de fixation dans le diagnostic de la tuberculose des bovidés. — MM. L. Panisset, J. Verge et E. Grasset.

Traitement des luxations congénitales de la hanche. — M. Denucé. Depuis le 1er août 1914, l'auteur a apporté à la méthode de Lorenz dans le traitement des luxations congénitales de la hanche, certaines modifications dont les résultats ont amené en 1920 le docteur Papin à leur consacrer sa thèse (*Th. de Bordeaux*, 1920, Maloine, édit.) où il rapportait

725 réductions. Ce nombre a augmenté depuis et dépasse actuellement 1.300.

Le point le plus important de cette méthode et ce qui la différencie de celles de Lorenz et de Hoffa est la *suppression de toute manœuvre de force* pouvant donner lieu à un traumatisme si léger qu'il puisse être.

Sur les 1.303 cas opérés à ce jour, M. Denucé n'a eu ni décès, ni échec opératoire, ni complication immédiate, fractures ou décollements, ni lésions épiphysaires, ni lésions des vaisseaux, des nerfs, des muscles, de la peau. Les résultats à la fin du traitement postopératoire sont très satisfaisants. La marche est bonne. Dans les 725 cas de la première série, M. Denucé a eu 11 reluxations dont 9 ont été réduites par le même procédé et avec succès. Les 578 cas suivants n'ont donné lieu qu'à une seule reluxation, réduite avec succès.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 JUILLET 1922)

Syndrome de Mikuliez apparu au cours d'une encéphalite épidémique. — MM. Georges GUILLAIN, KUDELSKI et LIEUTAUD, présentent une malade de vingt-cinq ans, chez laquelle on constate un syndrome de Mickuliez très typique caractérisé par la tuméfaction hypertrophique des glandes lacrymales, des parotides, et des glandes sous-maxillaires.

Ce syndrome est apparu au cours d'une affection caractérisée par un état subfébrile, de la céphalée, des algies violentes lombo-sacrées, des troubles vasomoteurs, une hypersomnie invincible, somme toute, d'une encéphalite épidémique à type hypersomnique.

Actuellement, seul, persiste le syndrome de von Mikuliez. Ce syndrome d'après les observations publiées dans la littérature médicale, paraît, abstention faite de cas de leucémie, être la conséquence d'une infection.

Il était intéressant de faire connaître son existence, au cours de l'encéphalite épidémique, dont le virus peut, sans nul doute, atteindre d'autres régions de l'organisme que le névraxe.

Un cas d'obstruction embolique de l'artère axillaire guérie chirurgicalement. — MM. SENCERT et BLUM (de Strasbourg) rapportent l'observation d'un homme de soixante ans atteint d'une embolie de l'artère axillaire avec arrêt de la circulation dans le bras et menace de gangrène ; l'intervention, extirpation du caillot et suture de l'artère fut suivie d'un plein succès.

Vaccination typhique du nourrisson. Bénignité et avantages. — MM. Maurice RENAUD et DUCHEIN ont pratiqué sans nul inconvénient des injections de vaccin typhique à des nourrissons de deux à vingt mois.

Le plus souvent l'injection fut faite dans un but thérapeutique, le vaccin typhique étant, ainsi que l'a montré l'un d'eux, dès 1908, le meilleur agent de vaccinothérapie non spécifique. Elle eut alors presque toujours pour résultat immédiat de modifier heureusement l'évolution du processus toxiinfectieux en cours (pyodermite, eczéma, gastro-entérite).

L'injection de vaccin entraîne, comme chez l'adulte et par un processus identique, le développement d'un état d'immunité spécifique contre les bacilles du groupe typhique et coli, dont le rôle est si important dans la pathologie du premier âge et de l'enfance.

Mais, le plus grand avantage de cette vaccination précoce est de faire que le premier contact de l'organisme avec la maladie soit un contact artificiellement établi. La mise en œuvre, contre un vaccin bien dosé et incapable de nuire sérieusement de tous les moyens de défense dont il dispose virtuellement, entraînera l'organisme et le rendra plus apte à se défendre contre les virus eux-mêmes au jour inévitable de la première maladie infectieuse.

Le fait certain est que tous ont présenté un état de santé particulièrement satisfaisant dans les mois qui ont suivi leur vaccination, comme celle-ci avait rendu l'organisme plus vigoureux et plus résistant.

La pratique est d'accord avec la théorie pour légitimer la vaccination typhique précoce. On ne devra, en tout cas, pas manquer de préférer le vaccin typhique à tout autre dès qu'on voudra faire de la vaccinothérapie, puisqu'il assure l'avenir tout en donnant immédiatement d'excellents résultats.

Sur les troubles nerveux d'origine appendiculaire. — MM. Constantin CAPLESCO et DEMÈTRE-PAULIAN.

Choléra et porteurs de vibrions dans la région de Constantinople. — M. Gabriel DELAMARE fait une communication sur l'existence du choléra en Russie et les dangers que présente l'évacuation des Russes hors de leur pays.

Il y a, à n'en pas douter à l'heure actuelle, en Russie, un nombre considérable de décès dus au choléra, et il serait bon de prendre des précautions contre ce terrible fléau qui peut être de plus en plus une menace pour toute l'Europe.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 21 JUILLET 1922)

Les troubles respiratoires, séquelles de l'encéphalite léthargique. — MM. Cl. VINCENT et E. BERNARD.

Causalgie du nerf médian consécutive au zona. — MM. JEANSELME, LORTAT-JACOB et BAUDOUIN. Présentation d'un cas de causalgie du nerf médian avec troubles moteurs, articulaires et trophiques habituels, consécutifs à un zona du membre supérieur.

Un cas de mélanodermie. — MM. ENRIQUEZ, CARRIÉ et LAPLANE, présentent un malade atteint de mélanodermie localisée aux régions découvertes (face, cou, mains), accompagnée de douleurs abdominales et d'asthénie, sans hypotension, ni autre signe d'insuffisance surrénale.

L'étude des troubles de la fonction hépatique paraît, au contraire, devoir orienter le diagnostic vers une cirrhose bronzée, malgré les apparences cliniques. Il s'agirait, en ce cas, d'une forme fruste, simulant la maladie d'Addison.

Anomalies combinées par arrêt de développement. — M. A. LÉRI présente une malade atteinte d'une série de troubles en rapport avec un arrêt de développement : attitude fixée de rotation interne des bras et de pronation des avant-bras ; grosse amyotrophie du moignon de l'épaule et du bras, anesthésie syringomyélique du moignon de l'épaule.

Altération médullaire au niveau des Ve et VIe segments cervicaux avec reliquat d'un spina bifida « oculta » ou « occlusa » sur la VIe vertèbre cervicale.

Un cas d'arythmie complète apparue brusquement chez un rhumatisant. Régularisation par la quinidine. — MM. Ch. LAUBRY et Edmond DOUMER apportent l'observation d'un sujet qui fit brusquement de l'arythmie complète, au cours d'une crise de rhumatisme articulaire aigu. Jusque-là, son appareil cardiaque étant absolument intact et le ryhme du cœur parfaitement régulier les jours précédents.

Ce trouble du rythme dont l'électrocardiogramme a révélé la nature est apparu en dehors de tout symptôme fonctionnel et n'était pas accompagné de tachycardie. Il a persisté après la suppression du salicylate de soude. Il a cédé quinze jours plus tard, après absorption de 0gr60 de sulfate de quinidine. La régularisation parfaite a été précédée d'une courte période au cours de laquelle le malade présentait des extrasystoles auriculaires.

Ces extrasystoles qui se sont reproduites à nouveau, au bout de neuf jours, ont disparu une seconde fois sous l'influence de la quinidine.

Cette arythmie complète, accident exceptionnel au cours du rhumatisme doit être considérée comme due à une endocardite auriculaire ayant altéré le myocarde.

Expansion ondulante de la face. Forme spéciale du pouls veineux. — MM. KLIPPEL et HACHET présentent un mitral, en même temps cardio-rénal qui présente une expansion ondulante de la face avec pouls veineux ventriculaire.

M. Laubry montre que le malade est un aortique et que les battements sont dus à la compression du système veineux jugulaire par l'impulsion systolique artérielle très vive.

Echanges respiratoires et métabolisme basal dans les syndromes thyroïdiens. — MM. Achard et Binet. Le métabolisme basal chez l'adulte sain est de 40 calories par heure et mètre carré. Or, chez trois malades hypothyroïdiens, les auteurs ont trouvé 27,30 et 29 calories et chez 5 basedowiens 39, 39,9 et 36 et 45 et 54 calories.

Phlébites superficielles dans l'érythème noueux. — MM Achard et Rouillard rapprochent ces phlébites superficielles de celles observées par Noël Fiessinger et Mathieu dans trois cas de grippe.

Mélanodermie du type addisonnien, tachycardie paroxystique et sympathicotonie. — MM. Gilbert et Coury présentent un malade atteint de mélanodermie et rattachent cette dernière à un état d'hypersympathicotonie.

Le cyanure de mercure dans les cirrhoses veineuses et les néphrites syphilitiques. — MM. Milian et Lelong rappellent l'action diurétique du cyanure. Le cyanure est le médicament de choix des localisations rénales de la syphilis et de toutes les localisations viscérales de cette infection où il est indiqué d'augmenter la diurèse, en particulier des hépatites ascitogènes. Cette action diurétique est une propriété constante et semble indépendante de son action antisyphilitique.

Les auteurs insistent également sur la tolérance plus grande que ne le pensent les classiques. C'est ainsi que chez un cirrhotique, il a été fait des séries de 60 injections intraveineuses de cyanure à 1 centigramme par jour, avec avantage pour le malade.

Infantilisme du type hypophysaire avec diabète insipide par tumeur du IIIe ventricule respectant l'hypophyse. — M. Ricaldoni (de Montévidéo).

Pneumonies centrales et pneumonies muettes. — MM. Paisseau et Iser Salomon rapportent deux observations de pneumonie gauche, concernant, l'une une pneumonie centrale à début hilaire, l'autre une pneumonie muette dont le foyer apparaissait à l'examen radioscopique, localisé à la presque totalité d'un lobe.

A ce propos, les auteurs discutent les relations entre les pneumonies centrales et les pneumonies muettes. Toutes les pneumonies muettes sont loin de correspondre toutes à des pneumonies centrales. Il existe des pneumonies corticales silencieuses dont le silence doit être recherché dans certaines particularités du foyer hépatisé.

Anémie splénique infantile traitée par le benzol. — MM. Aubertin et Raoul Labbé rapportent un cas d'anémie splénique infantile chez un enfant de dix-huit mois avec splénomégalie et leucocytose à 29.000.

Le traitement par le benzol amena, en quelques mois, la réduction du volume de la rate, l'amélioration de l'état général, la réduction de la leucocytose, la disparition des globules rouges nucléés. Cette guérison se poursuit depuis 1920. Le benzol doit être manié avec plus de prudence que dans la leucémie à cause de la déglobulisation que présentent ces malades.

Les ictères des perlières et les hépatites par la tétrachloréthane. — MM Noël Fiessinger, Brodin et Wolf rapportent deux observations d'intoxication par le tétrachlorétane qui se sont produites dans une usine de perles artificielles.

Essai d'interprétation de l'action désensibilisante générale de quelques médications multivalentes non spécifiques. — M. E. Feuillié présente 17 observations de malades atteints d'urticaire, crises asthmatiformes, eczémas, œdèmes de Quincke, pour lesquels la guérison a été obtenue en six à dix jours par la simple ingestion quotidienne de trois cachets renfermant chacun 0,04 de calomel.

Ces cachets peuvent être remplacés par une série mercurielle quelconque mais ils présentent l'avantage d'une diarrhée légère comme dérivation intestinale. Ces 17 exemples ont été choisis parmi de nombreux cas du même genre chez lesquels il n'existait pas de syphilis. Le mercure agit surtout par rénovation leucocytaire et comme diurétique déchlorurant. C'est une application de la leucothérapie aux manifestations anaphylactiques.

Vient ensuite une discussion avec confirmation bibliographiques sur la non spécificité du traitement mercuriel. Le mercure peut être remplacé dans les rares cas d'intolérance par le soufre, le xylol, le benzol, la résorcine. Il est bon de s'aider de l'opothérapie thyroïdienne ou surrénale.

Pour terminer, l'auteur compare la dyscrasie accompagnant le choc anaphylactique aux injections intraveineuses toxiques qui par flux leucopathiques lui ont donné expérimentalement des infiltrations leucocytaires et des scléroses. On peut ainsi ranger parmi les accidents anaphylactiques des catarrhes broncho-pulmonaires et intestinaux ainsi que certaines néphrites aiguës : des scléroses variées peuvent ensuite s'organiser rapidement. Cette étude est le complément de la constatation au cours des manifestations du choc des éclipses de leucocytes de la grande circulation.

Mais certaines crises qui semblent relever de l'anaphylaxie ne sont que des crises leucopathiques banales. Dans l'un ou l'autre cas on pourra prescrire une même médication multivalente.

Stérilisation de la syphilis chez le nourrisson. Contrôles sérologiques et céphalo-rachidien. — MM. Marcel Pinard et Pierre Girand rapportent des observations de nourrissons hérédosyphilitiques traités par des séries progressives et à haute dose de sulfarsénol sous-cutané et suivis jusqu'à

disparition de tout signe clinique sérologique et céphalo-rachidien.

Ces contrôles sévères montrent l'efficacité de la méthode qui devrait toujours être préférée aux méthades surannées et peu efficaces (friction ou ingestion d'Hg).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 JUILLET 1922)

A propos de la récidive des tumeurs du sein opérées (*suite de la discussion*). — M. Pierre DELBET désire et cherche un meilleur classement des tumeurs du sein. Il distingue celles dont les cellules ont des affinités pour certains organes éloignés, celles qui trouvent dans les ganglions un terrain favorable, celles qui n'ont qu'une malignité locale et celles qui envahissent progressivement l'organisme jusqu'à la généralisation.

Le mieux tant qu'on n'est pas plus avancé est de faire une large exérèse quel que soit le volume de la tumeur.

Il faudra faire le curage soigné de l'aisselle et du tissu cellulaire interposé entre les pectoraux, puis le curage du creux sus-claviculaire. Pour terminer, M. Delbet pense que les guérisons prolongées après amputation du sein sont dues plutôt à la malignité atténuée du néoplasme qu'à l'étendue de l'intervention.

A propos de la staphylorraphie. — M. SEBILEAU emploie toujours le procédé de Baizeau-Langenbeek pour les cas qu'il est appelé à opérer chez les adultes principalement, et qui sont tous de mauvais cas (récidives ou fissures trop larges).

Il étudie les facteurs de rigidité du voile et pense que cette dernière est surtout due à l'insuffisance des tissus avant l'opération. Pour lui, la rééducation doit être prolongée et très soigneusement faite.

Sur le traitement des ulcères perforés du pylore. — M. LECÈNE fait un rapport sur deux observations de M. Mondor. Ulcères perforés, l'un opéré par suture et gastro-entérostomie, l'autre par simple suture. M. Lecène est heureux de voir ces guérisons sans résection gastrique et n'est pas de l'avis de M. Duval pour qui la formule ulcère perforé = résection de l'estomac.

M. GRÉGOIRE partage les idées de M. Lecène sur ce point.

Ulcères de la petite courbure traités par sympathectomie. — M. PROUST fait un rapport sur trois cas traités par M. CHATOU (de Besançon), qui eut recours à la ligature et à la section de la coronaire stomachique et des nerfs qui l'accompagnent; il y ajouta une gastro-entérostomie postérieure et obtint trois guérisons.

Pneumatocèle occipitale spontanée. — M. ROUVILLOIS fait un rapport sur une observation de MM. REVERCHON et WORMS : opération d'un cas de pneumatocèle chez un soldat chez qui l'air passait de la caisse du tympan à travers la mostaïde jusqu'à la tumeur, l'incision de la tumeur laissa échapper de l'air. On oblitéra la brèche au moyen de petits greffons astéopériostiques prélevés sur ses bords.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 7 JUILLET 1922)

Influences saisonnières sur le développement des testicules de coqs. (*Présentation de pièces.*) — MM. GRYNFELTT et PECH.

Cancer de l'estomac à forme d'anémie pernicieuse. — MM. VEDEL, J. BAUMEL et G. GIRAUD, présentent un vaste carcinome colloïde de l'estomac. La caractéristique clinique la plus importante était une anémie aplastique marquée sans réviviscence médullaire, avec hyporésistance des hématies, malgré laquelle la période cachectique s'est prolongée pendant plusieurs mois.

Rythme respiratoire anormal traduisant une syphilis nerveuse chez un enfant. — M. LEENHARDT, Mlle SENTIS et M. SICARD présentent un malade de trois ans dont la respiration s'effectue sur le rythme suivant :

L'enfant pousse fortement pendant cinq secondes et respire d'une façon haletante pendant dix secondes, puis le cycle recommence. Retard intellectuel; aucun autre trouble.

Le liquide céphalo-rachidien est fortement hypertendu, il n'est pas hyperalbumineux mais présente une notable réaction lymphocytaire. La réaction de Bordet-Wassermann y est fortement positive, cette respiration traduit une syphilis nerveuse. Elle évoluerait depuis un an.

Anémie pernicieuse aplastique. — M. LEENHARDT, Mlle SENTIS et M. VILLA.

Deux cas de syphilis traités par les sels de bismuth. — MM. MARGAROT et J. COL DE CARRERA rapportent deux cas de cicatrisation rapide de lésions syphilitiques par le tartrobismuthrate de potassium et de sodium en suspension huileuse.

Dans le premier cas il s'agissait de manifestations en général assez tenaces (roséole de retour à grands éléments, kératodermie pulmonaire et plantaire) et dans le second de syphilides arseno et mercuro résistantes.

LIVRES NOUVEAUX

Formulaire de poche pour les maladies des enfants (1), par le docteur J. COMBY.

Petit volume de 592 pages, essentiellement pratique, où tous les renseignements thérapeutiques concernant les enfants sont exposés en style à la fois concis et précis. On y trouvera exposés séparément, mais chaque fois par ordre alphabétique, les maladies d'une part, les médicaments d'autre part. C'est ainsi que pour chaque cas, le praticien y trouvera, tout d'abord, les indications générales utiles au traitement de telle ou telle affection; il lui suffira de tourner quelques pages pour avoir des données précises sur l'emploi ou la posologie des médicaments indiqués dans la première partie.

Ouvrage excellent, et où se réflète l'immense expérience clinique de l'auteur.

L. BABONNEIX.

La farine de malt, la pratique du maltage et les farines maltées du commerce (2), par MM. J.-A. DOLÉRIS, Em. PERROT et Raoul LECOQ.

Cette petite plaquette de 24 pages réunit les récentes communications des auteurs sur la question du maltage. Nous ne saurions trop en recommander la lecture, en particulier : aux pédiâtres, aux médecins de villes d'eaux et aux spécialistes des maladies de nutrition.

Chaque fois que l'on constate un trouble plus ou moins profond dans l'assimilation des amylacés, chez l'enfant comme chez l'adulte, le maltage des bouillies, potages et purées est à conseiller.

Les trois parties de cet opuscule peuvent se résumer de la manière suivante :

1° Que faut-il employer pour malter;
2° Comment faut-il malter;
3° Quelle est la valeur des farines maltées du commerce.

Signalons enfin que cet excellent travail, appuyé sur de nombreuses analyses, paraît fixer définitivement la théorie de l'assimilation des amylacés par l'organisme.

L. G.

(1) 5e édition. — Paris, Vigot frères.
(2) Prix 1 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Une Nouvelle méthode de traitement des maladies des voies respiratoires : la vibroinhalation, par le docteur Rens Guillermin. In-8 raisin de 40 pageé avec 3 figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, G. Doin.

Etude clinique et anatomo-pathologique de deux splénomégalies primitives opérées avec succès, par le docteur Robert Cleuet. Thèse de 68 pages, 8 figures hors texte. — Lille, Robbe.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE:....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — Un concours s'ouvrira, le 29 janvier 1923, devant la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant à la chaire de chimie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un concours pour la nomination d'un chef du laboratoire départemental de bactériologie de l'Oise, sera ouvert à Paris, à l'institut Pasteur, le 28 août 1922.

Les candidats à cet emploi devront être Français ou naturalisés Français, âgés de vingt-cinq ans au moins et de quarante-cinq ans au plus, pourvus du diplôme d'Etat de docteur en médecine ou de pharmacien.

Pour la nomination du premier titulaire, la limite d'âge pourra être reportée à cinquante ans.

Les candidats devront faire parvenir leur demande au préfet de l'Oise avant le 8 août 1922.

Les avantages attachés à cette fonction sont les suivants :

1° Traitement de début, 14.000 fr.; traitement maximum, 18.000 fr., par avancement de 1.000 fr. à l'ancienneté tous les quatre ans. L'avancement pourra avoir lieu au choix après deux ans;

2° Remboursement des frais de déplacement;

3° Participation à la caisse départementale des retraites;

4° En plus du traitement, un cinquième du prix des analyses ou recherches faites à titre payant.

Sur demande à la préfecture de l'Oise, le programme des conditions du concours sera adressé aux candidats.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Affaires étrangères. — *Au grade d'officier.* — M. le prof. Nègre (de Beyrouth).

Ministère de l'intérieur. — *Au grade de chevalier.* — MM. les Drs Baudon (de Lapalisse) et Sebillotte [Richard] (de Paris).

LE VOYAGE A ÉDIMBOURG D'UNE DÉLÉGATION DE LA FACULTÉ DE PARIS. — On sait que depuis deux ans un certain nombre d'étudiants d'Edimbourg viennent à Paris où, à leur intention, a été organisé un enseignement spécial d'obstétrique.

L'Université d'Edimbourg, pour remercier la Faculté de Paris, a eu l'aimable pensée d'inviter à sa fête annuelle M. le doyen Roger et MM. les prof. Bar, Brindeau et Couvelaire, ainsi qu'une délégation d'étudiants de l'Association générale qui avaient reçu avec une grande cordialité leurs camarades écossais. Les représentants de la Faculté de Paris ont été accueillis avec une confraternité parfaite, logés chez les médecins d'Edimbourg, et le 21 juillet l'Université de cette ville conférait au prof. Roger, doyen de la Faculté de Paris, le titre de docteur en droit *honoris causa*.

De leur côté, les représentants des étudiants en médecine ont vivement remercié leurs camarades écossais pour leur magnifique réception et ils leur ont offert une statuette en bronze représentant la « Victoire ».

La France a été acclamée par un millier d'étudiants qui ont chanté la *Marseillaise*.

Cette belle manifestation montre combien notre pays est aimé et combien nous devrions favoriser le séjour de nos universitaires à l'étranger.

MANIFESTATION EN L'HONNEUR DE M. ARNOZAN. — M. le prof. Arnozan (de Bordeaux) a spontanément décidé de prendre sa retraite de l'Université au mois de novembre prochain. Ses élèves, groupés autour de M. le doyen Sigalas et de M. le prof. Verger, président de la Réunion médico-chirurgicale, ont constitué un Comité en vue d'organiser à cette occasion une manifestation de reconnaissance et d'attachement au maître vénéré.

Une maquette à son effigie sera offerte au prof. Arnozan

dans le début de l'année scolaire nouvelle. Tous les confrères, toutes les personnes qui désirent prendre part à cette manifestation sont invités à verser dès à présent le montant de leur souscription au Dr Creyx, trésorier du Comité, 10, rue Boudet, à Bordeaux. Les souscripteurs à partir de 25 francs recevront une plaquette de bronze, copie réduite de la maquette originale.

LA BIBLIOTHÈQUE DU PROFESSEUR LACASSAGNE. — Le prof. Lacassagne a légué à la Ville de Lyon sa bibliothèque qui comprend plus de 12.000 numéros. Elle est riche surtout en documents sur l'anthropologie criminelle. La partie historique est d'une grande richesse également, particulièrement sur Marat. Les matériaux qu'il a rassemblés sur ce personnage forment l'ensemble le plus rare et le plus complet qui existe. Il a légué également de nombreux ouvrages sur les encyclopédistes, sur Molière, Diderot et Rousseau. Enfin, cette documentation se complète avec un fond important sur l'argot des criminels, la question du tatouage, les particularités des mœurs des prisonniers.

La Ville de Lyon publiera un catalogue de cette bibliothèque qui sera l'œuvre de M. Claudius Roux.

LA LUTTE CONTRE LES MOUSTIQUES. — Le ministre de l'Hygiène vient d'adresser (*J. O.*, 23 juillet 1922), aux préfets, une longue circulaire prescrivant des mesures prophylactiques à prendre contre les moustiques.

De cette circulaire nous extrayons quelques passages qui, s'ils n'apportent rien de bien nouveau, contiennent cependant des recommandations qu'il n'est pas inutile de rappeler :

...« Dans les mares, les étangs, les bassins, il est facile d'empêcher la pullulation des moustiques; il suffit d'y entretenir des poissons, des cyprins dorés, notamment, qui dévorent les œufs et les larves. Les tonneaux et autres récipients doivent être vidés à fond tous les huit ou dix jours au moins.

Mais en dehors de ces masses d'eau stagnantes, il en est une foule d'autres qu'il est souvent difficile de soupçonner et qui peuvent devenir des gîtes importants de ponte et d'éclosion. Des chéneaux obstrués ou dans lesquels existent des dénivellations un peu profondes, des vases à fleurs oubliés sur un balcon, des débris de poterie abandonnés dans le coin d'une cour ou d'un jardin peuvent devenir également des gîtes de moustiques. Les fosses d'aisances sont souvent des lieux de ponte et d'éclosion et dans les villes, c'est presque toujours de là que partent les invasions de moustiques que l'on constate chaque été.

Enfin, quand un locataire laisse pendant deux ou trois mois d'été, son appartement inoccupé, et que la fenêtre du w.-c. est ouverte, le siphon de la cuvette peut devenir également un nid à moustiques.

Pour combattre cette pullulation possible, il existe des procédés extrêmement simples. D'abord, pour les bassins et étangs, la présence des cyprins. Pour les tonneaux et autres récipients, si les circonstances sont telles qu'il soit impossible de les vider tous les huit jours, et pour les étangs et bassins, s'il n'y a pas moyen d'y élever des cyprins, il suffira d'y verser une petite quantité d'huile ordinaire ou même de pétrole. Ces liquides forment à la surface de l'eau une pellicule qui empêche les larves de venir respirer et les fait rapidement périr.

Pour tous les bassins, réservoirs, tonneaux, etc., le pétrolage devra être fait à raison de 15 centimètres cubes de pétrole par mètre carré de bassin et répété, à partir du mois de mai jusqu'au mois d'octobre, à peu près toutes les trois semaines.

Le même procédé doit être employé pour les fosses d'aisances. Il convient, au commencement de chaque été, d'y verser un litre d'eau additionné d'un litre de pétrole par mètre carré de surface de fosse.

De même, quand en été on quitte un appartement, pour un temps excédant un mois, il conviendra de prendre un certain nombre de précautions :

D'abord s'assurer que l'on ne laisse soit sur les fenêtres, soit sur les balcons aucun vase d'eau ou pouvant être rempli par une pluie de quelque durée. Si la maison est desservie par le tout-à-l'égout, il sera utile avant de partir, de verser dans toutes les entrées d'eau, siphons des w.-c., de l'évier, de la salle de bains, une cuillerée à bouche de pétrole.

Enfin, il est utile, chaque année, au début de l'été, de faire visiter les chéneaux et gouttières des maisons, pour s'assurer qu'ils ne présentent aucune dépression dans laquelle l'eau des pluies pourrait séjourner un temps appréciable.

Il n'est pas toujours possible de découvrir les gîtes d'éclosion et dans certains cas, quand une maison a dans son voisinage un terrain marécageux de grande étendue, il est impossible de les supprimer. Il faut, dans ce cas, se protéger contre les agressions des moustiques ailés et s'efforcer d'en détruire le plus grand nombre possible. Les moustiques ne piquent que le soir. La première précaution à prendre est donc de fermer, dès la chute du jour, les fenêtres des chambres où l'on doit séjourner ou dormir. On garnira, en outre, les fenêtres des châssis en toile métallique à mailles d'un millimètre de côté. ».....

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Courtot (de Vercel), L. Dautel (de Paris) et Lambert (de Quingey).

HOPITAL SAINT-LOUIS. — ENSEIGNEMENT DE VACANCES. — M. Gougerot, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, fera à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté (pavillon Bazin) et salles Bignat, Biett des présentations de malades (diagnostics et traitements dermato-syphiligraphiques).

Du 1er au 10 août et du 21 août au 14 septembre :

Grande consultation de la Porte, le mercredi et le samedi à 9 h. 30, et le lundi à 13 heures.

Policlinique et visites des salles les mardi, jeudi, vendredi, à 9 h. 30.

Il passera en revue les actualités dermatovénéréologiques de l'année les mardi et jeudi, à 10 heures, à l'amphithéâtre de la clinique du 22 août au 14 septembre.

(Les mardi et vendredi, à l'hôpital Saint-Antoine, consultations dermato-syphiligraphiques du soir, à 20 h. 30, traitements et injections arsenicales bismuthiques, etc.)

ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE. — L'Ecole française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend :

1. La clinique générale des maladies de la bouche et des dents.
2. Des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie.
3. Des travaux pratiques de technique opératoire, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au Dr Bozo, directeur de l'Ecole, 20, passage Dauphine, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Diagnostic et traitement des affections du tube digestif, par FLORAND, médecin de l'hôpital Lariboisière, et GIRAULT, attaché médical à la Clinique thérapeutique chirurgicale à la Faculté de médecine. 1 vol. de 412 pages avec 62 figures, de la « Collection du Médecin praticien ». — Prix : 18 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

L'INOCULABILITÉ DE L'HERPÈS

PRÉSENCE DU VIRUS KÉRATOGÈNE DANS LES LÉSIONS

Par MM. P. TEISSIER, P. GASTINEL, J. REILLY.

L'étude de l'herpès est toute d'actualité; les recherches sur le virus herpétique, la production expérimentale de la kératite de l'œil de lapin, les rapprochements qui ont été établis entre ce virus et celui de l'encéphalite léthargique, rendent un nouvel intérêt à cette curieuse affection.

Parmi les problèmes soulevés, celui de l'inoculabilité de l'herpès est primordial au point de vue de la compréhension des faits. Il vient d'être repris dans la note suivante communiquée à la Société de biologie (séance du 22 juillet 1922) et que nous reproduisons intégralement : *(N. D. L. R.)*

La question de l'inoculabilité de l'herpès reste controversée. Admise par Vidal, Evans, Douaud, Bureau, mise en doute par Fournier, Brocq, niée par Darier, la possibilité de cette inoculation peut être envisagée sur des bases nouvelles à la faveur de la réaction expérimentale sur la cornée du lapin.

A l'occasion de recherches sur la présence du virus kératogène dans les herpès symptomatiques (1), nous avons repris l'étude de l'inoculabilité de l'herpès. Nos observations ont porté sur des malades atteints, pour le plus grand nombre, d'herpès dit spontané (fièvre ou angine herpétique), pour quelques-uns, l'herpès dit symptomatique, accompagnant les diverses maladies infectieuses.

Le contenu de la vésicule était inoculé par légère scarification au niveau du bras soit au porteur, soit à d'autres sujets.

La légitimité de la réinoculation était établie par l'inoculation de la lésion obtenue à la cornée du lapin ou du rat blanc (2).

Voici, schématiquement, les résultats :

1° L'auto-inoculation a été positive 13 fois, négative 3 fois; la lésion expérimentale apparaît au deuxième jour, elle est constituée par des vésicules reproduisant le type initial, mais de dimensions généralement plus petites; elles sont quelquefois groupées en semis le long du trait de scarification;

2° L'hétéro-inoculation est également possible, elle fut positive 7 fois, négative 3 fois;

3° Les lésions de réinoculation sont à leur tour auto-inoculables en série. Chez certains sujets, nous avons pu suivre la reproduction jusqu'au septième passage (expérience suspendue à ce moment). Mais, le plus souvent, la lésion cesse d'être inoculable à partir du deuxième ou troisième passage. A ce moment, elle détermine seulement une simple rougeur papuleuse, sans vésiculation, mais qui contient cependant le virus kératogène, à en juger par la reproduction expérimentale sur l'œil du lapin; ces passages en série ont été réalisés 6 fois contre 2;

4° Les résultats positifs que nous avons observés, ont été notés lorsque le prélèvement du contenu vésiculaire a été effectué au début de l'éruption herpétique, de préférence le deuxième jour;

5° Quand le malade présente des efflorescences successives de vésicules, il arrive que les inoculations positives d'abord, deviennent par la suite négatives;

(1) P. Teissier, P. Gastinel, J. Reilly. Présence d'un virus kératogène dans les herpès symptomatiques. L'unité des herpès. *Soc. de biol.*, séance du 14 janv. 1922. T. LXXXVI, p. 73.

(2) P. Teissier, P. Gastinel, J. Reilly. La transmission de virus herpétique au rat blanc. *Soc. de biol.*, séance du 14 janv. 1922. T. LXXXVI, p. 75.

6° Dans les cas où il n'a pas été possible d'obtenir la réinoculation herpétique, le virus n'en existait pas moins dans les vésicules, à en juger d'après le criterium expérimental;

7° Le pourcentage élevé de nos résultats positifs semble pouvoir être expliqué par le fait que les malades furent observés au cours des mois d'octobre et novembre 1921, période pendant laquelle les éruptions d'herpès ont été tout particulièrement fréquentes, et ont pris l'allure de la véritable fièvre herpétique (angine, éruption, température).

Convient-il, pour expliquer cette fréquence, d'invoquer des conditions épidémiologiques particulières, parmi lesquelles notamment, l'exaltation du virus? Nous nous contentons de mentionner le fait;

8° Les tentatives de reproduction expérimentale de l'herpès par inoculation sur le bras de six sujets de bonne volonté du produit de grattage de la kératite herpétique du lapin, ont constamment échoué;

9° Parallèlement à ces recherches, des auto-inoculations de contrôle nombreuses ont été pratiquées avec le zona, la varicelle, les vésicules d'eczéma, les bulles d'érythème polymorphe; elles sont restées toujours négatives.

PEUT-ON ÉTENDRE LES INDICATIONS DE LA MYOMECTOMIE DANS LE TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS?

Par Robert DIDIER.

Les opérations conservatrices dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus semblent très en faveur à l'heure actuelle. Dans un article récent (1), des plus intéressants, M. Goullioud (de Lyon) a précisé les indications et la technique de la myomectomie abdominale, et en a étudié les rapports avec la grossesse.

Il est heureux, nous semble-t-il, de voir les chirurgiens revenir à ces excellentes opérations, que Jaboulay, Segond, Témoin, Monprofit, Tuffier, Dartigues, tant d'autres encore en France et à l'étranger ont tellement défendues, et qui, peut-être un peu abandonnées depuis quelques années, semblent, quand elles sont réalisables, véritablement le traitement de choix des fibromes utérins.

On n'a pu, en effet, leur opposer jusqu'à ce jour que l'hystérectomie, mutilante et plus grave, ou les agents physiques, curie ou radiothérapie, méthodes qui gardent leurs indications dans certains cas bien définis, mais qui ont le même inconvénient que l'opération radicale, de stériliser les femmes aussi sûrement que l'hystérectomie.

La myomectomie, lorsqu'on peut la pratiquer, est d'abord une opération bénigne; elle conserve l'utérus et les annexes et permet la gestation, puisque, à l'heure actuelle, les cas de grossesse après myomectomie ne se comptent plus. Toute la question repose sur les indications de cette intervention; nous voudrions, dans cette courte note, insister sur la façon dont on pourrait, à l'heure actuelle, étendre ces indications.

Il a été entendu jusqu'à ce jour par la plupart des auteurs, que la myomectomie était une bonne opération, mais très limitée dans ses indications, et

(1) Goullioud. *Presse méd.*, fév. 1922.

qu'il la fallait strictement réserver aux fibromes pédiculés ou sessiles sous-péritonéaux, à la rigueur interstitiels très superficiels.

Les opérateurs n'ont pas semblé très tentés jusqu'à présent par l'énucléation des fibromes multiples ni par l'ablation de ceux qui nécessitent l'ouverture de la cavité utérine, dans la crainte d'hémorragie, d'infection, ou le risque de laisser, après l'opération, un utérus dilacéré dont les cicatrices multiples compromettraient à jamais son utilisation.

« Pour les fibromes multiples, a écrit J.-L. Faure, le délabrement de l'utérus est considérable, et il est parfois trop dilacéré pour pouvoir être suturé d'une façon satisfaisante. »

« Ces opérations, se demande Legueu, sont-elles vraiment curatrices? on doit les réserver à des fibromes volumineux, accessibles, mais uniques. Cette dernière condition étant indispensable. »

« L'énucléation ne peut s'appliquer, suivant Pierre Delbet, qu'aux tumeurs interstitielles bien encapsulées. »

Enfin, Goullioud, dans l'article que nous citions tout à l'heure, affirma « qu'il ne fait plus la myomectomie dans les utérus bourrés de fibromes interstitiels ou sous-péritonéaux dont l'énucléation laisse, comme on l'a dit, une loque utérine : l'opération est plus grave, la récidive est plus à craindre. »

Il nous semble qu'on peut peut-être envisager plus favorablement ces multiples énucléations et qu'il faudrait, au contraire, à l'heure actuelle, pousser le plus loin possible les tentatives de conservation des fonctions de l'utérus et de l'ovaire.

Dans la séance du 13 mars dernier, nous avons communiqué à la Société d'obstétrique et de gynécologie (1), l'observation d'une jeune femme, atteinte de fibromes utérins hémorragiques et volumineux, chez qui nous avons extirpé, en juin 1920, après laparotomie, les annexes droites et neuf noyaux fibromateux; nous avons dû, quatre fois, ouvrir la cavité utérine, puis la suturer ensuite soigneusement; malgré neuf incisions utérines, cette femme a pu, consécutivement à l'intervention, mener à terme une grossesse normale et mettre au monde un enfant vivant et bien constitué.

C'était là un cas défavorable : les fibromes étaient multiples, volumineux, les annexes droites étaient malades et tous les médecins consultés avaient conseillé une opération radicale; enfin, l'utérus après l'intervention présentait bien l'aspect de loque sur lequel ont insisté les auteurs que nous avons cités tout à l'heure, et pourtant, non seulement il n'y a eu après l'opération ni hémorragie, ni infection, mais l'utérus est devenu suffisamment normal pour permettre de suite après, l'évolution d'une grossesse normale.

Dans plusieurs cas de myomectomies que nous avons faites jusqu'à ce jour, nous avons délibérément ouvert la cavité utérine, l'avons touchée à l'iode, puis fermée par plans successifs : un fin surjet au catgut oo sur la muqueuse, puis des points séparés sur la musculause et la séreuse. Nous n'avons jamais drainé ces utérus ni par le ventre, ni par le vagin; le danger d'infection et d'hémorragie nous semble donc absolument illusoire.

La seule chose inquiétante, à notre avis, c'est, pour ces cas de fibromes multiples, l'impossibilité d'affirmer à la malade avant l'opération que la conservation est assurée; les examens les plus précis et les plus soignés laissent encore prise à tant d'imprévu, que, lorsqu'on fait de telles tentatives, on court toujours quelque risque d'être obligé, devant l'état des annexes ou les lésions utérines, dépassant les limites possibles de la conservation, de finir par une opération mutilante.

On ne pourra donc envisager que des possibilités seulement de conservation. Mais, avec ces réserves, il est bien tentant en l'état actuel de la chirurgie, de pratiquer de telles opérations; les hystérectomies ont été faites en quantité, le chiffre des opérations conservatrices est beaucoup moins considérable; décidés à recourir systématiquement à ces énucléations chaque fois que nous en aurons les moyens, l'avenir nous dira si dans l'ensemble de nos opérations, l'hystérotomie a été préférable à l'opération radicale; en tous cas, toutes les audaces nous semblent, dès à présent, justifiées, lorsqu'il s'agit de la conservation de la vie génitale de la femme.

(1) R. Didier et F. Hidden: Extirpation par énucléation abdominale de neuf noyaux fibromateux utérins et des annexes droites. Grossesse à terme consécutive.

LES TERRES RARES CÉRIQUES

DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE CHRONIQUE

Par le Dr Luis BARDALES,
Ex chef de clinique à la Faculté de médecine de Lima (Pérou).

Sous le nom de sulfate de didyme, les composés de terres rares cériques se sont récemment introduits en thérapeutique phtisiologique.

Le didyme a été considéré autrefois comme un corps simple, mais Auer von Welsbach en 1885 le décomposa en deux nouvelles substances auxquelles on donna les noms de néodyme et de praséodyme. Plus tard on constata que le didyme contient aussi du samarium et du lanthane, mais en proportion insignifiante.

Les résultats obtenus par l'emploi de ces nouveaux corps en phtisiologie sont des plus encourageants, à juger par ceux que nous rapporte la littérature médicale européenne en ces derniers mois, principalement en France où les essais thérapeutiques ont été si fructueux. Ce sont les résultats personnels que j'ai obtenus dans ma modeste sphère professionnelle que je voudrais rapporter dans ce travail.

M. Rénon avait songé à l'utilisation de ces sels, mais sans poursuivre ses essais, les injections intramusculaires ou sous-cutanées employées provoquant une réaction douloureuse très vive. MM. H. Grenet et H. Drouin reprirent systématiquement cette étude et créèrent la méthode qui nous occupe.

Dans les cas que nous avons traités, nous injections par la voie intraveineuse une première série de vingt injections de 2 centigrammes de sulfate actif en augmentant la dose jusqu'à 8 centigrammes dans le cours des séries suivantes, chaque série étant séparée de la précédente par un intervalle minimum de vingt jours. L'élévation de la dose doit se faire progressivement, afin d'éviter les réactions possibles chez quelques sujets, surtout les congestifs (élévation de température), réactions insuffisantes pour suspendre la médication au delà de quelques jours.

L'injection doit être strictement intraveineuse en

raison de la causticité du produit. L'injection correcte n'est suivie d'aucun phénomène local ou général : chez un seul de nos malades, étudiant en médecine, l'injection de 8 centigrammes provoqua un léger choc anaphylactique, passager, et sans conséquence d'aucune sorte, puisque nous continuons encore à l'heure actuelle le traitement.

Les bases de la méthode sont les suivantes : augmentation très notable du nombre des globules blancs, principalement des grands mononucléaires macrophages dont le nombre atteint 28 et même 33 p. 100. Ces propriétés observées par Grenet et Drouin et vérifiées par divers auteurs sont considérées comme de nature à expliquer le pouvoir cicatrisant des terres rares vis-à-vis des lésions tuberculeuses.

Il ne nous a pas été possible de vérifier personnellement ces modifications de la formule sanguine.

Par contre, nous avons pu observer soigneusement les actions des terres rares sur le bacille de Koch. Dans presque tous les cas observés par nous, après les vingt premières injections, nous avons constaté la diminution du nombre des bacilles. De plus, ils paraissent mal colorés, prennent mal le Ziehl, les homogènes courts disparaissent, les bacilles deviennent granuleux et se présentent agglutinés. Ces modifications morphologiques font penser que le médicament exerce son action sur le bacille soit directement, soit indirectement; or l'écueil de la phtisiothérapie consiste jusqu'à présent à trouver un composé qui agisse sur les germes sans attaquer défavorablement l'organisme parasité.

Quand nous voyons les améliorations cliniques suivre une évolution parallèle à celle des modifications des expectorations et des bacilles, puis la disparition de ceux-ci, nous nous sentons confiant dans une médication capable de donner de tels résultats.

Si nous ne pensons pas que les terres cériques puissent être considérées comme une médication spécifique de la tuberculose, nous sommes cependant sincèrement persuadés qu'elles doivent actuellement occuper une place prépondérante dans le traitement de la bacillose.

Ajoutons en plus que dans tous les cas traités par nous, nous n'avons pas cru devoir négliger les mesures diététo-hygiéniques habituelles.

Voici quelques-unes de nos observations :

Observation I. — X... (de Lima), vingt-trois ans. Commerçant. Tempérament nerveux.

Antécédents héréditaires sans intérêt.

Antécédents personnels : végétations adénoïdes dans l'enfance. Surmenage intellectuel récent.

Juillet 1919. Entérite de nature indéterminée ayant entraîné un amaigrissement considérable (typho-bacillose?). Au cours de sa convalescence, le malade commence à tousser. En septembre il va pour se soigner à Barranco, puis à Chosica; n'étant pas amélioré, il vient à Jauja, où nous le voyons pour la première fois en janvier 1920, et nous diagnostiquons une tuberculose fibro-caséeuse de forme commune avec les symptômes suivants :

Rien à l'inspection. A la percussion : zone de matité à la partie moyenne du poumon droit. A l'auscultation sous-crépitants correspondant à la zone d'obscurité; de plus, nombreux sous-crépitants disséminés dans les poumons des deux côtés.

Fièvre vespérale oscillant entre 38 degrés et 38°5, atteignant parfois le voisinage de 39 degrés.

Appétit irrégulier, sueurs nocturnes. Poids 120 livres; amaigrissement notable au cours des derniers mois. Dyspnée d'effort.

L'expectoration est muco-purulente, abondante, surtout le matin avec parfois des accès de toux asthmatiforme. L'analyse bactériologique révèle la présence de nombreux bacilles de Koch, les uns, les plus nombreux, homogènes, courts et larges; très peus ont granuleux. Il n'y a pas eu d'hémoptysie, légères douleurs thoraciques, correspondant au siège de la lésion.

Nous instituons le régime diététo-hygiénique classique et supprimons toute médication par voie gastrique, en raison d'une dyspepsie légère, probablement médicamenteuse. Nous prescrivons des injections d'azotyl (goménol, extrait splénique et biliaire). De plus, nous recommandons au malade de changer d'habitation, celle qu'il occupe ne remplissant pas les conditions hygiéniques nécessaires. En moins de quinze jours, la dyspnée d'effort a disparu et au mois de février, le poids a augmenté de 2 livres et demie.

Au mois de mars, le poids a augmenté de 3 livres et demie, mais la toux et l'expectoration ne sont pas modifiées. La température vespérale est toujours au voisinage de 38 degrés; l'appétit reste régulier.

En octobre 1920, nous commençons le traitement par les terres rares, à raison d'une injection quotidienne de 4 centigrammes, par voie veineuse (Pélospanine Fournier).

A ce moment, l'état est le suivant. Température vespérale : 38 à 38°2.

Le matin au repos, apyrexie, et après l'effort, la température s'élève à 37°5.

Poids 134 livres et demie.

Appétit bon, digestions régulières.

Pouls 72. Hypertension artérielle légère, sommeil normal. Pas de sueurs nocturnes.

Expectoration muco-purulente abondante le matin. Bacilles de Koch nombreux, homogènes et paramoniliformes.

Après cette première série, nous pouvons constater une légère augmentation de poids, la température oscille de l'apyrexie à 38 comme maximum. Pas de modification des signes stéthoscopiques. Repos de trente jours, après quoi nous reprenons une seconde série; cette fois, les injections sont de 6 à 8 centigrammes de sulfates actifs.

Deux mois après, le 22 mars, ayant terminé la deuxième série, nous constatons :

Diminution de l'expectoration et modification de ses caractères; de purulents les crachats sont devenus presque uniquement muqueux.

Poids 143 livres. Température vespérale, maxima 37°5; atteignant parfois l'apyrexie. Pouls 74; pas de dyspnée d'effort. Diminution des râles. Au cours de cette série, notre malade a présenté une atteinte de dysenterie amibienne, qui ne fut pas un obstacle à la continuation du traitement, les jours ou nous administrions l'émétine, nous suspendions les injections de sulfates cériques. Le seul incident au cours de cette dysenterie a été une élévation de température à 39 degrés pendant deux jours.

Après un repos de trente jours, nous commençons une troisième série, injectant seulement 2 centigrammes en raison des réactions veineuses.

L'examen bactériologique des crachats, fait au début de cette série, se montre négatif.

A la fin de la série, l'état était le suivant :

Poids 147 livres. Le malade nous déclare qu'il n'a encore jamais atteint ce poids, même dans ses meilleurs jours de santé.

Disparition à peu près complète de la toux. Expectoration muqueuse : Pas de bacilles, même après homogénéisation. Température normale.

Pouls variant de 70 à 90 pulsations par minute sans raison apparente.

Au mois de mai, quatrième série après laquelle constatant que l'état du malade ne saurait être meilleur, nous déclarons le traitement terminé.

Au mois de juillet, le malade retourne à Lima, malgré notre conseil de rester quelque temps à l'altitude, et nous le perdons de vue.

Obs. II. — M. X... (de Lima), quarante-deux ans.

Tempérament lymphatique. En juillet 1919; attaque de grippe, hémoptysies, amaigrissement considérable, le poids tombe de 152 à 140 livres, en deux mois et demi. Toux con-

tinuelle avec paroxysme le matin, expectoration muco-purulente abondante.

A cette époque, un examen bactériologique pratiqué à Chosica par le docteur Vélasquez révèle la présence des bacilles de Koch.

Antécédents héréditaires : père mort de bacillose pulmonaire.

Antécédents personnels : rien avant 1919.

Après un séjour de six mois à Chosica, le malade vient à Jauja et se présente à notre consultation, en février 1920, ayant expectoré quelques crachats hémoptoïques. Nous prescrivons le repos absolu et une thérapeutique uniquement hypotensive qui suffit à faire cesser la crise.

Nous conseillons la récalcification d'abord par voie gastrique, ensuite par la méthode de Mélamet (injections intraveineuses de manganate calcico-potassique) et le régime hygiénico-diététique classique.

A l'examen de l'appareil respiratoire nous constatons :

Inspection : rien. Percussion : légère matité au sommet du poumon droit. Auscultation : nombreux râles de divers calibres.

Diagnostic : tuberculose fibro-caséeuse congestive.

Le 9 septembre 1920, nous commençons une série d'injections intraveineuses de 4 centigrammes de sulfate de didyme par jour.

A ce moment, le poids est de 143 livres, la température vespérale est voisine de 37°6, elle monte à 38°2 après l'exercice. Toux matutinale. Expectoration muco-purulente.

Dyspnée après la marche. Appétit régulier. Hypertension artérielle.

Nombreux bacilles dans les crachats, monoliformes larges et paramoniliformes.

Aucun incident durant la série qui se termine fin septembre.

Le 26 octobre, seconde série de 6 centigrammes par injection. A la fin de cette série l'état est le suivant :

Appétit bon. Poids, 145 livres. Température, 37°2 maximum; après l'effort, 37°5.

Rien à la percussion. Légère insuffisance respiratoire, peu de râles. Expectoration avec petits grumeaux purulents. Toux seulement le matin.

L'examen microscopique des crachats décèle de rares bacilles granuleux.

En décembre, troisième série de 8 centigrammes par injection. Après la quinzième injection, le malade accuse un état nauséeux. L'analyse des urines révèle des traces d'albumine, sans éléments rénaux. Nous prescrivons le repos et suspendons le traitement cérique. Injections de 4 centimètres cubes d'huile d'olives par voie sous-cutanée.

En février, l'état est le suivant :

Apyrexie; après la marche, la température atteint 37°4.

Disparition à peu près complète de l'expectoration. A l'auscultation, quelques râles bronchiques.

Au mois d'avril, nouvelle série de dix injections de 4 centigrammes.

Après cette dernière série, l'état général du malade est splendide.

L'expectoration, la toux ont disparu. L'examen bactériologique est négatif. Poids, 153 livres.

Continue le traitement diététo-hygiénique.

Obs. III. — Mme Z... (de Lima), quarante ans.

Tempérament sanguin. Rien dans les antécédents héréditaires.

Règles normales. A eu six enfants, tous bien portants, pas de fausses couches. Soignée par nous depuis deux ans à Jauja par les moyens diététo-hygiéniques habituels. En septembre 1920, l'état est le suivant :

Poids, 137 livres. Température normale. Après la marche, 37°6 comme température axillaire. Parfois petite poussée fébrile peu accusée. Pouls, 72. Hypertension artérielle. Toux rare. Expectoration matinale peu abondante, avec très petits grumeaux purulents, bacilles de Koch.

A l'auscultation on note, au sommet gauche, petite zone de matité avec exagération des vibrations vocales et râles bronchiques.

Appétit irrégulier.

Première série d'injections de sels de terres rares en septembre 1920, après laquelle on constate :

Température normale; après l'exercice, 37°2. Augmentation de l'appétit. Disparition des grumeaux purulents dans l'expectoration. Persistance des bacilles de Koch. Poids, 138 livres. Pas de modification des bruits stéthoscopiques.

Le 13 octobre, nous commençons une nouvelle série, mais tous les deux jours seulement, la malade accusant un peu de fatigue. Après cette série, la toux avait disparu, mais les bacilles persistaient dans l'expectoration et le poids n'avait augmenté que d'une demi-livre.

Nous prescrivons un mois de repos, mais la malade ne revient qu'au mois de mai, nous disant elle-même la surprise que lui fait éprouver la transformation radicale de son état; la température après l'effort est normale, l'examen bactériologique est impossible faute d'expectoration, les signes stéthoscopiques ont disparu, il persiste seulement une insuffisance respiratoire légère du sommet gauche.

La malade retourne à Lima en juin et nous savons que sa guérison complète s'est maintenue depuis.

Obs. IV. — Mlle J... (de Lima), dix-neuf ans, employée de commerce.

Tempérament nerveux. Constitution délicate. Mère morte de tuberculose. Pas d'antécédents personnels qui méritent mention.

En avril 1921, grippe à forme broncho-pulmonaire suivie d'une pneumonie du côté gauche. (Notons que la lésion pulmonaire pour laquelle nous traitons cette malade siège du côté droit.)

Depuis, fièvre continue, douleurs thoraciques et laryngées.

Nous voyons la malade au mois de mai :

Poids, 101 livres. Pouls, 74. Légère hypertension artérielle. Pas d'hémoptysies. Température vespérale, 37°6 maximum alternant avec des jours d'apyrexie. Toux matinale avec expectoration muco-purulente peu abondante.

Examen clinique : Légers râles à la partie moyenne du poumon droit; rien à la percussion; douleur correspondant au siège de la lésion.

Bacilles de Koch granuleux à l'examen bactériologique.

A partir du 15 mai, série de vingt injections quotidienne de 2 centimètres cubes de Pélospanine; vingt-cinq jours de repos après lesquels nous ne constatons guère de modifications, sauf de la température vespérale qui ne dépasse plus 37 degrés.

Le 1er juillet nous commençons une nouvelle série après laquelle nous constatons ce qui suit :

Apyrexie vespérale et après l'exercice. Poids, 108 livres. Expectoration presque nulle. Koch négatif dans la petite quantité de mucosité que nous pouvons recueillir difficilement.

L'examen clinique ne révèle rien d'anormal.

Le traitement sera continué.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 6 JUILLET 1922)

Syncinésies dans un hémisyndrome parkinsonien consécutif à une encéphalite léthargique. — MM. Babinski et Krebs présentent une femme atteinte d'un hémisyndrome parkinsonien, ayant des syncinésies du côté sain à l'occasion des mouvements du côté malade. Ils ont observé des faits semblables chez un homme atteint de torticolis spasmodique et de spasmes des membres du côté gauche ayant de grandes analogies avec ceux de l'athétose classique.

Ces syncinésies sont à distinguer de celles que l'on décrit habituellement dans les hémiplégies qui, comme on le sait, apparaissent du côté malade à l'occasion des mouvements du côté sain.

Un cas d'amyotrophie Charcot-Marie fruste et sporadique, avec atteinte de la voie sensitive démontrée par les réactions électriques (chronaxie et réflexe électrique de Bourguignon et Laugier). — MM. Bourguignon et Faure-Beaulieu présentent une femme de vingt-six ans dont l'affec-

tion a débuté il y a plus de quinze ans sans qu'aucun membre de sa famille en fût atteint, ni qu'intervînt aucune cause occasionnelle palpable, en particulier la syphilis invoquée dans quelques cas récents. Le processus, dont l'évolution est si lente qu'en treize mois d'observation suivie aucun changement n'a pu être noté ni cliniquement ni électriquement, a frappé d'abord et surtout les muscles des pieds, puis discrètement le groupe antéro-externe des jambes et ne fait encore qu'effleurer les muscles des extrémités supérieures. Il en résulte un tableau clinique remarquablement fruste : pied creux avec griffe des orteils et sans équinisme, marche à peu près normale, aucun trouble sensitif objectif. L'étude de la chronaxie des nerfs moteurs et des muscles montre des lésions assez superposables, quoique singulièrement plus étendues : c'est ainsi qu'on la trouve fortement altérée aux mains qui, pourtant, semblent cliniquement indemnes, plus légèrement aux avant-bras. En outre, la chronaxie sensitive est aussi altérée, et avec cette altération coexiste le réflexe électrique de Bourguignon et Laugier : syndrome électrique sensitif dont la confrontation avec les lésions médullaires de l'amyotrophie Charcot-Marie amène à attribuer ce réflexe, en l'espèce, à la lésion du neurone sensitif périphérique, selon le même mécanisme que dans le tabes.

Association de diplégie cérébrale et de paralysie infantile. — MM. Babonneix et Lance présentent un enfant de cinq ans chez lequel on constate, d'une part, une paralysie flasque et atrophique du membre inférieur droit, survenue à l'âge de dix-huit mois, et, de l'autre, des phénomènes moteurs divers : troubles du tonus consistant en mélange d'hyper et d'hypotonie, athétose, occupant les membres du côté gauche et le membre supérieur droit, et datant de la naissance.

Il est vraisemblable que ceux-ci relèvent d'une lésion cérébrale, peut-être même striée, et qu'ils reconnaissent, comme presque toujours, une double origine : spécifique et obstétricale. Quant à ceux-là, ils ressortissent à la paralysie infantile.

Etude anatomo-clinique d'un cas de tubercule de la protubérance. — MM. H. Claude, Schaffer et Alajouanine rapportent l'observation d'un homme ayant présenté d'abord pendant plusieurs semaines une paralysie isolée des mouvements associés des yeux du type lévogyre; puis s'installa progressivement de la céphalée, de l'abolition du réflexe cornéen, un hémisyndrome cérébelleux droit avec troubles de la sensibilité profonde du même côté qui rétrocéda en partie en même temps qu'apparaissaient du côté gauche des troubles analogues; puis survint une paralysie totale des mouvements de latéralité des yeux, une paralysie des VIIe et VIIIe paires gauches, des douleurs intenses avec troubles sympathiques, de la dysarthrie et enfin un syndrome d'hypertension terminal. L'autopsie montra un tubercule de la calotte protubérantielle prédominant à gauche.

Syndrome de l'angle cérébello-occipito-vertébral. — MM. Sicard et Paraf décrivent les caractères cliniques de ce syndrome à titre unilatéral : attitude de la tête en inclinaison oblique homologue; hypoesthésie du tégument innervé par les sous-occipitaux; effacement de la saillie des muscles splénius complexus et droits postérieurs; contractions fibrillaires de ces mêmes muscles; et appoint cérébelleux homologue avec adiadococinésie, dysmétrie, etc. Les rapports anatomiques des lobes cérébelleux avec le trou occipital, le passage des nerfs spinaux externes à travers ce trou, le voisinage intime des nerfs sous-occipitaux expliquent la physiologie pathologique de ce syndrome. Dans deux cas, la constatation de ces signes cliniques a permis aux auteurs de faire un diagnostic exact de localisation néoplasique avec confirmation opératoire. Ils présentent l'un de ces malades opéré avec succès d'une gomme tuberculeuse siégeant exactement dans l'angle cérébello-occipito-vertébral.

Sclérose en plaques et recherches expérimentales. — MM. Sicard, Paraf et Lermoyez ont inoculé dans les centres nerveux de lapins et d'un singe le liquide céphalo-rachidien de six sujets atteints de sclérose en plaques, de date récente ou ancienne. Dans deux cas seulement et deux mois environ après l'inoculation, ils ont pu déceler une forme spirochétique dans le liquide céphalo-rachidien des lapins restés cependant en excellent état de nutrition et d'activité musculaire. Le spirochète était unique et isolé sur la lame de recherches. Le liquide céphalo-rachidien des lapins ainsi porteurs de formes spirochétiques ne contenait ni hyperalbuminose ni hypercytose. La réaction de fixation faite avec le cerveau de ces lapins et le sérum des scléreux en plaques est restée négative.

Les réflexes tendineux dans la maladie de Parkinson. Contracture posturéo-réflexe. Tonus d'action et tonus de posture. Leurs rapports avec les contractures pyramidale et extrapyramidale. — MM. Foix et Thévenard rappellent que les réflexes tendineux des parkinsoniens, souvent exagérés au début, deviennent plus tard souvent faibles ou même absents. Fréquemment ils présentent un caractère spécial : l'inexcitabilité temporaire postréflexe facile à mettre en lumière par la répétition des excitations. Le réflexe ayant répondu à une première excitation ne pourra répondre à la seconde qu'au bout d'un certain temps.

Ce caractère des réflexes tendineux chez les parkinsoniens est à mettre en rapport avec les caractères spéciaux de leur contracture, essentiellement caractérisée par l'exagération des réflexes de posture et partant posturéo-réflexe.

Physiologiquement même, il faut séparer les renforcements toniques produits par l'action ou l'effort (tonus d'action ou d'effort) des renforcements toniques d'ordre postural (tonus de posture).

Le tonus d'effort dont dépend la syncinésie globale et le phénomène de Jendrassik s'accompagne quand il est exagéré d'exagération des réflexes tendineux. Son exagération appartient aux hypertonies d'origine pyramidale.

Le tonus de posture, au contraire, est en rapport avec les réflexes de posture, son exagération appartient aux contractures extrapyramidales.

Ceci se conçoit si l'on réfléchit que le faisceau pyramidal régit les mouvements volontaires et est par conséquent en rapport avec l'action et l'effort. Le système extrapyramidal, au contraire, régit surtout les mouvements inconscients ou subconscients en rapport pour la majeure part avec la posture, l'équilibre, les mouvements automatiques.

Hémisyndrome cérébello-sympathique d'origine bulbaire. — M. Lhermitte présente deux cas d'un syndrome constitué, d'une part, par des symptômes cérébelleux : latéropulsion, dysmétrie, passivité, troubles de la marche et de la station, et, d'autre part, par des perturbations sur le sympathique : myosis monolatéral, rétrécissement de la fente palpébrale. La syphilis ne saurait être invoquée, et, si un de ces cas ressortit peut-être à une localisation unique d'une sclérose en plaques, l'autre qui a trait à une malade âgée de soixante-dix ans trouve son explication dans un foyer de ramollissement. L'association à l'hémisyndrome cérébelleux de perturbations sympathiques ne peut être attribuée qu'à une localisation bulbaire unilatérale. Celle-ci rend compte des troubles de la coordination, du tonus musculaire, de la station et de la marche, par l'atteinte du pédoncule cérébelleux inférieur tandis que les perturbations sympathiques sont liées à la destruction du centre végétatif et cilio-bulbaire situé en dedans du corps restiforme.

Un cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse de Pierre-Marie. — MM. Crouzon et Pierre Mathieu présentent une malade atteinte d'hérédo-ataxie cérébelleuse qui appartient à une famille dont les différents membres atteints de cette affection ont été étudiés par Klippel et Durante, Pierre Marie, Oulmont et Ramond, Londe, Vincelet, Switalski, Thomas et J.-Ch. Roux.

Cette famille est la plus typique de celles qui ont été étiquettées « hérédo-ataxie cérébelleuse ». Les autopsies, en effet, ont démontré l'existence des mêmes lésions du système cérébelleux chez plusieurs membres de la famille.

La malade de MM. Crouzon et Pierre Mathieu, appartient à la troisième génération. Ses caractéristiques comme dans les autres cas, sont le début tardif et l'exagération des réflexes rotuliens. Enfin, l'examen clinique a montré chez elle, à l'aide des techniques modernes, des troubles cérébelleux qui n'avaient pu être recherchés dans les deux générations précédentes.

Compression médullaire par un sarcome à développement intra et extravertébral. — MM. A. Florand et P. Nicaud rapportent l'évolution d'une tumeur latéro-cervicale gauche ayant débuté par des pseudonévralgies suivies de troubles moteurs siégeant sur le territoire de C^4-C^6-C^7. Secondairement s'installa brusquement une paraplégie.

Une masse de consistance très dure et très adhérente aux plans profonds s'étendait de la colonne cervicale au larynx, repoussé à droite. L'évolution a été de dix mois environ et la terminaison a été assez brusque au cours d'une crise de dyspnée paroxystique. La tumeur cervicale était énorme englobant le paquet vasculo-nerveux du cou et tous les vaisseaux et nerfs jusqu'à la colonne cervicale, refoulant le corps thyroïde et la trachée. Inséparable des corps vertébraux et des disques intervertébraux, elle paraissait se continuer dans le canal rachidien avec une pschyméningite annulaire écrasant la moelle au niveau de C^7.

Au point de vue histologique la tumeur est un sarcome atypique à cellules rondes et fusiformes avec nombreuses cellules multinucléées rappelant les myéloplaxes.

L'étendue de la tumeur compressive pouvant être mesurée en haut par la limite supérieure de l'hypoesthésie remontant jusqu'à C^5 en bas par la limite supérieure de la zone cutanée où on pouvait provoquer les réflexes de défense au-dessous de D^7. En réalité l'autopsie a montré une tumeur dure-mérienne un peu moins étendue (C^6-D^2).

Tubercule pédonculo-protubérantiel droit. Paralysie incomplète de la IIIe et VIe paires et hémiplégie alterne. — MM. A. Florand, P. Nicaud et J. Grenier rapportent l'observation d'un sujet de vingt-huit ans qui après six semaines de violente céphalée et de vertiges présenta de la diplopie, et ultérieurement une paralysie alterne progressive. La paralysie du III se manifeste par du ptosis et un strabisme externe léger. Les réactions pupillaires sont restées normales.

Les mouvements de latéralité du globe en dehors étaient aussi très limités attestant l'atteinte moins complète du VI.

Il n'y avait pas de signes de la série cérébelleuse et le fond de l'œil est resté normal. Il n'y avait pas de réaction cellulaire dans le liquide céphalo-rachidien, ni d'hyperalbuminose. Aucune lésion de méningite tuberculeuse n'a pu être relevée.

Les poumons ne présentaient que des lésions banales congestives et bronchitiques, et l'expectoration ne contenait pas de bacilles de Koch.

En deux mois l'évolution s'est terminée par la mort malgré un traitement arsenobenzolé et cyanuré intensif.

L'autopsie a montré un tubercule pedonculo-protubérantiel médiolatéral droit atteignant en dehors le pédoncule cérébelleux moyen en haut le pied du pédoncule cérébral.

Hémiachromatopsie bitemporale et scotome maculaire bitemporal par lésion de la région hypophysaire. — M. J. Bollack présente l'observation d'une malade offrant comme seuls symptômes d'une lésion de la région hypophysaire une aménorrhée ancienne et des troubles oculaires typiques : hémiachromatopsie bitemporale avec conservation parfaite du champ visuel périphérique pour le blanc, et scotome central bitemporal. La radiographie montre une déformation accentuée de la selle turcique. Les symptômes oculaires ont actuellement disparu sous l'influence d'un traitement radiothérapique. L'auteur insiste sur l'importance de la recherche du champ visuel pour les couleurs dans le diagnostic des lésions de la région hypophysaire ; son altération peut précéder l'atteinte des autres fonctions des fibres visuelles.

La constatation d'un scotome maculaire bitemporal est d'autre part un fait très rare, et de haute valeur pour la localisation des fibres maculaires au niveau du chiasma.

Syndrome de Millard Gubler et de Foville par tubercule solitaire de la protubérance. — MM. Ch. Achard, Ch. Foix et J. Thiers. Le malade avait présenté pendant la vie, un syndrome de Millard Gubler typique avec paralysie latérale du regard vers le côté de la paralysie faciale (syndrome de Foville).

Un gros tubercule solitaire expliquait aisément les deux syndromes par lésion du faisceau pyramidal, de la VIIe paire, du noyau de la VIe et du faisceau longitudinal postérieur. Les fibres d'origine vestibulaire étaient également touchées. A ces trois dernières lésions se rapporte évidemment le syndrome de Foville. Un point plus obscur est l'absence de troubles sensitifs importants importants malgré la lésion du ruban de Reil.

Mais, d'une part, il est assez fréquent de voir les tubercules présenter un développement hors de proportion avec les symptômes observés. Et d'autre part la voie sensitive se montre régulièrement beaucoup plus résistante au point de vue fonctionnel que la voie motrice. Enfin, l'examen histologique au moyen de l'imprégnation argentique a montré la persistance de cylindraxes plus ou moins altérés en pleine zone lésée.

Algie faciale d'origine centrale au cours de la Syringomyélie. Troubles sympathiques concomitants. — MM. Foix, Thevenard et Nicoulesco. Chez un malade ayant présenté pendant la vie une algie faciale d'un type spécial, la nécropsie montra une cavité syringomyélique cervico-dorsale avec bulbe et protubérance macroscopiquement intacts. Mais l'examen histologique en série établit l'existence d'une fente syringomyélique située exactement dans la colonne cellulaire où vient se terminer la racine descendante du trijumeau. Par conséquent cette observation :

1° Démontre l'existence d'algie faciale trigeminale à point de départ non point gassérien mais bulbaire ;

2° Permet de préciser les caractères suivants comme appartenant à ce type : douleur contusive et continue avec sensation de brûlure, hyperesthésie superficielle dans le territoire du trijumeau pouvant le déborder dans tous les sens, troubles vasculaires importants (vaso-dilatation, rougeur de la pommette et de l'oreille). Ces caractères semblent appartenir aux douleurs cellulaires (ganglions, cornes postérieures, thalamus) ;

3° Ces derniers troubles associés à un léger degré d'aplatissement de la face (fréquent dans la syringomyélie) avaient fait penser à une origine sympathique de l'algie. Ce fait démontre qu'il faut se montrer très prudent en pareille matière et que les troubles sympathiques vaso-moteurs tout en jouant sans doute un rôle dans la pathogénie de la douleur (Henry Meige, Tournay), peuvent être de nature principalement réflexe.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 22 JUILLET 1922)

Etude sur l'acidose dans le jeûne prolongé. — MM. Marcel Labbé et F. Nepveux. L'acidose du jeûne diffère de l'acidose diabétique ; au cours du jeûne, les corps acétoniques totaux évoluent pour leur propre compte indépendamment des acides organiques, de l'ammoniaque et des acides aminés.

L'acidose diabétique est, au contraire, caractérisée par l'élimination élevée des acides organiques à laquelle s'ajoutent des troubles hépatiques du métabolisme protéique avec amino-acidurie et ammoniurie.

Au cours du jeûne, l'élimination de l'azote ammoniacal comme celle de l'azote aminé n'est pas en rapport avec celle de l'acide β oxybutyrique.

Elimination des corps acétoniques dans le jeûne prolongé. — MM. Marcel Labbé et F. Nepveux ont suivi l'élimination urinaire des corps acétoniques totaux dosés par la méthode pondérale de van Slyke, au cours d'un jeûne prolongé de quarante et un jours.

L'excrétion de ces substances atteint son maximum le septième jour (6g241), puis décroît progressivement jusqu'au quinzième jour (1g381).

L'ingestion d'une très légère quantité de sucre fait tomber les corps acétoniques de 0g660 à 0g067. La reprise du jeûne complet provoque une légère augmentation des cétoniques de 0g380 qui, après réalimentation mixte de quatre jours, tombent à zéro.

L'observation de ce cas de jeûne diffère de celles d'un certain nombre d'auteurs qui ont constaté dans le jeûne des éliminations plus considérables des corps acétoniques. En outre, il semble que l'organisme s'adapte au jeûne ou que les

conditions biochimiques, inconnues d'ailleurs, qui provoquent l'acidose, disparaissent au bout d'un certain temps et qu'elles ne se manifestent plus lorsque le sujet refait du jeûne.

A propos de l'autolyse chez les cancéreux. — MM. Félix Ramond et Pierre Zizine. Ayant déterminé chez quelques cancéreux gastriques l'amino-acidurie, par le procédé Bournigault et l'azote résiduel sanguin après désalbumination par l'acide trichloracétique (procédé de Moog) et l'acide métaphosphorique (procédé Grigaut et Zizine), les auteurs ont constaté une augmentation de ces substances. En outre, ils ont signalé une notable différence entre l'azote résiduel métaphosphorique et l'azote résiduel trichloracétique, différence imputable en majeure partie aux polypeptides du sang. Ces polypeptides semblent ainsi jouer un rôle important dans les processus autolytiques chez les cancéreux.

Recherches expérimentales sur l'action cardiaque de la quinidine. — MM. A. Clerc et P.-N. Deschamp. L'action cardiaque des deux alcaloïdes, quinine et quinidine, est absolument analogue : tous deux sont des dépresseurs de l'activité myocardique dont ils modèrent les différentes fonctions d'excitabilité, contractilité et conductibilité; à ce titre, ils se montrent capables, expérimentalement, de supprimer des arythmies et de régulariser le rythme.

Mais leur action qualitativement semblable a présenté, au cours des expériences, une notable différence d'intensité, différence que les auteurs ont mise en lumière en recherchant la dose minima de chacun des deux alcaloïdes précités, nécessaire pour supprimer la fibrillation auriculaire nicotinique chez le chien; ils ont établi que, dans ces conditions, la quinidine produit un effet antagoniste avec une dose moitié moindre de celle de quinine nécessaire pour arriver au même résultat; ils en concluent que l'activité de la quinidine sur le cœur est au moins double de celle de la quinine. Les recherches expérimentales corroborent ainsi les résultats thérapeutiques.

Le mode d'élimination par les urines des doses infinitésimales de salicylate. — MM. H. Hérissey, N. Fiessinger et J. Debray, grâce à leur technique, sont arrivés à déceler dans les urines des doses infinitésimales de salicylate.

Récemment, Roch et Schiff avaient proposé de considérer l'élimination dans les urines après ingestion de 4 centigrammes de salicylate par la bouche comme la traduction d'une insuffisance hépatique. Normalement, la réaction resterait négative.

Les auteurs ont repris cette recherche en analysant les urines qui suivent l'ingestion de doses infinitésimales. La réaction est positive dès la première heure, même avec la dose de 2 milligrammes chez le sujet normal. Cette élimination, après ingestion de 2 centigrammes, dure de quatre à six heures. Ces faits démontrent qu'il n'y a pas plus de seuil hépatique que de seuil rénal. Le foie normal ne retient pas les petites doses de salicylate. Ces constatations soulignent encore une fois l'importance des sensibilités techniques pour l'exploration fonctionnelle des parenchymes.

L'anaphylaxie dans la série animale. Choc anaphylactique expérimental chez le pigeon. — MM. F. Arloing et L. Langeron ont observé que l'anaphylaxie expérimentale, dont l'existence a été démontrée par Ch. Richet chez les mammifères et les microbes, peut aussi être créée chez les oiseaux, le pigeon en particulier, par injection préparante et déchaînante d'un sérum hétérologue (sérum de cheval).

La voie péritonéale est supérieure à la voie veineuse pour la sensibilisation et le déclanchement du choc.

Une dose suffisante (3 centimètres cubes) de sérum de cheval normal paraît nécessaire pour sensibiliser et choquer les animaux.

Le choc s'extériorise surtout par des phénomènes nerveux et moteurs (parésie des ailes, prurit, etc.) et s'accompagne d'une crise hémoclasique avec leucopénie typique.

Etude cytologique des liquides de digestion gastrique. — MM. M. Loeper et G. Marchal. Les liquides sucrés, salés, albumineux peptonés extraits de l'estomac contiennent toujours des éléments cellulaires; éléments de revêtement quand les solutions sont hypertoniques; leucocytes surtout polynucléaires quand elles sont ramenées à l'isotonie. L'intensité, la précocité de la réaction varient avec la nature des liquides et leur concentration. Le bouillon donne la réaction maxima.

Ils concluent :

1° Qu'un cytodiagnostic d'affection de l'estomac ne peut être fait qu'à jeun sur des liquides indemnes de résidus alimentaires;

2° Que certaines brûlures œsophagiennes sont dues au décapage par des solutions trop concentrées et surtout sucrées;

3° Que l'afflux leucocytaire se produit seulement après retour à l'isotonie;

4° Qu'il témoigne d'une participation importante des leucocytes à la digestion gastrique.

Echanges respiratoires et métabolisme basal au cours d'un jeûne de quarante-trois jours. — MM. M. Labbé et H. Stévenin. Ce jeûne est le plus long qui ait été étudié jusqu'à présent. Les examens ont montré : un abaissement de la quantité d'acide carbonique éliminé, diminution dès le début pour atteindre son minimum (1 centimètre cube par kilo-minute) le trente-septième jour du jeûne, une élévation initiale de l'oxygène absorbé, puis une diminution qui atteint son minimum le trente-septième jour (1cc8 par kilo-minute).

Le quotient respiratoire est resté très abaissé pendant tout le cours du jeûne, au-dessous du quotient théorique de 0,71 diminution due sans doute à l'acidose. Le métabolisme basal, d'abord augmenté (45,5-46,2), a diminué ensuite progressivement pour atteindre son minimum (19,8) le trente-septième jour du jeûne.

Les échanges respiratoires et le métabolisme basal ont remonté progressivement au cours de la réalimentation et sont revenus au chiffre normal.

Les lésions réparatrices dans l'hépatite expérimentale de la souris intoxiquée par le tétrachloréthane. — MM. Noël Fiessinger et Maurice Wolf résument le résultat de leurs recherches sur l'intoxication de la souris par le tétrachloréthane. Au début de l'intoxication des lésions dégénératives apparaissent dans le voisinage des veines sus-hépatiques et des espaces portes. Elles consistent en disparition des mitochondries qui se fusionnent en une masse homogène, le noyau devient pycnotique. Plus tard, environ vers le septième jour, des phénomènes d'hyperplasie se montrent sous forme de gonflement des noyaux et surtout de mitoses excessivement abondantes. Cette hyperplasie se manifeste dans la région moyenne du lobule, en somme dans la région la plus épargnée par le processus de dégénérescence. Les réactions interstitielles sont plus tardives et se développent au voisinage immédiat des veines centrales ou portales. L'organisation de ce tissu de cicatrice ne se produit qu'à la longue. Ces réactions interstitielles sont d'autant plus marquées que le tissu parenchymateux a été plus touché et que les réparations ont été plus imparfaites. C'est un processus de cirrhose cicatricielle suivant la conception de l'un de nous et que les auteurs anglais ont d'ailleurs signalé sous le nom de cirrhose de remplacement dans les intoxications par le tétrachloréthane. Les auteurs pensent que ces cirrhoses de cette nature toxique peuvent s'observer chez l'homme.

L'inoculabilité de l'herpès. Présence du virus kératogène dans les lésions. — MM. P. Teissier, P. Gastinel et J. Reilly. (Voir plus haut, p. 965.)

Sur la réaction du benjoin colloïdal avec le sérum sanguin. — MM. Georges Guillain, Guy Laroche et Kudelski. Dans une note récente, M. Arnaud a proposé une technique de la réaction du benjoin colloïdal avec le sérum sanguin, et conclut que cette technique permet de différencier les sérums syphilitiques et les sérums non syphilitiques. Les auteurs ont essayé depuis deux ans leur réaction du benjoin colloïdal avec les sérums sanguins en employant des méthodes très diverses, ils n'ont pas obtenu de résultats démonstratifs. Reprenant de nouvelles expériences en suivant exactement la technique proposée par M. Arnaud, les auteurs n'ont vu aucune différence appréciable entre les sérums syphilitiques et les sérums non syphilitiques. Dans l'état actuel de la ques-

tion, ils croient, sans préjuger des recherches de l'avenir et de la possibilité d'autres techniques, que leur réaction du benjoin colloïdal, très précieuse pour l'étude du liquide céphalo-rachidien et le diagnostic de la syphilis évolutive du névraxe, n'est pas applicable au sérum sanguin.

Sur la réaction du benjoin colloïdal dans le sérum. — M. René TARGOWLA a appliqué le procédé proposé récemment par M. Arnaud à l'examen de vingt-cinq sérums. Les résultats obtenus dans la syphilis, la paralysie générale et chez les sujets normaux sont identiques. La réaction de Guillain, Laroche et Léchelle ne peut donc être employée dans le sang ; elle n'en constitue pas moins, avec la technique originale des auteurs, une méthode de choix pour l'étude des liquides céphalo-rachidiens.

De l'action de l'acide carbonique sur la motricité de l'estomac et sur la vitesse du transit pylorique. — MM. P. CARNOT et W. KOSKOWSKI, pour élucider l'action complexe du bicarbonate de soude et des eaux bicarbonatées sur la digestion, ont d'abord étudié l'action de l'acide carbonique sur la motricité de l'estomac, en faisant agir cet acide carbonique, soit dans l'estomac, soit dans le duodénum, soit à distance (par voie sous-cutanée ou intraveineuse).

a. Sur des chiens porteurs de fistules duodénales, on constate que l'acide carbonique, même injecté à distance par voie sous-cutanée, provoque une exagération considérable du transit pylorique : par exemple, l'évacuation de 200 centimètres cubes d'eau salée physiologique est presque complète au bout de cinq minutes. Par contre, l'injection sous-cutanée d'air faite dans une expérience témoin ne modifie pas la vitesse de la traversée gastrique.

D'autre part, l'injection préalable d'atropine supprime cette action accélératrice de l'acide carbonique sur la motricité gastrique et la vitesse du passage pylorique, ce qui fait supposer qu'il s'agit là d'une action réflexe, transmise par la voie du pneumogastrique.

b. Sur des hommes examinés à l'écran radioscopique après ingestion de bouillie barytée, on constate de même, tant après injection gastrique qu'après injection sous-cutanée d'acide carbonique, une exagération très intense des contractions gastriques, avec production de sillons profonds et trains d'ondes péristaltiques énergiques et efficaces; par exemple l'évacuation des deux tiers de la bouillie barytée s'effectue dans les cinq premières minutes.

La stimulation de la motricité gastrique et l'accélération du transit pylorique par l'acide carbonique (même agissant à distance) est susceptible de conclusions thérapeutiques relativement à l'action de l'eau de Seltz, de la potion de Rivière, des eaux carboniques, etc.

L'action de l'acide carbonique sur la sécrétion gastrique, moins importante et portant plutôt sur le degré d'acidité que sur la quantité de suc sécrété, sera étudiée dans une prochaine note.

Sur la sensibilité du tissu osseux normal vis-à-vis des radiations X et γ et sur le mécanisme de l'ostéo-radionécrose. — M. Cl. REGAUD a décrit la radio-nécrose des os envahis par un épithélioma. L'os absolument normal peut présenter la même lésion ; mais elle ne se manifeste que si le tissu osseux est mis en communication avec l'extérieur, soit par un traumatisme, soit par la radionécrose même de téguments minces le recouvrant (cas d'un maxillaire au niveau des gencives).

Le tissu osseux sain ou pathologique est, contrairement à l'opinion généralement admise, très sensible à l'action des rayons X et γ, plus sensible même que les tissus conjonctifs, et notamment le derme de la peau. Cette sensibilité particulière ne se traduit pas par des modifications morphologiques, mais par la perte de certaines propriétés physiologiques paraissant appartenir à la substance fondamentale.

Les éléments anatomiques du tissu osseux ne sont pas par eux-mêmes radiosensibles. Leur vulnérabilité paraît devoir être rapportée à la présence des particules minérales faisant office de radiateurs et transformant le rayonnement primaire de courte longueur d'onde en rayonnement secondaire vibratoire de grande longueur d'onde ou en rayonnement secondaire électronique, très absorbable et très caustique. La particularité biologique la plus remarquable du tissu osseux nécrosé est sa résistance aux agents d'histolyse et la non-formation de séquestres mobiles.

JURISPRUDENCE ET LEGISLATION

BAIL A LOYER. LOI DU 31 MARS 1922

CONTRIBUTION A L'AUGMENTATION DES CHARGES ET DÉPENSES D'ENTRETIEN. BAIL EN COURS

L'article 1er, dans ses alinéas 4 et 5 s'exprime ainsi :

« Les locataires *appelés à bénéficier des prorogations prévues par les lois des 9 mars 1918 et 23 octobre 1919 devront*, en sus du prix du loyer et à compter du terme qui suivra la promulgation de la loi, contribuer chacun pour sa part et au prorata du prix de son loyer, à l'augmentation qui s'est produite, depuis le 1er août 1914, dans les impôts et taxes de toute nature grevant l'immeuble loué, à l'exception de l'impôt sur le revenu de la propriété foncière, et à l'augmentation subie depuis le 1er août 1914 des prestations payées pour la commodité des lieux.

Ils devront, en outre, pour contribuer dans les mêmes conditions à l'augmentation subie par les dépenses d'entretien, payer 5 p. 100 du prix du loyer tel qu'il était en 1914. »

La question s'est posée de savoir le sens qu'il fallait donner aux mots *appelés à bénéficier des prorogations prévues par les lois du 9 mars 1918 et 23 octobre 1919*. Tous les locataires, soit que leurs rapports avec le propriétaire se trouvent régis par *un bail en cours*, soit que, leur bail étant terminé, ils jouissent de la prorogation légale, doivent-ils payer la majoration prévue par la loi, à partir du terme prévu par la loi ? Ou bien est-ce que sont seuls soumis au paiement de cette majoration les locataires jouissant de la prorogation légale? La contribution aux charges et dépenses n'est-elle que la contre-partie du droit de prorogation accordé par le législateur ?

Cette question est très délicate. Elle vient de faire l'objet d'un jugement du tribunal civil de la Seine (Chambre du Conseil), en date du 30 juin 1922, qui décide que, la convention faisant la loi des parties, aucune majoration ne peut être imposée au locataire, *tant que le bail est en cours*.

Ce jugement s'exprime ainsi :

« En droit,

Attendu que l'article 1er, alinéas 4 et 5 de la loi du 31 mars 1922, impose aux locataires dont les baux ou locations verbales sont antérieurs à la guerre, appelés à bénéficier à ce titre des prorogations prévues par les lois du 9 mars 1918 et 23 octobre 1919, l'obligation de contribuer, à compter du terme qui a suivi le 31 mars dernier, date de sa promulgation, chacun pour sa part et au prorata du prix de son loyer, à l'augmentation subie depuis le 1er août 1914 par les charges grevant l'immmeuble et par les dépenses d'entretien ;

Attendu que la question soulevée par la rédaction obscure et ambiguë de ce texte législatif est celle de savoir si cette obligation n'est imposée au preneur qu'à dater de la prorogation et pendant sa durée ou, si elle incombe, au contraire, même au cours du bail, à celui qui ne bénéficiera de la prorogation qu'à l'expiration de celui-ci ;

Attendu que les conventions formant la loi des parties (art. 1134 C. civ.), le bail doit s'exécuter pendant toute sa durée, notamment en ce qui concerne le paiement du loyer et des charges accessoires, conformément aux stipulations qu'il contient; que l'obligation pour le preneur de payer avant son expiration les charges énoncées au texte susvisé, constituerait, non point une modalité de la prorogation accordée par loi, mais une modification évidente et substantielle du contrat ;

Attendu, d'autre part, qu'il appert des travaux préparatoires et de la discussion ayant précédé le vote de la loi susdatée, que *la contribution aux charges ne constitue que la contre-partie de l'avantage de la prorogation* ; qu'elle ne peut donc être exigible avant que celle-ci ait commencé à courir, c'est-à-

dire avant la fin du bail; que *le locataire n'est donc tenu d'en acquitter le montant que dans la période de prorogation et dans la mesure où il en profite*, son droit à celle-ci, même s'il a manifesté dans le délai de la loi, son intention de s'en prévaloir, étant purement éventuel tant qu'il se trouve dans les liens du bail, puisqu'il peut toujours, avant la date normale d'expiration de ce contrat, renoncer au bénéfice de la prorogation;

Attendu que, pour soutenir que l'obligation de contribuer aux charges doit nécessairement incomber au locataire qui ne profitera de la prorogation qu'à l'expiration du bail, on argumenterait vainement des mots « à compter du terme qui suivra la promulgation de la loi » ; qu'en effet ces expressions contenues dans l'alinéa 4 de l'article 1er susvisé, doivent être entendus en ce sens que la première date à partir de laquelle le montant de ces charges sera exigible, pourra être le 1er avril 1922, mais à la condition seulement que la prorogation aura elle-même commencé à courir à la même date, qui sera également celle de l'expiration du bail ;

En fait :

Attendu que, suivant acte sous seings privés du 20 juin 1910, la Vve B... a donné à bail à T... et R... aux droits desquels se trouve actuellement X..., à dater du 1er janvier 1925, un immeuble sis à Paris, 40, rue Godefroy-Cavaignac, dans lequel il a installé une scierie ;

Attendu qu'en excipant de l'augmentation des charges subie par cet immeuble depuis le 1er août 1914, ladite dame demande que X... soit tenu d'y participer ;

Mais attendu que ce dernier, qui se trouve encore dans les liens de son bail, n'a point encore manifesté son intention d'exercer son droit à prorogation, résultant pour lui de la loi du 31 mars 1922 ; qu'il ne saurait donc, pour les motifs ci-dessus déduits, être contraint de supporter quant à présent une fraction quelconque de l'augmentation des charges alléguée par la bailleresse ;

Attendu, en conséquence, qu'il échet de débouter la Vve B... de sa demande ;

Par ces motifs,

.... »

Ainsi, il résulte de cette décision que la contribution à l'augmentation des charges et dépenses d'entretien est l'équivalent compensatoire de la prorogation. Le tribunal considère que le législateur a pu décider qu'il y avait lieu à augmentation pendant cette prorogation qui est son fait; mais il n'a pas modifié la convention qui fait la loi des parties. Nous croyons savoir que cette décision a été déférée à la Cour de cassation.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée (1), publié sous la direction de Emile SERGENT, professeur de clinique médicale propédeutique, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS, médecin de la Maternité; L. BABONNEIX, médecin de l'hôpital de la Charité. Tome XXIII : **Maladies de la nutrition. Rhumatisme chronique**, par MM. le prof. ACHARD, André WEIL, LAUDAT, prof. CHAUFFARD, Guy LAROCHE, LOEPER, MOURIQUAND, BLANC-PERDUCET, Paul MICHEL.

M. le prof. Achard a bien voulu présenter au lecteur le livre de la collection concernant les *Maladies de la nutrition*, le rhumatisme chronique.

Il a montré tout l'intérêt que comportaient ces affections dont les travaux modernes ont cherché des explications, éclairé la nature et modifié la thérapeutique. Il y a encore bien des points obscurs dans l'histoire des *Maladies de la nutrition*, néanmoins, on en connaît déjà assez pour établir des traitements rationnels et justifiés par l'expérience. Pour faire connaître les grands faits de médecine expérimentale qui ces temps derniers ont projeté quelques lueurs sur les importantes modifications chimiques du sang actuellement précisées, les directeurs de la collection ont demandé à M. le prof. Achard d'écrire un article sur le mécanisme régulateur de la composition du sang et la destinée des chlorures dans le corps humain; qu'il a si bien exposés dans des travaux aujourd'hui classiques, à M. le prof. Chauffard et son collaborateur Guy Laroche, de résumer leurs recherches si intéressantes sur la cholestérinhémie, à M. le professeur agrégé Loeper de faire connaître ses études sur l'oxalémie dont il a montré la portée clinique, à MM. André Weil et Laudat d'exposer les notions, qu'ils ont si bien contribué à établir, sur l'élimination et la rétention de l'urée et des corps azotés.

Après ces données générales, se déroulent les articles si documentés et si profondément vécus de M. le prof. Mouriquand et de ses collaborateurs sur les *Maladies de la nutrition*. C'est là une tâche difficile que d'exposer clairement les caractères chimiques et les méthodes de traitement de ces affections. M. le prof. Mouriquand a réussi à donner au lecteur des idées nettes et précises sur des sujets tout particulièrement ardus. Il a également bien voulu écrire le chapitre du rhumatisme chronique.

Il était difficile d'obtenir pour un pareil volume autant de collaborateurs ayant une pareille compétence et une pareille autorité : On peut espérer ainsi rendre grand service au médecin en lui mettant sous les yeux des articles bien écrits, dans lesquels on trouve la double préoccupation d'exposer des sujets complètement traités et comportant toutes les données thérapeutiques désirables.

L. G.

(1) In-8, 1922, 39 fig. — Prix : 30 fr. — Paris, A. Maloine et fils, édit.

Précis de médecine des enfants (1), par le professeur P. NOBÉCOURT. [Collect. des Précis médicaux].

Tous les médecins, tous les étudiants connaissent le *Précis de médecine des enfants* qu'a rédigé, à leur intention, le professeur Nobécourt, et tous savent combien profitable, autant qu'agréable, en est la lecture. C'est que l'auteur a le goût et l'expérience de l'enseignement. Il n'ignore pas ce que les élèves demandent à un *Précis*. Par définition même, le *Précis* ne doit pas être complet. Il doit savoir se résoudre aux sacrifices nécessaires. Il supprime délibérément certains chapitres, dont l'intérêt n'est que théorique. Il allège ceux qui portent encore sur des questions controversées, et réduit au minimum l'exposé des grandes questions doctrinales. Il réserve, au contraire, toutes ses complaisances aux sujets d'une importance actuelle, immédiate, pratique. Il ne craint pas d'entrer dans les détails cliniques les plus circonstanciés ; il discute méthodiquement diagnostic et pronostic; et quant au traitement, il ne laisse pas de lui donner tous ses soins... Il exige une conception nette, et une exécution impeccable. Tous ces desiderata, le public médical les trouvera réalisés dans cet ouvrage, dont le plan est simple, puisqu'il comporte quelques pages de *considérations générales*, pour commencer, puis l'*étude des maladies*, classées par appareils et pour finir, un *memento diététique* et un *memento thérapeutique*, qui seront avantageusement consultés par le praticien et qui rendront bien desservices.

Voilà quinze ans déjà que M. Nobécourt a fait paraître la première édition de cet ouvrage Si, malgré la guerre, le succès lui a souri, c'est parce qu'il a mis sa coquetterie à tenir à jour. C'est aussi parce qu'il n'a pas craint d'y faire œuvre personnelle. C'est, enfin, parce qu'il a eu le mérite de rappeler tout ce qu'il devait au Maître dont les leçons « portaient la clarté jusqu'à la splendeur » et dont l'enseignement clinique reste, pour tous ceux qui ont eu l'heureuse fortune d'en bénéficier, comme un inimitable modèle.

L. BABONNEIX.

RENSEIGNEMENTS

(1) 4e édition. — Paris 1922. Masson et Cie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement de la syphilis héréditaire et de la syphilis infantile acquise, par G. LACAPÈRE, ancien chef de clinique de l'hôpital Saint-Louis, médecin de Saint-Lazare, et Pierre VALLERY-RADOT, ancien interne de l'hôpital des Enfants-Malades et de l'hôpital Saint-Louis. Préface du professeur HUTINEL. In-8, 1922. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Le traitement des fractures et luxations en clientèle, par le Dr F. MASMONTEIL. 2e édit., 157 figures. — Paris, Maloine et fils.





NOTES POUR L'INTERNAT

LES EMBOLIES PULMONAIRES

DÉFINITION. — On entend par embolie pulmonaire, l'oblitération brusque de la lumière de l'artère pulmonaire ou d'une de ses branches par un corps étranger quelconque; le plus souvent, il s'agit d'un caillot détaché d'une thrombose veineuse et entraîné dans la circulation générale.

Les embolies pulmonaires présentent un double danger :

1° *Danger mécanique*, en supprimant brusquement un champ plus ou moins grand de l'hématose pulmonaire.

2° *Danger infectieux*, elles se compliquent bien souvent d'une infection secondaire, purulente ou gangréneuse, au niveau du poumon.

L'*embolie pulmonaire* est la cause la plus fréquente de l'*apoplexie pulmonaire*.

ÉTIOLOGIE. — L'embolie peut être produite par divers corps en circulation dans le sang : cet embolus peut être constitué par des particules de caillots, de graisse, de cellules ou de gaz (ces dernières variétés constituant les embolies capillaires).

Nous étudierons successivement les diverses variétés d'embolies.

I. Embolie par caillot. — C'est la cause de beaucoup la plus fréquente. Le caillot provient, soit 1° des veines périphériques; 2° du cœur droit; 3° des artères, en particulier de l'artère pulmonaire ou de ses branches.

1° AFFECTIONS VEINEUSES PÉRIPHÉRIQUES. — Le caillot se détache au niveau des veines périphériques, tributaires de la veine cave inférieure; de là, il parvient au cœur droit, d'où il est lancé dans l'artère pulmonaire et le poumon.

Il s'agit le plus souvent du caillot prolongé, qui termine le thrombus et flotte librement dans la lumière du vaisseau. Il s'agit donc là d'une complication, qui peut se produire au cours de toutes les *phlébites*.

a. *Les phlébites médicales.* — Survenant au cours d'une pneumonie, d'une fièvre typhoïde, d'un érysipèle, de la goutte, du rhumatisme articulaire aigu, et surtout de la chlorose. Les embolies ne surviennent jamais au cours des phlébites cachectiques : cancer ou tuberculose.

b. *Les phlébites chirurgicales.* — Fractures de jambe infectées et ouvertes, phlébites des sinus après otite moyenne, phlébites des veines mésentériques, au cours d'affections abdominales, cure radicale de hernie, appendicite. Après les opérations longues et pénibles sur l'abdomen, sur l'utérus, le rectum, la prostate, les kystes de l'ovaire, il peut se produire des phlébites des sinus utérins, des veines du bassin, des veines iliaques, etc., qui peuvent être le point de départ d'une embolie.

c. *Les phlébites obstétricales.* — Nous citerons surtout la *phlegmatia alba dolens des accouchées*, la phlébite des sinus utérins, la phlébite du cordon ombilical chez le nouveau-né, le fibrome utérin enclavé.

Chez les accouchées, l'embolie survient dans les trois premières semaines qui suivent l'accouchement, soit au cours d'une phlébite reconnue et soignée, soit brusquement comme premier symptôme d'une phlébite (forme embolique de la phlegmatia).

2° LES AFFECTIONS CARDIAQUES. — Et avant tout, il faut appeler l'attention sur les maladies mitrales, surtout le *rétrécissement mitral*. L'embolie pulmonaire survient souvent après l'absorption intempestive ou trop violente de digitale ou de digitaline.

Il faut noter également la fréquence des embolies au cours des cardiopathies arrivées à la phase d'asystolie, et les femmes enceintes atteintes de cardiopathies.

Toute femme enceinte, qui présenterait une embolie vers le cinquième ou sixième mois de sa grossesse, serait porteuse d'un rétrécissement mitral (accidents gravido-cardiaques). La dilatation du cœur droit, la formation dans l'auricule d'un caillot seraient à l'origine de ces embolies.

De même dans les *endocardites aiguës*, végétantes du cœur droit, dans l'endocardite tricuspidienne avec lésions ulcéro-végétantes, on peut voir se produire des embolies.

Les *myocardites aiguës*.

3° LES AFFECTIONS ARTÉRIELLES. — Citer l'athérome de l'artère pulmonaire, l'artériosclérose, l'embolus détaché d'une endartérite aiguë de l'artère pulmonaire.

II. Les embolies capillaires. — Opposer les embolies capillaires aux embolies par caillot. Ces embolies capillaires peuvent être produites par des corps inertes (graisse, gaz) ou par des corps spécifiques (microbes, cellules diverses, parasites, cancer, etc.).

1° LES EMBOLIES GRAISSEUSES se produisent surtout à la suite des grands traumatismes osseux, des fractures à grands fracas, de l'ostéomyélite aiguë.

2° LES EMBOLIES GAZEUSES surviennent au cours d'une plaie large ou d'une intervention étendue sur les régions du cou ou de l'aisselle. On a fait intervenir ici, la béance des veines et le rôle des aponévroses.

3° LES EMBOLIES CELLULAIRES sont provoquées par les maladies infectieuses à leucocytose intense, pneumonie, choléra, diphtérie, etc. Dans ce cas, les capillaires seraient oblitérés par des cellules géantes. Signaler les embolies parenchymateuses (embolies de syncytium dans l'éclampsie, Virchow) et les cellules cancéreuses.

4° LES EMBOLIES PARASITAIRES dues à la sporotrichose, l'aspergillose, le kyste hydatique, etc.

5° LES EMBOLIES MICROBIENNES sont, en général, associées au caillot. Les microbes peuvent être aérobies, d'où la formation d'abcès, ou bien anaérobies d'où la constitution d'un foyer gangréneux.

Enfin, signaler les embolies extrêmement rares, dues à l'injection d'huile grise ou de tout autre médicament huileux, introduits accidentellement dans une veine.

Causes occasionnelles. — Citer parmi les plus importantes :

— un mouvement brusque,
— une exploration brutale ou intempestive,
— un effort, une émotion,
— l'hyposystolie,
— l'excitation trop brutale du cœur par la digitale.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On distingue classiquement trois variétés d'embolie :

1° La grosse embolie : type de la phlegmatia alba dolens.
2° L'embolie moyenne : type de l'infarctus hémoptoïque de Laënnec.
3° L'embolie petite : type des embolies capillaires.

C'est, en effet, le volume du corps oblitérant qui fait la plus ou moindre grande gravité de l'embolie. Suivant le volume, l'embolus s'arrête dans une branche plus ou moins importante de l'artère pulmonaire et les conséquences anatomiques et cliniques de l'obstruction dépendent beaucoup du calibre du vaisseau oblitéré.

Il faut aussi appeler l'attention sur la très grande fréquence de l'*embolie du lobe inférieur du poumon droit*.

I. Grosse embolie. — L'embolus siège, en effet, le plus souvent, à droite (la branche droite de l'artère pulmonaire continue, en effet, plus directement le tronc pulmonaire), s'il est récent, l'embolus n'obstrue pas complètement la lumière du vaisseau, au contraire, au bout d'un certain temps, il l'obture complètement, par suite de la formation de caillots secondaires, noirâtres et mous. C'est l'oblitération de l'artère en deux temps (Oddo). Signaler aussi le cas de Marfan, dans lequel le caillot était à cheval sur l'éperon de l'artère pulmonaire.

Le poumon est atélectasié dans le cas de mort subite. Au contraire, on constate de la congestion et de l'œdème, si la mort est plus lente, et alors bien souvent, se fait une vaste infiltration hémorragique du parenchyme.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. Gle D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Un concours pour une place de médecin résidant à l'hospice général sera ouvert le mardi 7 novembre 1922.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 21 octobre inclusivement, au secrétariat de l'Administration des hospices, cours d'Albret, 91.

DISPENSAIRE DE SALUBRITÉ DE BORDEAUX. — Un concours pour trois places de médecins municipaux du dispensaire de salubrité, dont deux titulaires et un adjoint, sera ouvert le 17 octobre 1922.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 17 septembre 1922 inclusivement, dans les bureaux de la police municipale, rue Bouffard, 39, au premier étage.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Maréville (Nancy).

TUNIS. — Le Dr Porri a été nommé adjoint au directeur de la santé maritime.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de chevalier.* — M. le Dr Mauran, sous-directeur de la santé et de l'hygiène publique au Maroc.

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HOPITAUX DE PARIS. — Conformément aux décisions prises par la dernière réunion d'administration, tenue le 10 juillet à la Salpêtrière, l'A. E. organisa un referendum parmi les externes et anciens externes sur le réforme du concours de l'internat. Un questionnaire de deux pages a été adressé dans ce but à tous les externes. Les externes qui n'ont pas reçu cette circulaire et les anciens externes qui désireraient prendre part au referendum sont priés de demander un questionnaire et de le renvoyer dans le plus bref délai au président L. Justin-Besançon, 62, rue du Cardinal-Lemoine, Paris 5e.

XXVIe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE. — Le Congrès s'est ouvert le 1er août, sous la présidence d'honneur de M. Desmars, ancien directeur de l'Hygiène, préfet du Finistère, du maire de Quimper, et de Mgr Duparc, évêque de Quimper.

On sait que le Congrès est présidé par M. le professeur Jean Lépine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon.

UN MONUMENT AU PROFESSEUR MONPROFIT. — Un comité s'est constitué à Angers, afin d'ériger, par souscription, dans cette ville, un monument à la mémoire du professeur Monprofit, qui fut maire d'Angers et député de Maine-et-Loire.

SUBVENTIONS EN FAVEUR DES ÉTUDES MÉDICALES. — Le Conseil municipal de Paris, conformément aux conclusions d'un rapport de M. Calmels, au nom de la cinquième Commission, vient de prendre une délibération fixant à 377.610 francs la subvention accordée par la Ville de Paris à l'administration générale de l'Asssistance publique pour études médicales.

Ce crédit global de 377.600 francs devra être réparti de la façon suivante :

Laboratoires de radiographie et d'électrothérapie. — Necker (Contremoulins), 63.560 francs; Saint-Antoine, 9.930 francs; Salpêtrière (Puthomme), 26.860 francs; Cochin (Ménard), 3.000 francs; Necker (Guibert), 2.850 francs; Pitié (Delherm), 2.000 francs; Laënnec (Maingot), 2.000 francs; Lariboisière (Haret), 1.500 francs; Saint-Louis (Belot), 1.500 francs. Total : 113.200 francs.

Laboratoires individuels de recherches cliniques. — Hôtel-Dieu : M. le professeur Roger, 1.500 francs; M. Macé, 1.500 francs; M. Caussade, 1.500 francs; M. Parmentier, 2.500 francs; M. Menetrier, 2.000 francs. Total : 9.000 francs.

Pitié : M. Thiroloix, 2.000 francs; M. Lion, 1.000 francs; M. Babinski, 2.000 francs; M. Enriquez, 2.000 francs; M. Josué, 3.000 francs; M. le professeur Vaquez, 2.500 francs; M. le professeur Brindeau, 1.000 francs; M. Mauclaire, 1.000 francs. Total : 14.500 francs.

Charité : M. Fredet, 1.000 francs; M. Legry, 1.500 francs;

M. Weill-Hallé, 1.000 francs; M. Baumgartner, 1.500 francs; M. le professeur Sergent, 1.500 francs; M. Babonneix, 1.500 francs; M. Guillain, 2.500 francs; M. Marcel Labbé, 1.500 francs; M. Devraigne, 1.000 francs. Total : 13.000 fr.

Saint-Antoine : M. Le Noir, 3.000 francs; M. Lermoyez, 2.000 francs; M. Pagniez, 2.400 francs; M. Comte, 1.500 francs; M. Claude, 2.000 francs; M. Coyon, 2.000 francs; M. Ramond, 2.000 francs; M. Bensaude, 2.500 francs; M. Bouffe de Saint-Blaise, 1.000 francs; M. le professeur Lejars, 1.500 francs; M. Lapointe, 1.500 francs. Total : 21.400 francs.

Tenon : M. Proust, 1.000 francs; M. Weil, 1.500 francs; M. Loeper, 2.500 francs; M. Rathery, 1.000 francs. Total : 6.000 francs.

Cochin : M. Fournier, 3.500 francs; M. Léri, 1.000 francs; M. Laubry, 3.000 francs; M. Launay, 2.000 francs; M. Pissavy, 2.000 francs; M. Chevassu, 2.500 francs. Total : 14.000 francs.

Beaujon : M. Carnot, 2.000 francs; M. Rudaux, 2.500 fr. Total : 4.500 francs.

Necker : M. Renon, 2.500 francs; M. Sicard, 1.800 francs; M. Brouardel, 2.000 francs; M. Schwartz, 1.000 francs; M. Hallé, 1.000 francs. Total : 8.300 francs.

Trousseau : M. Lesné, 1.500 francs; M. Papillon, 1.500 fr.; Total : 3.000 francs.

Lariboisière : M. Morax, 3.000 francs; M. Gandy, 1.500 francs. Total : 4.500 francs.

Boucicaut : M. Bezançon, 1.500 francs; M. Dujarier, 1.000 francs. Total : 2.500 francs.

Broussais : M. Dufour, 3.000 francs; M. Bergé, 2.500 fr. Total : 5.500 francs.

Saint-Louis : M. Lemaître, 1.500 francs; M. Ravaut, 3.000 francs; M. Louste, 3.000 francs; M. Lortat-Jacob, 3.000 francs; M. Renault, 3.000 francs; M. Rieffel, 3.000 fr.; M. Hudelo, 3.000 francs; M. Milian, 3.000 francs; M. Cathala, 1.500 francs. Total : 24.000 francs.

Ménages : M. Halbron, 800 francs.

Sanatorium Villemin : M. Buc, 2.000 francs.

Fondation Debrousse : M. Armand-Delille, 1.500 francs.

Broca : M. Boidin, 3.000 francs; M. Grenet, 3.000 francs. Total : 6.000 francs.

Maison de santé : M. Courtois-Suffit, 1.000 francs; M. Chifoliau, 1.000 francs; M. Ramond, 1.000 francs. Total : 3.000 francs.

Maternité : M. Potocki, 2.000 francs; M. Ribadeau-Dumas, 3.000 francs. Total : 5.000 francs.

Andral : MM. Courcoux et Lemierre, 2.500 francs.

Bastion 29 : M. Auclair, 1.000 francs.

Bicêtre : M. Roubinovitch, 1.750 francs; M. Harvier, 1.500 francs. Total : 3.250 francs.

Salpêtrière : M. Crouzon, 1.000 francs; M. Nageotte, 3.000 francs; M. Souques, 2.500 francs. Total : 6.500 francs.

La Rochefoucauld : M. Camus, 2.000 francs.

Brévannes : M. Baudouin, 3.000 francs.

Hendaye : M. Morance, 500 francs.

Ivry : M. Vincent, 1.500 francs; M. Israëls de Jong, 1.500 francs. Total : 3.000 francs.

Bibliothèques médicales (achat et entretien de livres, publications périodiques). — Bibliothèque des internes en médecine et en pharmacie, 12.000 francs; bibliothèque Feulard, à Saint-Louis, 3.000 francs; archives et bibliothèque de l'Assistance publique, 1.500 francs; bibliothèque centrale de l'internat, 2.500 francs; bibliothèque Charcot (Salpêtrière), 600 francs. Total : 19.600 francs.

Bourses de voyage. — Bourses de voyages pour études à l'étranger de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie, 18.000 francs.

Amphithéâtre d'anatomie (Clamart). — Frais d'études physiologiques, 2.400 francs.

Musée des divers établissements. — Achat et entretien du matériel, moulages et photographies pour tous les établissements, 11.500 francs; indemnités aux conservateurs, 32.660 francs. Total : 44.160 francs.

Récapitulation. — 1° Laboratoires individuels, 170.250 fr.; 2° laboratoires centraux de radiographie et d'électrothérapie, 113.200 francs; 3° bibliothèques médicales (achat et entretien de livres, publications périodiques), 19.600 francs; 4° bourses de voyage, 18.000 francs; 5° amphithéâtre d'anatomie (Clamart), 2.400 francs; 6° musées des divers établissements, 44.160 francs; 7° réserve, 9.990 fr. Total : 377.600 francs.

L'ÉTAT SANITAIRE DANS LE BASSIN DE LA MÉDITERRANÉE. — Le Dr A. Durand, chef du service sanitaire maritime à Tunis, donne dans la *Revue tunisienne des sciences médicales* des renseignements peu satisfaisants sur l'état sanitaire dans le bassin oriental de la Méditerranée.

Le typhus existe un peu partout en Asie Mineure et en Syrie. Les patentes des navires, venant de Constantinople, Smyrne, Beyrouth font mention de cas assez nombreux.

Des cas de peste sont signalés à Port-Saïd, Alexandrie, Rhodes, Constantinople (quelques cas isolés) et à Patras. Les provenances de ces origines sont soumises à la désinfection et à la dératisation.

Aucun cas nouveau de peste pneumonique n'a été signalé à Lisbonne depuis le 26 avril.

POUR LES FAMILLES NOMBREUSES. — Le Conseil général de la Charente-Inférieure a voté une prime de 200 francs à partir du cinquième enfant.

La ville de Rochelle, sur l'initiative d'un membre du Conseil municipal, le docteur Béraud, vient de décider d'accorder une prime de 100 francs au quatrième enfant, 150 francs au cinquième, 200 francs au sixième, 200 francs au delà.

Cette contribution de la ville vient s'ajouter aux mesures déjà adoptées en France pour aider les familles nombreuses et elle aura la valeur symbolique d'un encouragement, d'un témoignage de sympathie pour les bons citoyens qui donnent des enfants.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul F. Tanche (d'Armbouts-Cappel).

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — UNE SEMAINE DE GASTROLOGIE. — M. le docteur Félix Ramond, assisté des docteurs Borrien, Cochez, Jacquelin, Hirschberg, Lévy et Parturier, fera une série de conférences, matin et soir, suivies de travaux pratiques, du 6 au 12 novembre inclus. Ces conférences s'efforceront de mettre au point les diverses affections gastriques au double point de vue clinique et thérapeutique. L'assistance aux conférences est gratuite.

Un droit de 100 francs sera perçu pour les auditeurs désireux de se livrer aux travaux pratiques et radiologiques.

Se faire inscrire auprès du docteur Jacquelin, service du docteur F. Ramond, à l'hôpital Saint-Antoine.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — EXPOSITION COLONIALE DE MARSEILLE. — *Train spécial à prix réduits.* — En vue de faciliter l'accès à l'Exposition, la Compagnie P.-L.-M. mettra en circulation, au départ de Paris, le 8 août prochain, un train spécial à marche rapide et à prix réduits. Ce train, qui comportera des voitures de 2e et 3e classes, partira de Paris P.-L.-M. à 13 h. 40 pour arriver à Marseille le lendemain à 6 h. 50.

Les billets donnant droit au train spécial auront une validité de 15 jours et comporteront une réduction de 50 p. 100 sur les prix du tarif général, de telle sorte que les voyageurs paieront pour l'aller et le retour 120 fr. en 2e classe et 76 fr. 30 en 3e classe. Pour le retour au point de départ, les voyageurs pourront emprunter les trains du service ordinaire.

Délivrance des billets jusqu'au 7 août, à midi, à l'Agence P.-L.-M. de renseignements, 88, rue Saint-Lazare, à Paris, dans les bureaux de ville de la Compagnie et à la gare de Paris P.-L.-M.


SYPHILIS
Artério-Sclérose
GLOBULES
FUMOUZE
IODURE DE POTASSIUM
2 Formules { 0 gr 25 / 0 gr 10


Voies Urinaires
CAPSULES
RAQUIN
COPAHIVATE
DE SOUDE
6 à 12 par jour

REVUE GÉNÉRALE

LES SELS DE BISMUTH
DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS
LA STOMATITE BISMUTHIQUE

PAR MM.

René GIROUX
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Louis DEGLAUDE
Licencié ès sciences, Interne en pharmacie des hôpitaux.

I

La thérapeutique antisyphilitique s'est enrichie au cours de la deuxième moitié de l'année 1921 d'un médicament nouveau : le bismuth. Les expériences démonstratives qui ont présidé à l'avénement de cette médication ont fait naître dans le monde médical de multiples espérances dont quelques-unes sont déjà passées dans le domaine des réalités.

De nombreux travaux ont été publiés sur ce sujet, aussi il nous paraît intéressant aujourd'hui de rassembler et d'analyser tous ces documents afin de montrer dans une revue critique les résultats obtenus.

Si l'on néglige le traitement local des plaques muqueuses par le sous-nitrate de bismuth, il semble qu'il faille arriver à la seconde moitié du siècle dernier pour voir utiliser le bismuth comme médicament interne dans le traitement général de la syphilis. Massucci dit avoir employé avec succès le protoïodure de bismuth dans les affections syphilitiques secondaires. Cette première tentative resta sans écho et c'est Balzer qui, le premier, de 1887 à 1889 entreprit l'étude systématique du bismuth. Il utilisa un sel soluble le citrate double de bismuth et d'ammoniaque et le traitement d'épreuve fut institué chez le chien par voie sous-cutanée. Les résultats ne furent pas très encourageants, et Balzer termine une communication à la Société de biologie sur la toxicité du bismuth en engageant à une grande prudence dans l'emploi de ce médicament. Il avait observé une réaction générale assez vive ainsi que l'apparition d'une stomatite ulcéro-membraneuse. D'après la plupart des auteurs, il semble qu'il faille attribuer ces insuccès au manque d'asepsie dans la pratique des injections. Nous verrons en étudiant la stomatite bismuthique ce qu'il faut en penser.

Les choses en restèrent là jusqu'en 1916, époque à laquelle, Sauton et Robert obtinrent des résultats heureux dans le traitement préventif et curatif de la spirillose des poules et de la trypanosomiase.

Ces recherches interrompues par la guerre furent reprises en 1921 par MM. Sazerac et Levaditi. Ils utilisèrent le tartro-bismuthate de potassium et de sodium et instituèrent leurs expériences sur le lapin. Les races de spirochètes choisies furent les suivantes :

a. Un virus dermotrope, provenant d'un cas de syphilis primaire humaine ayant subi des passages successifs sur le lapin.

b. Un virus de paralytique général entretenu depuis deux ans chez le lapin.

c. Un virus de spirillose spontanée du lapin (spirochéta cuniculi). Le médicament fut employé en solution aqueuse à la dose de 0g04 par kilogramme d'animal. Dans les deux premiers cas les spirochètes disparurent des lésions dès le premier jour et les lésions elles-mêmes qui commencèrent à s'améliorer le deuxième jour étaient guéries le quatrième jour. Les résultats furent analogues avec le spirochéta cuniculi : disparition des spirochètes le troisième jour, suivie rapidement de guérison définitive.

Devant des faits aussi surprenants l'expérimentation sur l'homme s'imposait. Elle fut entreprise sans plus attendre et les résultats furent tels qu'on les avait espérés.

Voici d'après MM. Sazerac et Levaditi le résumé de l'observation du premier malade traité :

L... syphilis primaire : chancre du sillon balano-préputial contenant de nombreux tréponèmes, adénopathie inguinale, absence de manifestations secondaires. Le chancre date de douze jours. Début du traitement le 20 mai 1921. Neuf injections intramusculaires de tartrobismuthate de potassium et de sodium en suspension huileuse à des intervalles variant de trois à six jours. Dose totale le 15 juillet : 1g10.

Résultats : Disparition des tréponèmes le troisième jour du traitement, cicatrisation du chancre le cinquième jour. La lésion diminue rapidement de volume ainsi que les ganglions inguinaux. Absence totale de manifestations secondaires. La réaction de Bordet-Wassermann positive le 1er juin devient négative le 18 du même mois et se maintient telle jusqu'à présent (1er août 1921). Le 15 juillet soit environ deux mois après le début du traitement, on observe encore une légère induration au niveau de l'ancien chancre.

Après de brillantes communications sur ce sujet, le nouveau traitement fut employé largement, aussi bien en France qu'à l'étranger. Mais avant de passer en revue tous les documents cliniques accumulés il convient, semble-t-il, pour la clarté du sujet, d'exposer les notions générales qui concernent cette thérapeutique nouvelle.

Action physiologique des sels de bismuth. — Les sels de bismuth sont des composés assez toxiques et si certains d'entre eux (sous-nitrate) administrés par voie buccale sont considérés comme inoffensifs, cela est dû à leur absorption à peu près nulle au cours de leur traversée du tube digestif et de leur rejet presque complet par les matières fécales. Mais avec les sels insolubles, il n'en est plus de même si l'on s'adresse à la voie sous-cutanée ou intramusculaire. Dalché et Villejean, ont montré en effet que le sous-nitrate de bismuth contractait avec les matières protéiques des combinaisons solubles permettant une absorption lente du médicament et pouvant amener une intoxication analogue à celle produite par les sels solubles. Les accidents observés portent surtout sur le tube digestif. La stomatite apparaît en premier lieu, nous l'étudierons en détail au cours de ce travail. Puis survient, dans les cas graves une diarrhée dysentériforme avec selles sanguinolentes. Le rein peut être touché, les altérations se manifestent par de l'albuminurie et de la cylindrurie. Enfin l'examen de l'appareil respiratoire permet d'observer de l'oppression et de la dyspnée.

Les doses toxiques indiquées pour le lapin par MM. Sazerac et Levaditi sont les suivantes :

Citrate de bismuth ammoniacal. — Injections sous-cutanées. La dose de 0g05 par kg. tue l'animal en quatre ou cinq jours ; 0g02 par kg. : inoffensif.

Tartrobismuthate de potassium et de sodium. — 0g20 par kg. : tue l'animal en deux ou trois jours ;

0g10 par kg. : fait maigrir notablement, sans tuer; 0g05 par kg. : inoffensif.

Par voie intraveineuse, 0g01 tue le lapin en cinq ou six jours.

Quand nous nous occuperons de la posologie, nous verrons que les doses thérapeutiques sont très éloignées des doses toxiques ce qui est un réel avantage sur la médication arsenicale dans laquelle on côtoie, à tout instant, la zone dangereuse.

Localisation du bismuth. — Dalché et Villejean ont dosé le bismuth dans les organes d'un chien soumis à une intoxication chronique. Les organes qui en contenaient le plus étaient, par ordre croissant : le foie, les glandes salivaires, le rein, la rate.

Recherche du bismuth dans les liquides de l'organisme. — Avant d'abórder le mode d'élimination du bismuth, si important à connaître pour bien saisir l'action pharmacodynamique de ce médicament, il importe d'indiquer rapidement la méthode de recherche du bismuth dans les liquides de l'organisme. Cette question a été mise au point par M. Aubry. Il a utilisé pour la caractérisation du bismuth un réactif autrefois indiqué par Léger. C'est un mélange de sulfate de quinine et d'iodure de potassium. En présence de bismuth, il se forme un iodobismuthate de quinine rouge orangé. C'est en somme la réaction de Dragendorff renversée. Nous n'avons pas l'intention d'entrer ici dans le détail technique de l'utilisation de ce réactif, disons simplement qu'il suffit, pour l'urine, d'évaporer 50 centimètres cubes, de calciner l'extrait jusqu'à cendres blanches et, après avoir repris le résidu par l'eau acidulée d'acide azotique d'ajouter 1 ou 2 centimètres cubes de réactif. On obtient le précipité caractéristique.

Mode d'élimination du bismuth. — Cette question a été étudiée d'une façon très complète par M. Louis Demelin dans sa thèse.

Dans l'urine des malades traités par le bismuth, d'aspect normal à l'émission, on constate après quelques heures d'exposition à l'air, la formation d'un précipité noir de sulfure de bismuth, ce qui a fait émettre l'hypothèse que le bismuth serait éliminé à l'état d'indoxyle sulfate qui abandonnerait le métal à l'état de sulfure sous l'influence des agents microbiens par exemple.

Une autre voie importante d'élimination du bismuth est la salive. On a pu également le mettre en évidence dans les matières fécales, la bile, la sueur et, fait intéressant, dans le liquide céphalo-rachidien. En ce qui concerne ce dernier liquide, la pénétration des arsenicaux y est presque nulle et ceci explique, sans doute, les résultats surprenants obtenus par le bismuth dans certains cas de syphilis nerveuse, là où les autres médications avaient échoué.

Comment s'élimine le bismuth dans le temps? C'est encore un point important à préciser. Avec les composés insolubles, les plus utilisés actuellement, l'élimination est extrêmement lente, puisque l'on n'a encore pu caractériser le bismuth dans les urines des malades traités, un mois après la dernière piqûre. Cette imprégnation bismuthique de l'organisme si longtemps prolongée est, à coup sûr, un des facteurs les plus importants dans l'action tréponémicide de ce médicament.

Action du bismuth sur la réaction Bordet-Wassermann. — La clinique utilise couramment aujourd'hui les variations de cette réaction sérologique pour apprécier les résultats des divers traitements antispécifiques. Le bismuth, à ce point de vue, exerce son action d'une façon assez particulière (différente entre autres de celle des arsenicaux). Il importe donc que nous nous arrêtions un instant sur ce point.

Dans la syphilis primaire, si le traitement est institué dans les quatre ou cinq jours qui suivent l'apparition du chancre, alors que la réaction de Bordet-Wassermann est encore négative, cette dernière reste négative pendant toute la durée du traitement. Si l'on commence le traitement à un stade plus avancé, alors que la réaction de Bordet-Wassermann est devenue partiellement positive, on note dans une première phase, une période d'activation. La réaction s'atténue ensuite progressivement, pour devenir faiblement positive à la fin du traitement (trentième jour). La négativité est obtenue, en règle générale du trentième au soixantième jour.

Dans la syphilis primaire avec Bordet-Wassermann fortement positif et dans la syphilis secondaire on note une action beaucoup plus lente. La première série de piqûres influence fort peu la réaction de fixation. Après le premier mois, le fléchissement devient progressif et la négativité est obtenue, en général, du quatrième au sixième mois.

Dans la syphilis tertiaire, le fléchissement est aussi très lent, il est difficile de donner une règle générale au point de vue sérologique. La modification des signes cliniques, sera le guide le plus sûr. En ce qui concerne le liquide céphalo-rachidien, dans la syphilis nerveuse, le bismuth influence plus rapidement la lymphocytose que la réaction sérologique.

Accidents pouvant survenir au cours du traitement. — Les doses thérapeutiques étant très éloignées des doses toxiques, on n'aura jamais, au cours du traitement, de phénomènes d'intoxication générale. Du côté rénal, le plus qu'on puisse observer est une très légère albuminurie, ne laissant aucune trace après le traitement. On ne note que des accidents locaux, peu nombreux du reste, douleur au point d'injection et stomatite.

Pour ce qui est de la douleur locale, consécutive à l'injection, c'est un accident qui a perdu beaucoup de son importance. Très fréquent avec les médicaments employés au début de cette thérapeutique, il est devenu aujourd'hui une rareté, grâce à la découverte de nouveaux composés bismuthiques qui ont supprimé complètement ce très réel inconvénient.

Quant à la stomatite, bien que beaucoup moins fréquente, également, qu'au début, c'est un accident plus sérieux contre lequel le praticien doit être mis en garde; il est facile d'y parer, lorsqu'on est prévenu, aussi allons-nous y insister avec quelques détails.

II

Stomatite bismuthique. — La stomatite bismuthique d'ailleurs est connue depuis longtemps. Déjà, en 1882, Rocher avait relaté quatre observations où l'emploi de bismuth dans le pansement de certaines plaies avait déterminé l'apparition de pigmentation avec gonflement des gencives. Petersen, en 1883 et Dalché, en 1886, signalent l'un et l'autre un cas

analogue. Ces faits sont réunis par Brun dans sa thèse d'agrégation, mais cet auteur pensant que la toxicité du bismuth n'est pas démontrée, croit que la stomatite est peut-être due à l'arsenic associé.

En 1887, Dalché et Villejean reprennent la question et se plaçant sur le terrain expérimental, démontrent que sur le chien, le sous-nitrate de bismuth en injection provoque l'apparition de stomatite avec liseré, taches pigmentaires, sphacèle de la muqueuse et que, d'autre part, les accidents ne sont pas dus à d'autres métaux associés. Les travaux de M. Balzer, en 1889 aboutissent à des conclusions analogues, puisque chez le chien, cet auteur a obtenu, par l'emploi de doses faibles et répétées de citrate de bismuth et d'ammoniaque, des ulcérations sphacéliques localisées aux gencives survenant le lendemain de l'injection et susceptibles de se déterger en quelques jours pour reparaître après une nouvelle injection. D'autre part, l'emploi de doses massives du même produit détermine également des plaques sphacéliques de la bouche et de la langue et l'animal meurt en quarante-huit heures présentant une congestion diffuse de tous les organes.

De tels faits mettent bien en évidence l'individualité de la stomatite bismuthique sur laquelle MM. Fournier et Guénot, Azoulay, Milian ont encore insisté récemment. La description qu'en a donnée M. Milian est si complète et si clinique que nous n'avons pas cru mieux faire que de l'analyser.

Etiologie. — Comme dans la stomatite mercurielle, les lésions paraissent essentiellement conditionnées par deux facteurs : les doses médicamenteuses employées, et l'état antérieur de la bouche et des dents.

En employant le tartro-bismuthate de potassium et de sodium insoluble, en suspension huileuse, Milian a obtenu dans l'immense majorité des cas, le liseré gingival. Très souvent cette lésion s'est compliquée de gingivite ainsi que de taches pigmentaires et d'ulcérations circonscrites. La stomatite diffuse, par contre, est beaucoup plus rare.

L'état antérieur de la bouche et des dents intervient dans la genèse des accidents. On peut considérer ceux-ci comme de règle chez les malades qui présentent des dents en mauvais état, et il est courant de voir débuter les lésions au voisinage d'un chicot, d'une dent cariée. Elles sont toujours plus marquées en regard des dents malades. Les lésions buccales (joue, lèvres, langue, amygdales) paraissent jouer vis-à-vis de la stomatite, le même rôle de point d'appel que les lésions dentaires.

D'une manière générale, il existe un parallélisme étroit entre les altérations dentaires et buccales préexistantes et la stomatite, et celle-ci paraît être sous la dépendance directe des lésions dentaires ou buccales. Il convient d'ajouter que ces dernières sont souvent légères et latentes, partant méconnues, que la stomatite peut, seule, les mettre en évidence et qu'elles n'en sont pas moins, en pareil cas, le point de départ possible de la stomatite. Ce fait explique les cas de stomatite survenant en l'absence de lésions antérieures appréciables et chez certains malades présentant une bonne dentition apparente.

Etude clinique. — Les lésions buccales observées au cours du traitement par le bismuth sont variables dans leur degré d'intensité et dans leur association entre elles. Habituellement cependant, on note, dans un premier stade, l'apparition d'une pigmentation qui siègent le plus fréquemment le long du bord libre des gencives, c'est le liseré bismuthique. Parfois, mais plus rarement, existent des pigmentations circonscrites siégeant sur les gencives, les lèvres, la face interne des joues, la langue, la voûte palatine, les amygdales. Ces lésions pigmentaires peuvent rester isolées, ou, au contraire, se compliquer de lésions inflammatoires. Celles-ci apparaissent dans un deuxième stade et la gingivite, les ulcérations circonscrites qui répondent aux localisations précédentes ou plus rarement apparaissent d'emblée, sont généralement superficielles et laissent entre elles de larges intervalles de muqueuse saine.

Plus rarement enfin, on voit survenir des lésions diffuses intéressant l'ensemble de la muqueuse buccale. Ces faits exceptionnels répondent à une véritable stomatite généralisée dont le pronostic est naturellement plus sérieux, bien que Milian n'ait jamais relevé de forme grave.

1° Pigmentations. — Elles sont constituées par le liseré gingival et par les taches pigmentaires circonscrites.

a. *Le liseré gingival* est d'une fréquence presque constante, il est plus ou moins précoce dans son apparition et présente des caractères plus ou moins nets. La date d'apparition est variable, habituellement après la dixième ou douzième injection, mais elle peut être plus précoce, après la troisième injection ou plus tardive. Le liseré peut même manquer complètement chez les malades dont la dentition est en parfait état.

Il débute au voisinage d'une lésion dentaire, fréquemment à la base des incisives inférieures médianes, sous forme d'un croissant, parfois d'une tache punctiforme de coloration noire ou bleuâtre qu'il faut rechercher et qui, d'après Milian, a la valeur d'un signal symptôme. La lésion peut rester localisée, mais ordinairement elle gagne le rebord gingival et l'examen de la bouche permet alors de constater une traînée noirâtre ou bleu ardoisée qui festonne le bord libre de gencives sur toute leur étendue. Tantôt cette bande bleuâtre prédomine ou reste localisée en des zones limitées qui répondent aux dents malades. Le liseré s'observe non seulement sur la face externe ou superficielle des gencives, mais sur tout le pourtour des orifices dentaires et principalement sur la face interne des gencives. Son existence est caractéristique et sa confusion avec le liseré de Burton du saturnisme est difficile. Son évolution est lente; il persiste tant que dure le traitement et ne s'efface ordinairement que d'une façon progressive et lente, c'est-à-dire en plusieurs semaines. Cependant, Milian a observé sa disparition rapide en quelques jours.

b. *Taches pigmentaires circonscrites.* — Elles sont moins fréquentes que le liseré et s'observent en général à sa suite, mais exceptionnellement elles peuvent le précéder. Elles évoluent aussi sans symptômes fonctionnels et demandent à être recherchées. Elles siègent, par ordre de fréquence, sur la muqueuse jugale, les lèvres, la langue et la région sublinguale, les gencives, la voûte palatine, les amygdales et les piliers. L'aspect des taches varie avec leur localisation.

Les taches circonscrites séparées par de larges intervalles de muqueuse saine s'observent surtout aux lèvres et à la face interne des joues. Elles sont

de forme lenticulaire, ovalaire, de dimensions variables, irrégulières et leur coloration est noirâtre ou bleu grisâtre. Leur siège le plus fréquent paraît être la partie postérieure de la muqueuse jugale en regard des grosses molaires et la muqueuse de la lèvre inférieure. Plus rarement, il peut s'agir d'une pigmentation diffuse peu apparente, et la muqueuse revêt alors un aspect grisâtre ou bleuâtre qui frappe cependant par le contraste avec la coloration rose habituelle.

A la langue et à la région sublinguale, la pigmentation est habituellement punctiforme; il s'agit d'un pointillé noirâtre qui siège de préférence sur les bords et sur la face inférieure de la langue et prend parfois une disposition symétrique. Dans l'intervalle du semis punctiforme, la muqueuse apparaît normale; cependant, sur la face dorsale de la langue, on note, ordinairement, un enduit saburral plus ou moins épais et qui donne parfois l'aspect d'une véritable langue villeuse. Les parois des veines sublinguales et des petits vaisseaux sont souvent noircies par le bismuth et les vaisseaux paraissent comme injectés.

Aux gencives les taches peuvent s'observer, ou encore on constate des traînées linéaires bleues ou noirâtres se prolongeant jusqu'au voisinage du sillon gingivo-labial. A la voûte palatine, sur les piliers, les amygdales, les taches ou la pigmentation punctiforme sont plus rares.

L'évolution des taches est plus rapide que celle du liseré, elles s'effacent en huit à dix-huit jours si le traitement est suspendu, mais si celui-ci est continué, elles persistent pendant toute la durée du traitement et se compliquent fréquemment de lésions inflammatoires. La muqueuse prend alors un aspect violacé ecchymotique, s'exulcère vers le centre de la zone pigmentée déterminant bientôt une ulcération circonscrite.

Enfin le diagnostic des taches pigmentaires est facile étant donnés les commémoratifs.

2° Gingivite. — L'apparition du liseré doit faire craindre la gingivite. Les signes fonctionnels attirent tout de suite l'attention. Il existe une gêne fonctionnelle, mais peu marquée, de la mastication, un endolorissement des gencives, surtout intense aux gencives inférieures et du côté où le malade se couche. Les douleurs sont fréquemment à prédominance nocturne. Le ptyalisme est rare, les orifices des canaux de Sténon et de Warton sont normaux. L'odeur de l'haleine quoique désagréable n'est pas fétide. Il existe cependant des troubles digestifs fréquents : anorexie, nausées, pesanteur gastrique, constipation et quelques phénomènes généraux : fatigue, malaise, léger mouvement fébrile : 37°8-38°, mais ceux-ci sont légers et transitoires.

Le début des signes locaux est brusque, parfois brutal et les lésions varient suivant le degré des lésions dentaires. Si ces dernières sont légères on observe la gingivite catarrhale localisée; si elles sont plus accusées, on a le tableau de la gingivite ulcéreuse généralisée; entre ces deux formes on peut observer tous les intermédiaires.

Les lésions gingivales sont parallèles au liseré, elles s'accompagnent d'une *réaction ganglionaire* variable suivant le degré de la gingivite.

L'évolution est en général bénigne si le traitement est interrompu et la guérison survient du quatrième au huitième jour, dans les formes catarrhales, du huitième au quinzième jour dans les formes ulcéreuses. Si le traitement est continué, même avec des doses moindres et plus espacées, la gingivite persiste pendant toute sa durée. Il y a donc lieu d'interrompre tout traitement dès l'apparition de la lésion inflammatoire; il faut savoir aussi que la reprise des injections peut donner lieu à des récidives.

3° Stomatite ulcéreuse. — a. *Ulcérations circonscrites.* — Elles coexistent généralement avec la gingivite ou apparaissent isolément. Leur date d'apparition est variable, tantôt précoce, après la cinquième ou sixième injection, tantôt tardive, vers la fin ou après la cessation du traitement. Leurs localisations sont les mêmes que celles des pigmentations circonscrites et leur nombre variable. Le début est en général rapide, parfois soudain et brutal. Il se fait une exulcération plus ou moins étendue et régulière aréolée d'une zone pigmentaire de coloration bleuâtre ou noirâtre. En son centre apparaît un dépôt blanchâtre, jaune verdâtre ou crémeux, rappelant la fausse membrane diphtéroïde. Ce dépôt est assez adhérent à la muqueuse, on peut toutefois le détacher et l'ulcération sous-jacente est toujours superficielle. Le fond rouge ou grisâtre parfois semé d'un piqueté de granulations noirâtres saigne facilement. Les bords sont irréguliers, taillés en pente douce, plus rarement à pic ou légèrement décollés. En dehors de la zone pigmentaire, la muqueuse garde une apparence normale et c'est là un fait important.

L'orifice du canal de Sténon n'est pas tuméfié; la réaction ganglionnaire est légère et les signes fonctionnels se résument dans des douleurs surtout provoquées par les contacts, de la gêne fonctionnelle, et parfois des hémorragies en nappes plus ou moins profuses mais toujours de pronostic bénin.

L'évolution de cette stomatite est variable et si le traitement est arrêté, la guérison survient en moyenne en cinq à dix jours dans les cas moyens, en dix à quinze jours dans les ulcérations étendues.

b. *Stomatite diffuse.* — Elle est exceptionnelle et conditionnée par une bouche en très mauvais état. Elle survient d'emblée ou secondairement à des ulcérations circonscrites progressivement confluantes.

Le tableau clinique rappelle celui de la stomatite mercurielle, mais la stomatite diffuse a pour caractère essentiel de s'amender rapidement et de guérir en une quinzaine de jours.

Le diagnostic en est habituellement facile; la stomatite mercurielle, les plaques muqueuses syphilitiques, les ulcérations dentaires, l'herpès, l'aphte, l'angine diphtérique, les angines pseudo-membraneuses, l'angine de Vincent seront aisément éliminés; d'ailleurs il est normal de constater comme nous l'avons déjà mentionné la présence du bismuth dans les urines des malades soumis au traitement.

Anatomie pathologique et Pathogénie. — Les différentes voies d'excrétion du bismuth : rein, foie, glandes salivaires, laissent entrevoir que l'élimination de ce médicament par la salive doit être peu importante. Aussi, comme pour la stomatite mercurielle, la stomatite bismuthique est due, au moins dans les formes inflammatoires, à l'infection et notamment à l'association fuso-spirillaire.

L'examen des frottis pratiqué au niveau de la gingivite et des ulcérations montre une flore microbienne extrêmement riche. On constate, au moins dans les premiers jours, l'association fuso-spirillaire,

la présence des saprophytes habituels de la cavité buccale et d'après Milian le bacille Perfringens.

Quant à la pigmentation, elle est due à l'apport par voie sanguine de parcelles de bismuth dans le derme En dehors de la disposition du pigment la biopsie de deux taches pigmentaires a montré à Milian les détails suivants : l'épithélium est d'aspect normal, le derme papillaire est riche en pigments, notamment le sommet des papilles. Le bismuth se dépose là en grains qui injectent les cônes papillaires et dessinent le trajet des arborescences vasculaires intrapapillaires. Il prédomine au sommet des anses papillaires, au confluent des capillaires artériels et veineux. Il est en petite quantité dans la lumière du vaisseau et siège surtout dans la tunique endothéliale.

Le capillaire axial de la papille est dilaté et renferme des globules rouges avec quelques polynucléaires. Il existe dans le derme papillaire quelques rares lymphocytes, quelques plasmazellen qui traduisent une légère réaction inflammatoire. Dans les couches profondes du derme, on trouve de nombreuses dilatations vasculaires, témoins de la gêne circulatoire. Enfin les vaisseaux capillaires de la couche profonde du derme renferment du pigment, ce qui montre que le bismuth a pénétré dans la circulation générale et y est résorbé par la totalité des endothéliums vasculaires.

Les résultats de l'examen histologique prouvent donc que les particules de bismuth lancées dans la circulation générale viennent se loger dans les capillaires intradermiques où elles sont ultérieurement résorbées. Il est vraisemblable que l'oblitération vasculaire joue un rôle mécanique notable dans la genèse du processus ulcéreux et de la nécrose épithéliale.

Traitement. — Le traitement prophylactique de cette stomatite consiste comme pour la stomatite mercurielle dans les soins buccaux et la surveillance attentive des dents, notamment du rebord gingival des incisives inférieures.

La gingivite constituée, les ulcérations circonscrites et, à fortiori la stomatite diffuse commandent la suspension du traitement.

Quant au traitement curatif, il vise la désinfection de la cavité buccale. On recommandera de grands et fréquents lavages de bouche au bock, avec de l'eau boriquée, de l'eau oxygénée, de la liqueur de Labarraque, du chlorate de potasse. L'emploi des arsenobenzols en badigeonnages locaux ou mieux en injections intraveineuses peut être indiqué et servir éventuellement d'amorce au traitement ultérieur.

III

Mode d'administration des sels de bismuth. Posologie. — Actuellement les composés bismuthiques employés peuvent se ranger en trois catégories : sels solubles, sels insolubles, bismuth métallique.

1° **Sels solubles.** — Sous cette forme, le bismuth est très toxique. Plusieurs sels solubles ont pourtant été expérimentés chez l'homme, tartrobismuthate de potassium et de sodium, lactate, citrate, ammoniacal, etc. Ils ont dû être abandonnés surtout à cause de la douleur locale produite par les injections intramusculaires et sous-cutanées. La voie intraveineuse n'a pu être utilisée à cause de la haute toxicité du bismuth introduit directement dans la circulation (expériences de MM. Sazerac et Levaditi sur le lapin).

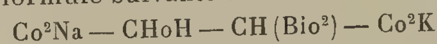
M. Pomaret a toutefois préparé dans le laboratoire du professeur Jeanselme, une forme injectable soluble, moins douloureuse en injections intramusculaires. En voici la formule :

Tartrobismuthate de potassium et de sodium ..	0,10
Solution aqueuse de glucose à 15 p. 100, additionnée de 1,5 p. 100 de phénol	1cc32

MM. Grenet et Drouin étudient actuellement un sel soluble de la série aromatique utilisable en injections intraveineuses et qui leur a déjà donné d'excellents résultats.

2° **Sels insolubles.** — Ce sont les seuls qui aient été utilisés jusqu'ici sur une vaste échelle. Tous ces produits se présentent sous forme de suspension huileuse à 10 p. 100.

a. TARTROBISMUTHATE DE POTASSIUM ET DE SODIUM. — C'est un composé voisin de l'émétique de bismuth. La formule et la préparation n'ont pas été indiquées par les auteurs et par les laboratoires qui ont spécialisé ce produit. M. Demelin, dans sa thèse, donne la formule suivante :


$$Co^2Na — CHoH — CH(Bio^2) — Co^2K$$

Il se présente sous deux formes : soluble et insoluble. La forme soluble, comme nous l'avons déjà indiqué ci-dessus, n'est plus utilisée. La forme insoluble contient 50 p. 100 de bismuth. La teneur élevée de ce produit en bismuth explique peut-être les accidents fréquemment observés, entre autres la stomatite. Une seule dose de 0,40 centigr., la provoque presque à coup sur. De plus, les injections sont assez souvent douloureuses. Aussi devra-t-on laisser un intervalle de quatre ou cinq jours entre les piqûres. Chaque cure se composera de 10 à 12 injections de 0,20 à 0,30 chacune, ce qui donnera une dose totale de 2 à 3 grammes de composé bismuthique.

b. IODOBISMUTHATE DE QUININE. — Ce composé contient 30 p. 100 de bismuth; la présence de l'iode dans la molécule ne peut que renforcer l'action du composé. Il semble que ce soit actuellement un des médicaments de choix. Les piqûres sont toujours indolores et les cas de stomatite n'ont pour ainsi dire jamais été observés. Les injections se font intramusculaires tous les deux jours à la dose de 0g20 à 0g30. La cure comprend 12 piqûres ce qui fait un total de 2 à 3 grammes d'iodobismuthate. Les excellents résultats obtenus avec cette forme médicamenteuse ont engagé M. le docteur Fournier à des essais d'iodobismuthate d'alcaloïdes autres que la quinine. Les expériences sont en cours. L'iodobismuthate de morphine, entre autre, semble avoir de précieuses indications dans certaines formes douloureuses comme les crises gastriques du tabes.

3° **Bismuth métallique.** — Ce médicament préparé par MM. Sazerac et Levaditi par réduction du tartrobismuthate s'emploie en suspension au 1/10 dans l'huile ou dans une solution isotonique. Il a été expérimenté récemment sur une centaine de syphilitiques par M. le docteur Fournier. Les séries sont de 10 à 12 injections de 0g15 à 0g20. On n'observe aucune réaction locale douloureuse et les inconvénients buccaux sont très rares. L'efficacité du bismuth à l'état métallique a fait rapprocher par M. Levaditi ce métal du mercure, au point de vue

chimiothérapique. Ces deux médicaments manifestent, en effet, leur action comme corps simple, tandis que l'arsenic n'acquiert des propriétés antisyphilitiques marquées qu'après avoir été engagé dans une molécule complexe.

Quel que soit le médicament employé, on devra s'assurer avant de commencer un traitement que l'état général du malade est bon, on jugera de même de l'état du fonctionnement hépatique et rénal. La dentition devra être examinée avec grand soin. On fera enlever les chicots et traiter les dents cariées. On recommandera une hygiène buccale minutieuse. Les doses injectées seront diminuées chez les malades débilités ou présentant du sucre ou de l'albumine dans les urines.

Chez les hérédosyphilitiques en bas âge les doses seront réduites à quelques centigrammes de tartrobismuthate ou de quiniobismuth.

Les injections intramusculaires devront se faire en plein muscle, dans les muscles fessiers de préférence. On enfoncera l'aiguille première pour bien s'assurer que l'on n'a pas lésé un vaisseau. Le malade n'est obligé de subir aucun arrêt dans ses occupations en évitant toutefois une fatigue exagérée.

Comment faut-il conduire le traitement? Dans les cas de syphilis primaire ou secondaire en évolution, MM. Fournier et Guénot conseillent, après la première série de piqûres, et quel que soit le résultat de la réaction de fixation, de marquer un léger temps d'arrêt d'un mois environ. On recommencera de nouvelles séries, ensuite à deux ou quatre mois d'intervalle et le traitement ne devra cesser qu'après une réaction de Bordet-Wassermann deux ou même trois fois négatives.

IV

Résultats thérapeutiques. — Nous avons passé en revue toutes les propriétés générales du bismuth. Nous allons voir maintenant comment la clinique, à la lueur de ces données expérimentales a pu tirer parti de l'action énergique de ce médicament.

Syphilis primaire. — Le tréponème disparaît des lésions souvent après la première injection, généralement après la deuxième et il est rarement utile d'attendre la troisième. La durée de cicatrisation du chancre est variable suivant son étendue. Cinq ou six jours pour les chancres plats ou érosifs, une douzaine de jours pour les chancres plus importants et une trentaine de jours pour les formes géantes ou ulcéreuses. L'induration disparaît assez rapidement. Les adénopathies sont influencées très favorablement, beaucoup plus rapidement que par les arsenobenzols. Dans les cas où la recherche en a été faite, on a constaté la disparition des tréponèmes au niveau des ganglions.

La réaction de Bordet-Wassermann évolue comme nous l'avons indiqué précédemment et la maladie semble arrêtée dans son évolution. Jamais chez les syphilitiques primaires normalement traités on a observé d'accidents secondaires.

Syphilis secondaire — Dans cette forme septicémique de la maladie, l'action est aussi très énergique. Les tréponèmes disparaissent des lésions après une ou deux injections. La roséole s'atténue rapidement pour s'effacer au bout d'une dizaine de jours. Les plaques muqueuses érosives et en nappes, génitales ou extragénitales, disparaissent dans un temps très court. Les plaques hypertrophiques et les lésions papuleuses résistent davantage. Les phénomènes généraux (fièvres, courbatures, douleurs osseuses, etc.), cèdent aux premières injections.

MM. Fournier et Guénot ont signalé un cas de méningite aiguë où les différents symptômes (signe de Kernig, raideur de la nuque) disparurent à la troisième ou quatrième injection. Le liquide céphalo-rachidien, qui contenait au début du traitement 400 éléments par millimètre cube, ne renfermait plus le quinzième jour que 7 lymphocytes.

La présence du bismuth dans la bile explique l'action très favorable du traitement dans l'ictère syphilitique secondaire. Dans un cas observé par nous dans le service de notre maître le docteur Laubry et traité par le quiniobismuth, l'ictère allait s'atténuant progressivement dès les premières injections et à la douzième piqûre (vingt-quatrième jour) la teinte des téguments était normale et les pigments et les sels biliaires avaient disparu des urines.

Syphilis tertiaire. — L'action du bismuth sur les accidents tertiaires est, dans de nombreux cas, très marquée. Les gommes, les placards cutanés, ulcéreux, pustuleux, croûteux, les ulcérations gommeuses sont influencés d'une façon souvent très rapide. La leucoplasie linguale semble résister davantage.

Un des premiers malades traités par MM. Sazerac et Levaditi atteint de syphilis tertiaire serpigineuse et croûteuse des lombes et des fesses occupant une large surface et datant de trois ans reçut six injections intramusculaires (dose totale : 1g30 de tartrobismuthate). Le troisième jour les lésions se desséchèrent, et la cicatrisation était complète en dix-neuf jours.

Syphilis nerveuse. — L'action est très heureuse dans certains cas, plus irrégulière dans d'autres; point commun du reste avec toutes les médications antisyphilitiques. MM. A. Marie et Fourcade ont publié des cas très intéressants de syphilis neurotrope traités par le bismuth. Les résultats sont souvent excellents dans les cas de syphilis nerveuse localisée (gomme cérébrale, paraplégie, etc.). Dans les syphilis diffuses des centres nerveux, l'action favorable de la nouvelle médication est plus rarement observée. Les crises gastriques du tabes s'atténuent et disparaissent dans la majorité des cas.

L'action si énergique dans certains cas est expliquée sans doute par le passage rapide et constant du bismuth dans le liquide céphalo-rachidien.

Syphilis viscérales. — S'il est difficile actuellement de formuler une opinion précise sur l'action des sels de bismuth dans les syphilis viscérales, nous nous croyons cependant autorisés à considérer que ce nouveau mode de traitement est susceptible de donner d'excellents résultats au même titre que les arsenicaux et le mercure. Dans le cas d'intolérance à ces derniers sels, le bismuth apparaît comme un précieux médicament permettant d'agir efficacement sur l'agent causal, peut-être aussi est-il capable, dans un traitement mixte de renforcer l'action de la médication antisyphilitique.

En ce qui concerne la syphilis du système cardio-vasculaire, le bismuth paraît avoir une action très favorable. Dans les quelques observations d'aortite ou d'ectasie publiées jusqu'à ce jour, les auteurs ont noté une amélioration des symptômes fonctionnels et dans quelques cas la radioscopie a permis de

constater une régression des lésions. C'est ainsi par exemple qu'un anévrisme de l'aorte ascendante faisant une énorme saillie préthoracique, aurait diminué à la suite de quelques injections de bismuth.

Sur ce point nous estimons qu'il y a lieu d'attendre la publication de documents bien étudiés, nombreux et longtemps observés avant de conclure d'une façon formelle. Dans le cas contraire on risquerait en effet de fournir une opinion hâtive et forcément erronée puisqu'elle reposerait plus sur des impressions que sur des faits cliniques dûment constatés et de valeur indiscutable.

Action prophylactique. — De très intéressantes expériences ont été instituées à ce sujet par MM. Sazerac, Levaditi et Issaïcu.

Les premiers essais ont été faits en infectant des lapins par scarification préputiale, méthode employée par Metchnikoff et Roux dans leurs expériences sur la pommade au calomel. Le bismuth a été administré en injections intramusculaires, par voie buccale, par voie anale et enfin en applications locales. Une injection intramusculaire de 0g05 de tartrobismuthate de potassium et de sodium par kilogramme d'animal, trois heures après l'infection préputiale empêche l'apparition des lésions. L'administration par la bouche de lactate de bismuth dans les heures qui suivent l'infection préputiale retarde l'apparition des accidents.

La voie anale semble plus efficace, puisqu'un lapin a pu être préservé par 20 centimètres cubes de bouillie de tartrobismuthate introduite dans le rectum. Pour ce qui est des applications locales, les auteurs ont employé la pommade suivante :

Tartrobismuthate de potassium et de sodium...	30 gr.
Vaseline.................................. }	30 gr.
Lanoline.................................. }	

ou encore le tartrobismuthate en poudre.

La pommade empêche l'infection quand elle est appliquée de une heure à quatre heure après la contamination. Elle est inactive pendant la période d'incubation : cinquième, dixième et quinzième jour.

La poudre, bien moins adhérente que la pommade agit beaucoup moins sûrement.

D'autres essais ont été effectués par la méthode des accouplements pour se rapprocher davantage des conditions de contamination humaine. Les différents couples (un animal malade et un animal sain) sont restés en contact pendant cinq jours. Chaque jour une friction à la pommade bismuthique était pratiquée sur les organes génitaux des animaux sains. Dans les trois couples féconds, par conséquent où l'accouplement a été certain, on n'a observé l'apparition d'aucune lésion tréponémique.

Le tartrobismuthate en pommade empêche donc la contamination lorsqu'il est appliqué de une heure à quatre heure après l'infection. En injections intramusculaires il agit préventivement, mais par voie buccale l'action est beaucoup plus douteuse et c'est tout juste si l'on remarque un léger retard dans l'apparition des accidents.

De ces expériences découle aussi logiquement le traitement abortif de la syphilis. Le bismuth le réalise aussi bien que l'arsenobenzol. Les malades traités pendant la période d'incubation n'ont présenté par la suite aucun accident et aucune réaction sérologique. Cinq ou six injections suffisent et ce traitement inoffensif sera indiqué chaque fois qu'un sujet sain aura eu des rapports avec une personne syphilitique avérée.

Notons enfin l'action très heureuse du bismuth contre les tréponèmes arseno ou mercuro-résistants. Des malades chez qui toutes les médications antisyphilitiques étaient restées impuissantes ont vu disparaître rapidement tous les accidents par le traitement bismuthique.

V

Conclusions. — Devant un ensemble de résultats aussi probants il serait peu raisonnable et même injuste de ne pas accorder au nouveau traitement de la syphilis une place importante. Le congrès de dermatologie et de syphiligraphie qui s'est réuni à Paris au début de juin 1922 vient du reste de consacrer tout l'intérêt qui s'attache à la médication bismuthique ; de nombreux documeuts ont été apportés qui confirment amplement les résultats que nous avons signalés au cours de cette revue.

Le bismuth paraît pouvoir rivaliser en efficacité avec la médication arsenicale. Ses avantages sur cette dernière sont, du reste, assez nombreux ; les produits utilisés sont d'une préparation et d'une conservation facile. On n'aura jamais à craindre avec le bismuth, des phénomènes d'intoxication grave et son emploi commode, en injections intramusculaires le met à la portée de toutes les mains. Les précautions les plus élémentaires mettent à l'abri des très rares accidents. Les malades traités ne sont obligés à aucun arrêt dans leur travail. Les indications sont souvent très précises dans les cas où les autres médications échouent ou ne donnent que de médiocres résultats (arseno ou mercuro-résistants). Faut-il dans certains cas particuliers adopter le nouveau traitement à l'exclusion de tous les autres ? Dans une maladie à évolution aussi longue que la syphilis, il est trop tôt pour pouvoir se prononcer. Des années d'observation sont encore nécessaires. Mais dès à présent on peut dire qu'une arme nouvelle vient d'être mise entre les mains du thérapeute qui promet d'être pour lui d'un très précieux appoint dans la lutte antisyphilitique.

BIBLIOGRAPHIE

Aubry (P.). Recherche du bismuth dans l'urine, *Journ. de pharm. et de chimie*, janv. 1922, t. XXV, p. 15.

Azoulay (R.). Stomatite bismuthique, *Presse méd.*, 15 fév. 1922.

Balzer. Expériences sur la toxicité du bismuth, *C. R. de la Soc. de biol.*, 27 juillet 1889, p. 537.

Baudran. Etude sur les émétiques, *Th. de pharmacie*, Paris 1900.

Chassevant. 1° Article bismuth, *Dictionnaire de physique* Ch. Richet, t. II, p. 218 ; — 2° *Bull. méd.*, 13 juillet 1910.

Dalché et Villejean. 1° Recherches expérimentales sur la toxicité du bismuth, *Arch. gén. de méd.*, août 1887 ; — 2° Nouvelles recherches expérimentales sur la toxicité du bismuth, *Bull. gén. de thérap.*, t. CXV, p. 404.

Démelin (L.). Traitement de la syphilis par le bismuth, *Th. de doctorat en méd.*, Paris 1922.

Fabrègue. 1° Sur l'utilisation thérapeutique des citrates doubles de bismuth, *C. R. de la Soc. de biol.*, Marseille, 17 janv. 1922 ; — Sur un mode de préparation du citrate et du tartrate de bismuth, *Soc. de pharmacie*, Paris, 2 fév. 1922.

Fournier et Guénot. 1° Traitement de la syphilis par le bismuth, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 17 oct. 1921, t. CLXXIII, p. 674 ; — 2° Traitement de la syphilis par le bismuth, *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 10 nov. 1921 ; — 3° Traitement de la syphilis par le bismuth, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv. 1922, t. XXXVI, p. 14 ; — 4° Action du bismuth comme corps simple, *C. R. de la Soc. de biol.*, 6 mai 1922, p. 908 ; — 5° Traitement de la

syphilis par le bismuth, *Journ. de méd. et de chir.*, 10 mai 1922.

GAUCHER et BAILLI. Sur l'intoxication par le sous-nitrate de bismuth employé dans le pansement des plaies, *Journ. de pharmacie et de chimie*, t. III, p. 200.

GÉRARD et DAUMIC. Sur la possibilité d'une intoxication lente après ingestion de sous-nitrate de bismuth dans certains états pathologiques, *C. R. de la Soc. de biol.*, 8 mai 1897.

LÉGER. Sur une réaction caractéristique du bismuth, *Journ. de pharmacie et de chimie*, 1888, 2e partie, p. 529.

MARIE (A.) et FOURCADE. 1° *Soc. de méd. de Paris*, 22 oct. 1921; — 2° *C. R. de la Soc. de thérap.*, 9 nov. 1921.

MILIAN (G.). 1° Le calomel associé au sous-nitrate de bismuth dans le traitement de la syphilis, *Soc. méd. des hôpit.*, 11 nov. 1921; — 2° La stomatite bismuthique, *Soc. méd. des hôpit.*, janv. 1922, n° 3.

SAUTON et ROBERT. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1916, t. XXX, p. 261.

SAZERAC et LEVADITI. 1° Action du bismuth sur la syphilis et sur la trypanosomiase du Nagana, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 30 mai 1921, p. 1391; — Traitement de la syphilis par le bismuth, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 1er août 1921, p. 338; — 3° Action de certains dérivés du bismuth sur la syphilis, *C. R. de l'Acad. des sciences*, 5 déc. 1921, p. 1201; — 4° Action du bismuth en tant que corps simple sur la syphilis, *C. R. de la Soc. de biol.*, 29 avril 1922, p. 817; — 5° Action de certains dérivés phénoliques du bismuth sur la syphilis, *C. R. de la Soc. de biol.*, 20 mai 1922, p. 1064.

CONGRÈS des médecins dermatologistes et syphiligraphes de langue française, Paris, 6-7-8 juin 1922.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 JUILLET 1922)

Sur la chute des poussières dites « pluies de sang ». Remarque relative à la neige colorée du 12 mars 1922 en Briançonnais. — M. Octave MENGEL. L'analyse minéralogique de ces neiges avait démontré qu'il s'agissait d'une poudre ocreuse provenant vraisemblablement du Vaucluse. L'étude de la situation générale de l'atmosphère au début de mars et sa comparaison avec des situations antérieures correspondant à des chutes de poussières minérales permet à l'auteur d'affirmer l'origine saharienne de cette poussière ocreuse.

Sur un nouvel hypnotique de la série barbiturique : la butyléthylmalonylurée. — MM. Paul CARNOT et Marc TIFFENEAU. Ce nouveau médicament, trois fois plus actif que le véronal, il agit comme hypnotique et sédatif du système nerveux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 28 JUILLET 1922)

Les échanges respiratoires des hyperthyroïdiens; technique de la mesure du métabolisme basal. — MM. M. LABBÉ et STÉVENIN ont montré que l'exagération du métabolisme basal est constant dans la maladie de Basedow; cette exagération se retrouvait dans cinq cas nouveaux. Si MM. Achard et Binet ont trouvé des exagérations de métabolisme basal modérées ou inconstantes, cela tient à la technique : le dosage de l'acide carbonique seul au lieu du dosage simultané de CO^2 et de O; pas de calcul du quotient respiratoire, mesure avec l'appareil Haldane et surtout adoption d'un coefficient calorifique moyen pour le CO^2 qui ne correspond pas à la réalité. Les auteurs montrent qu'avec la formule d'Achard et Binet, on obtient un chiffre notablement inférieur à celui que donne la formule type de Dubois pour le calcul du métabolisme basal; on ne peut donc comparer les chiffres donnés par Achard et Binet aux chiffres normaux établis par les Américains.

Incontinence d'urine dite « essentielle », infantilisme et spina bifida occulta sacré. — MM. André LÉRI et LAYANI présentent un jeune homme de vingt-trois ans qui est un type d'infantile et qui, en outre, est atteint depuis son enfance d'incontinence nocturne « essentielle » d'urine.

Or, la radiographie montre une large déhiscence de la paroi postérieure du sacrum au niveau de ses premier et deuxième segments. Rien ne permettait de soupçonner extérieurement le spina bifida occulta, il n'y avait ni saillie, ni dépression, aucune hypertrichose, aucune pigmentation, aucune cicatrice, aucune télangiectasie. Le spina bifida est certainement la cause de l'incontinence d'urine.

Cette constatation a une certaine importance pratique. En effet, un spina bifida occulta, que rien ne révèle extérieurement et que seule la radiographie met en évidence, n'est pas rare, contrairement à l'opinion classique; et il est fort possible qu'il soit la cause jusqu'ici insoupçonnée de bien des cas d'incontinence d'urine dite « essentielle ». Or, une intervention relativement bénigne, en sectionnant une bride fibreuse ou en enlevant une petite tumeur extradurale développée dans les tissus qui unissent la moelle au rachis et aux téguments, est peut-être susceptible de guérir parfois cette infirmité, si désespérément récalcitrante à tous les moyens thérapeutiques d'ordinaire employés.

Il est possible aussi qu'un spina bifida occulta méconnu tienne sous sa dépendance certaines atrophies génitales et que, en dehors des infantilismes par lésion primitivement testiculaire (ou ovarienne), thyroïdienne ou hypophysaire, il existe certains infantilismes par spina bifida.

Un cas de leucémie myéloïde traitée depuis sept ans par le benzol et hématologiquement guérie. — MM. VAQUEZ et YACOËL. La malade que MM. Vaquez et Yacoël présentent n'est, du reste, pas une inconnue pour la Société médicale des hôpitaux, puisqu'elle a déjà fait l'objet d'une communication ici même en février 1918. A cette époque, les auteurs signalaient que, dès la première année de traitement par le benzol, l'état général de la malade s'était considérablement amélioré (elle avait repris 7 kilogs), avec disparition complète de la fièvre qui oscillait au début entre 38°39°. En même temps la rate qui descendait auparavant jusqu'au pubis avait repris et conservé son volume normal. Le chiffre de globules blancs qui était de 350.000 au début était lui aussi redevenu et resté normal (8.000 sans myélocytes) et le chiffre des globules rouges de 3.000.000 était remonté à 5.000.000.

Après un arrêt de traitement d'une année et demie, la malade présenta de nouveau une leucocytose assez élevée (90.000) avec quelques myélocytes. Une nouvelle administration de benzol pendant quatre mois eut raison de cette courte récidive. Depuis ce temps et sans traitement on ne constate plus de troubles cliniques, le chiffre de globules blancs est normal ainsi que la formule leucocytaire (pas de myélocytes).

Les cas de leucémie traités et améliorés par le benzol ne se comptent plus en France et à l'étranger. Cependant, à notre connaissance, il ne semble pas qu'on ait jamais relaté un cas où le benzol ait été seul employé et où la guérison ait été maintenue si longtemps, même après la cessation de tout traitement (sept ans).

Néphrite azotémique avec anémie grave, anxiété et hypothermie. — MM. P. MERKLEN et M. MINVIELLE rapportent un nouveau cas d'anémie grave, à type pernicieux, ayant évolué chez une azotémique. Le sang montrait 1.820.000 globules rouges et 12.000 globules blancs; on notait de la polynucléose avec absence d'éosinophiles. Il n'y avait pas trace de réaction myéloïde et de nombreux examens n'ont laissé voir ni myélocytes ni hématies nucléées. Les temps de saignement et de coagulation étaient fort allongés; la résistance globulaire demeurait normale. La rate n'offrait ni congestion, ni réaction myéloïde ou macrophagique.

A signaler, en outre, l'état d'anxiété et d'angoisse qui semble bien, certaines observations en témoignent, appartenir à l'azotémie. De même l'hypothermie qui se rattache au même syndrome.

Existe-t-il des variétés différentes de zona? — MM. C. VINCENT et E. BERNARD présentent une fillette de onze ans qui vient de faire un zona dans le territoire du plexus cer-

vical superficiel qui correspond aux segments des IIIe et IVe cervicales gauches. Les auteurs ont pratiqué sur chacun des trapèzes des séries d'excitations avec un courant faradique tétanisant de faible intensité. A droite la contraction du trapèze cesse dès que cesse l'excitation. A gauche, dès les premières excitations, on note une lenteur de la décontraction. Après plusieurs sommations, on remarque une décontraction en échelon et la persistance d'un certain degré de contracture. Les auteurs ont observé depuis un an un autre zona différent du premier par plusieurs caractères : apparition en décembre, douleurs très vives pendant les mois froids, calmées seulement au début des chaleurs. Ce zona a présenté une récidive au mois de février, la douleur ne s'est atténuée qu'au début des mois chauds.

Dans ces cas, la décontraction des trapèzes en échelons et la persistance de la contracture pouvaient être mises en évidence des deux côtés. Les auteurs rappellent que ce trouble existe dans l'encéphalite et se demandent s'ils ne peuvent baser sur cette perturbation l'existence d'une forme spéciale de zona.

Mécanisme des arthropathies sériques. — MM. André Jousset et Robert Delgove ont étudié, spécialement chez les tuberculeux, le déterminisme et la pathogénie des accidents articulaires dus aux sérums équins.

Dans la maladie du sérum, les arthropathies forment une classe à part.

Elles se séparent complètement des accidents anaphylactiques, car elles existent plus souvent chez des sujets neufs que chez des sujets déjà préparés par une injection de sérum, et si elles surviennent chez ces derniers la répétition les atténue, plutôt qu'elle ne les exagère, ce qui est l'inverse de la sensibilisation.

Ces accidents sont donc de simples manifestations toxiques mais distinctes des autres accidents primaires, tels que l'urticaire.

Si l'on considère leur caractère tardif, leur apparition au moment précis où le sérum disparaît de l'économie (douzième à quatorzième jour), il devient difficile de les imputer à une action directe du sérum. L'observation démontre que, pendant cette incubation prolongée, surviennent d'importantes modifications humorales dont l'urologie fournit la preuve. Une décharge considérable d'acide urique, avec élévation du coefficient $\frac{\text{Purines}}{\text{Phosphore}}$, permet de les assimiler à la crise de goutte, assimilation que justifient les conditions étiologiques d'apparition de ces accidents. L'épreuve du traitement achève cette démonstration. La médication antigoutteuse (colchique, salicylate) est, en effet, la meilleure à opposer à ces arthropathies; ses effets sont immédiats et souverains.

Un cas de rétrécissement total de l'isthme de la crosse aortique compliqué d'endocardite infectieuse. — MM. Loeper et Marchal présentent le cas d'une sténose totale de l'isthme aortique. Cliniquement, seuls apparaissaient les signes d'endocardite infectieuse avec insuffisance aortique. A l'autopsie : gros cœur, les sigmoïdes aortiques couvertes de bourgeons, étranglement total de la crosse à 1 millimètre au-dessous du ligament artériel. Les deux mammaires internes apparaissaient comme la voie de dérivation essentielle. Immédiatement au-dessus et au-dessous de la striction de la crosse, on n'a trouvé aucune lésion ni macroscopique, ni microscopique.

Myélite aiguë tuberculeuse secondaire à une carie latente des lames vertébrales avec abcès froid extradural. — MM. Marcel Garnier et Jean Cathala. Observation d'un cas de paraplégie aiguë survenue brutalement en pleine santé chez un homme de vingt-trois ans. La paralysie motrice avec anesthésie totale fut complète en treize jours; la mort arriva au trente-troisième jour par infection urinaire et escarres. L'autopsie montre, au niveau de D_6 et de D_7, un abcès extradural histologiquement tuberculeux, en rapport avec une carie superficielle des lames vertébrales, associé à des lésions inflammatoires et dégénératives de la moelle à prédominance cadorale. La lésion osseuse, d'ailleurs très limitée et superficielle, ne déterminait aucun trouble de la statique et des mouvements. L'élément diagnostic était fourni par la dissociation albumino-cytologique (albumine, 1g40; lymphocytes, 2 par millimètre cube) qui permettait d'éliminer le diagnostic de méningomyélite syphilitique ou gonococcique et devait faire penser à une compression de la moelle ou de ses enveloppes.

Diabète et traitement bismuthé. — M. Louis Bory, discutant l'hypothèse de l'origine syphilitique du diabète, rapporte le cas d'un diabétique qui, plus de seize ans après le début de sa glycosurie, contracte la syphilis, est traité par le mercure et l'arsenic intensivement sans que les signes diabétiques s'atténuent très sensiblement; après deux ans de cette thérapeutique, il est soumis à une seule cure bismuthée qui déclanche la guérison des phénomènes diabétiques.

Il pense que le bismuth en pareil cas n'a pu agir que de deux façons : soit par action propre remarquable (et à vérifier sur de nombreux cas) sur la cause encore inconnue du diabète, infection ou trouble du métabolisme hépatique; soit par action sur une hérédo-syphilis qui paraît exister dans le cas particulier et ne contredit pas, comme on le sait, l'apparition d'une syphilis acquise ultérieurement.

Maladie de Recklinghausen sans tumeurs des nerfs associée à une mélanodermie phtiriasique. — MM. A. Florand, P. Nicaud et P. Froment. Une malade de soixante-douze ans a présenté une maladie de Recklinghausen évoluant depuis une vingtaine d'années caractérisée par des tumeurs multiples de la peau et des taches pigmentaires.

Les tumeurs de la peau sont de petit volume. La tumeur majeure ou royale siège à la partie latérale du cou et est du volume d'une noisette. Elle a la consistance d'un raisin sans pépins. Les autres tumeurs sont dures, fibreuses, sous-cutanées ou intradermiques, localisées à la face, au cou, aux membres supérieurs et sur le thorax.

Les taches pigmentaires sont punctiformes ou très peu étalées, ne dépassant pas le diamètre d'un pois. Les premières forment une sorte de pigmentation lentigineuse qui couvre d'une ponctuation plus ou moins serrée la partie inférieure de la face, le cou et la face antérieure du thorax. Les secondes affectent autour du bassin et de l'abdomen une disposition métamérique en large ceinture.

Indépendamment de la teinte terreuse de la face, il existe une mélanodermie diffuse très marquée sur les parties du corps couvertes par les vêtements, n'atteignant pas les parties découvertes et qui est d'origine phtiriasique. Cette mélanodermie est ici associée à une forme de maladie de Recklinghausen qui pourrait rentrer dans le cadre des variétés décrites par M. Chauffard sous le nom de dermofibromatose pigmentaire.

Syndrome hémorragipare et purpurique au cours du traitement arsenical chez un sujet hémogénique et syphilitique. — MM. A. Florand, Nicaud et Froment. Une cinquième injection de 0,60 d'arsenobenzol provoque chez une femme de cinquante et un ans des accidents graves hémorragiques et purpuriques quelques heures après la piqûre. Le purpura cutané et muqueux a évolué favorablement en une vingtaine de jours avec des signes hématiques importants : anémie considérable à 2.580.000 avec poïkilocytose et anisocytose, quelques hématies nucléées et quelques hématies granuleuses, diminution très grande des hématoblastes (40.000), résistance globulaire diminuée, temps de coagulation normal, irrétractilité du caillot, temps de saignement très prolongé (soixante-cinq minutes), recherche du purpura provoqué négative, mais facilité à faire des ecchymoses au moindre traumatisme.

La malade avait présenté depuis longtemps des troubles menstruels, des épistaxis fréquentes, de la tendance à faire facilement des ecchymoses, et on peut penser qu'il s'agit d'un processus hémolytique toxique, surajouté à un état voisin de ceux étudiés par M. Emile Weill sous le nom d'hémogénie.

Diabète insipide traité par l'arsenobenzol. — M. Marcel Labbé relate le cas d'un homme de vingt-six ans, polydipsique et polyurique permanent à la dose de 3 à 4 litres par jour, chez qui il n'y avait aucun indice de lésion hypophysaire. En raison de quelques troubles oculaires, d'une névralgie du trijumeau, d'une bradycardie légère, d'un état de dépression générale et d'une lésion de la paroi postérieure de la selle turcique décelée par la radiographie, on institua

un traitement antisyphilitique. Or, dès le deuxième jour après la première injection de novarsenobenzol, la polyurie et la polydipsie cessaient pour ne plus reparaître. Un résultat si rapide peut-il être mis sur le compte du traitement spécifique?

Méningite cérébro-spinale (type B) soignée par sérothérapie massive (1.730 centimètres cubes) en vingt jours. Volvulus cæcal dans la convalescence. Opération. Guérison. — M. Thiroloix.

Intoxication oxycarbonée suivie de polynévrite et d'escarres scapulaire trochantérienne et lombo-sacrée. — MM. A. Florand, P. Nicaud et P. Fromlnt. Neuf jours après une intoxication oxycarbonée massive, une femme de cinquante-sept ans présente une polynévrite des membres inférieurs et des escarres unilatérales droites scapulaire trochantérienne et lombo-sacrée, celle-ci d'aspect sphacélique et très profonde. Les deux premières se sont cicatrisées assez rapidement. La troisième évolue depuis un mois très favorablement.

La polynévrite s'est montrée dès que la malade est sortie de son coma, mais les escarres ne se sont développées que trois jours après. Le liquide céphalo-rachidien était normal. Il existait des troubles psychiques antérieurement à l'intoxication.

L'authenticité de la polynévrite oxycarbonée est discutée par les expérimentateurs (MM. Claude et Lhermitte). Cependant, le sujet ne présente pas d'autre intoxication et les accidents ont débuté aussitôt après le coma oxycarboné.

L'unilatéralité des escarres est expliquée par la localisation aux points de pression des thromboses locales et de la gangrène consécutive.

Syphilis acquise chez l'enfant. — M. H. Grenet, Mme L. Honnoré et M. A. Jeanjean rapportent 15 cas de syphilis acquise chez des enfants dont l'âge varie de cinq mois à dix ans. Chez une fillette de dix ans, la syphilis est consécutive à un viol, sans doute par un ami de la mère, femme débauchée elle-même. Dans tous les autres cas, il s'agit d'une contamination extragénitale, d'origine familiale, due presque toujours à la mère qui, en période secondaire, ne prend aucune précaution et continue à soigner ses enfants. Dans une famille, 6 personnes sur 7 ont été atteintes, 1 enfant contaminée par sa sœur aînée, 2 fillettes et la mère par cette enfant, le père par la mère. La syphilis acquise de l'enfant se présente donc presque toujours comme une maladie d'ignorance et de malpropreté que des notions simples d'hygiène devraient faire éviter. Sa fréquence est assez grande pour qu'on la prenne en sérieuse considération, puisque sur 117 enfants syphilitiques, nous trouvons 15 syphilis acquises, soit une proportion de 12,82 p. 100.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA REVISION DE LA LOI SUR LES PENSIONS (ART. 64)

A la date du 21 juillet 1922, le président de la République a promulgué la loi dont la teneur suit :

L'article 64 de la loi du 31 mars 1919 est modifié comme suit :

« Les paragraphes 1er, 4, 5, 6, 7 dudit article sont abrogés et remplacés par les dispositions suivantes :

L'Etat doit à tous les militaires et marins bénéficiaires de la présente loi, leur vie durant, les soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques nécessités par la blessure ou la maladie contractée ou aggravée en service, et qui a motivé la pension.

Les bénéficiaires de la présente loi auront droit *au libre choix du médecin, du chirurgien et du pharmacien.*

Les frais des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques seront supportés par l'Etat.

Si l'hospitalisation est reconnue nécessaire, les malades pourront être admis, à leur choix, dans les salles militaires ou les salles civiles des hôpitaux de leur ressort ou dans les établissements privés agréés par la Commission tripartite départementale. A l'hôpital public, l'Etat paiera les frais de séjour au tarif des salles militaires ou des salles civiles de cet hôpital; à l'établissement privé, l'Etat paiera les frais de séjour au tarif des salles civiles de l'hôpital public le plus voisin dudit établissement.

Les frais de voyage nécessités par l'hospitalisation dans un établissement public ou privé et, en cas de décès, les frais de transport du corps au domicile seront à la charge de l'Etat, dans les conditions et limites que fixera le décret prévu ci-après.

Dans chaque département, une Commission composée de représentants de l'Etat, des associations de mutilés et des syndicats et associations médicaux et pharmaceutiques, assurera le contrôle des soins prévus aux paragraphes précédents.

Ces décisions seront susceptibles d'appel devant une Commission supérieure composée dans les mêmes conditions et qui siégera au ministère des Pensions.

Par dérogation à l'article 35 de la loi du 21 mars 1919, toutes les contestations auxquelles donnera lieu l'application de l'article 64 seront jugées en premier ressort par la Commission de contrôle du domicile de l'intéressé, et, en appel, par la Commission supérieure.

Un décret rendu sur la proposition du ministre de la Guerre et des Pensions et du ministre des Finances déterminera les tarifs des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, les conditions et limites de remboursement des frais de voyage et de transport, ainsi que la composition, les attributions et le fonctionnement des commissions de contrôle. »

LIVRES NOUVEAUX

Manuel d'hygiène du professeur Guiraud [4e édit.] (1), par le docteur Albert Gautié (de Toulouse).

Avec une véritable piété, M. Albert Gautié a préparé cette nouvelle édition de l'ouvrage de son maître disparu. Ce manuel n'a d'un manuel que la clarté et la bonne ordonnance, en réalité il devrait plutôt porter le nom de traité car il a été mis au courant de tous les travaux les plus récents. C'est dire qu'il ne s'adresse pas seulement aux étudiants mais à tous ceux qui à un titre quelconque ont à s'occuper d'hygiène. Nous sommes certains que cette nouvelle édition aura le même succès que les précédentes. L. G.

Les Appareils orthopédiques [*Monographies de l'Institut Rizzoli*] (2), par F. Delitala.

Ce petit ouvrage est le premier d'une série de monographies publiées par l'Institut Rizzoli de Bologne.

L'ouvrage est très clair et orné de nombreuses figures originales pour la plupart.

L'ouvrage comprend d'abord des généralités sur les appareils : indications, principes d'emploi et d'application, moulages, matériaux.

Ensuite sont passés en revue les appareils employés dans la tuberculose osseuse, puis dans la scoliose, les pseudarthroses, les paralysies, les déformations du membre inférieur, enfin des notions sur la chaussure orthopédique.

Au total, livre rempli de renseignements pour l'orthopédiste et aussi pour le médecin. M. LANCE.

RENSEIGNEMENTS

(1) 2 vol. in-8. — Prix 30 fr. — Paris. Masson et Cie.
(2) In-12 relié, 296 pages, 246 figures (en italien). — Bologne, L. Cappeli, édit.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. Gle D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Questions de garde d'accouchement, par Ch. GONNET, accoucheur des hôpitaux de Lyon, et H. BOUGET, ex-chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon. In-8, 1922. 192 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

N° 62. — MARDI 8 & JEUDI 10 AOUT 1922. 95e ANNÉE. MARDI 8 & JEUDI 10 AOUT 1922. — N° 62.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
Pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Grenoble. — Un concours s'ouvrira le 15 mars 1923, devant la Faculté de médecine de Lyon pour l'emploi de suppléant de pathologie expérimentale et bactériologie à l'Ecole préparatoire de médecine de Grenoble.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Nantes. — Des concours s'ouvriront, le 19 février 1923, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris :

1° Pour l'emploi de suppléant des chaires de médecine expérimentale : physiologie et bactériologie ;

2° Pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales ;

3° Pour l'emploi de suppléant de la chaire d'accouchements, à l'Ecole de médecine de Nantes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant la date d'ouverture de ces concours.

SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Un concours s'ouvrira à Marseille, le 20 novembre 1922, pour l'admission à quinze emplois de médecins aides-majors de 2e classe et à six emplois de pharmaciens aides-majors de 2e classe des troupes coloniales.

Les docteurs en médecine et pharmaciens de 1re classe admis à concourir devront remplir les conditions ci-après indiquées :

2° Etre nés ou naturalisés Français ;

2° Avoir moins de trente-deux ans au 1er janvier de l'année du concours ;

3° Avoir satisfait aux obligations de la loi de recrutement et avoir été reconnus aptes à servir activement dans l'armée, en France et aux colonies.

Cette aptitude sera constatée par un certificat d'un médecin militaire, du grade de médecin-major de 2e classe, au moins ;

4° Souscrire à l'engagement de servir, pendant six ans, dans le corps de santé des troupes coloniales, à partir de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe :

Les épreuves à subir sont les suivantes :

Pour les docteurs en médecine :

1° Composition écrite sur un sujet de pathologie générale ;

2° Examen clinique de deux malades, atteints, l'un d'une affection médicale, l'autre d'une affection chirurgicale ;

3° Epreuve de médecine opératoire, précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter ;

4° Interrogation sur l'hygiène.

Pour tous les détails, se reporter au *Journal officiel* du 4 août 1922, p. 8136 et 8137.

HOSPICE DÉPARTEMENTAL PAUL-BROUSSE. — Sont nommés :

A l'emploi de chef du laboratoire de radiologie : M. Lehmann (Pierre), candidat admis au concours ;

A l'emploi de chef du laboratoire du médecin en chef : M. Peyre (Edouard), candidat admis au concours ;

A l'emploi de chef du laboratoire de radiumlogie : Mme Laborde, née Frison, docteur en médecine, candidate admise au concours.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — *Médailles d'or.* — MM. les docteurs Franchi (d'Orléansville), Vaugien (de Mascara).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Cheylard (d'El-Affroun), Mandouil (de Saint-Cyprien-des-Attafs), Mounot (de Nédroma).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Muzac (de Boghar), Miquel-Maille (d'Arzew).

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Nous sommes heureux d'apprendre que notre excellent confrère, M. Cabanès, directeur de la *Chronique médicale*, vient d'être élu membre de l'Académie royale de médecine de Belgique dans la section des correspondants étrangers.

INSTITUT DE MÉDECINE LÉGALE ET DE PSYCHIATRIE. — Tous les cours et conférences ont lieu l'après-midi ; la présence des élèves y est obligatoire.

MÉDECINE LÉGALE. — *Cours théorique de médecine légale.* — Ce cours sera professé les lundis, mardis, mercredis, vendredis et samedis, de 6 heures à 7 heures, pendant le semestre d'hiver :

1° Médecine légale, toxicologie et déontologie, par M. le professeur Balthazard et M. Duvoir, agrégé;

2° Législation et jurisprudence médicales, par M. le professeur X..., de la Faculté de droit.

Cours d'accidents du travail et maladies professionnelles. — Accidents du travail et maladies professionnelles (lois des 9 avril 1898 et 25 octobre 1919), par M. le professeur Balthazard, assisté d'agrégés, de médecins et chirurgiens des hôpitaux, tous les jours, de 6 heures à 7 heures (pendant les mois de mars et avril).

Cours pratiques. — 1° Autopsies à l'Institut médico-légal (place Mazas), pendant le semestre d'hiver, de 1 h. 1/2 à 3 heures : le samedi, par M. le professeur Balthazard; le mardi, par M. le docteur Duvoir, agrégé; le jeudi, par M. le docteur Dervieux, chef des travaux.

Pendant le semestre d'été, les élèves procéderont eux-mêmes aux autopsies et seront exercés à la rédaction des rapports, les mêmes jours aux mêmes heures;

2° Travaux pratiques de médecine légale (applications des méthodes de laboratoire à la pratique médico-légale), les jeudis, de 3 heures à 4 h. 1/2, sous la direction de M. le docteur Dervieux et de M. Piédelièvre, chef de laboratoire (semestre d'été);

3° Travaux pratiques de toxicologie, sous la direction de M. Kohn-Abrest, chef des travaux toxicologiques, au laboratoire de toxicologie, à l'Institut médico-légal, tous les mardis, de 3 heures à 4 h. 1/2 (semestre d'été);

4° Expertises d'accidents du travail, sous la direction de M. le professeur Balthazard, assisté de MM. les docteurs Duvoir et Dervieux, le samedi à trois heures (laboratoire de médecine légale, à l'Institut médico-légal).

PSYCHIATRIE. — *Cours de pathologie mentale.* — M. le professeur H. Claude fera tous les jeudis, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), une leçon de pathologie mentale avec présentation de malades (semestre d'hiver).

Cours de clinique psychiatrique. — Le cours aura lieu tous les lundis, à 9 h. 1/2, à la clinique des maladies mentales, asile Sainte-Anne. Les élèves pourront également suivre les polycliniques de M. le professeur H. Claude, les mercredis et samedis matin.

Cours de psychiatrie médico-légale. — M. le professeur H. Claude fera pendant le mois de mars un cours de psychiatrie médico-légale, à la Faculté de médecine, les mardis, jeudis et samedis, à cinq heures.

Examen des malades et rédaction de rapports. — MM. Brousseau et Ceillier, chefs de clinique, dirigeront ces exercices à la clinique des maladies mentales, asile Sainte-Anne, tous les mercredis, de 3 h. 1/2 à 5 h. 1/2.

Conditions d'admission aux cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie. — Les docteurs en médecine français et étrangers, les étudiants en médecine français et étrangers (titulaires de seize inscriptions) sont admis à suivre les cours et conférences de l'Institut de médecine légale et de psychiatrie, après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à 3 heures. Les titres et diplômes et de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, doivent être produits au moment de l'inscription.

Les droits à verser sont : 1 droit d'immatriculation, 20 francs; 1 droit de bibliothèque, 10 francs; 4 droits trimestriels de laboratoire à 100 francs, soit 400 francs; 1 droit d'examen, 100 francs.

FONDATION CURIE. — ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE (1922, 25e année). — Le docteur A. Béclère, médecin honoraire des hôpitaux, commencera, le lundi 16 octobre, à 9 heures du matin, à l'Institut du radium, 1, rue Pierre-Curie (Ve), et continuera les jours suivants, à la même heure, une série de conférences sur les *premières notions de radiologie médicale indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.*

Lundi 16 octobre. — L'énergie radiante.

Mardi 17 octobre. — Les rayons cathodiques et le rayonnement de Rœntgen.

Mercredi 18 octobre. — Les propriétés du rayonnement de Rœntgen.

Jeudi 19 octobre. — Les modes de mesure du rayonnement de Rœntgen.

Vendredi 20 octobre. — L'énergie électrique.

Samedi 21 octobre. — Les mesures électriques.

Lundi 23 octobre. — Les générateurs et les transformateurs d'énergie électrique.

Mardi 24 octobre. — Les interrupteurs et les rhéostats.

Mercredi 25 octobre. — Les dynamos et les courants alternatifs.

Jeudi 26 octobre. — Les ampoules de Rœntgen à air raréfié.

Vendredi 27 octobre. — Les ampoules de Rœntgen à vide.

Samedi 28 octobre. — La technique de la radioscopie.

Lundi 30 octobre. — Les images de Rœntgen.

Mardi 31 octobre. — La technique de la radiographie.

Jeudi 2 novembre. — Les bases physiques de la radiothérapie.

Vendredi 3 novembre. — Les bases biologiques de la radiothérapie.

Samedi 4 novembre. — La technique de la radiothérapie.

COURS DE VACANCES DE CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE. — Dans son service de l'hôpital des enfants de Bordeaux, le Dr Rocher, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux, fera du 16 au 21 octobre 1922, une série de conférences pratiques sur la chirurgie infantile et l'orthopédie; conférences accompagnées de démonstrations (projections, radiographies, présentation de pièces anatomo-pathologiques et de malades).

Pendant cette période, seront pratiquées la plupart des opérations courantes en chirurgie infantile et orthopédie. Des exercices pratiques : (examen de malades, application d'appareils plâtrés, ponctions et injections dans les tuberculoses articulaires et ganglionnaires, etc.) seront faits par les médecins inscrits sous sa direction.

Cet enseignement aura lieu tous les jours : le matin à l'hôpital des enfants, de 8 h. 1/2 à 11 h. 1/2; l'après-midi à sa clinique, 28, rue du Teich, de 2 h. 1/2 à 5 h.

Prière de s'adresser, pour tous renseignements et pour l'inscription (gratuite), à M. Aubertin, interne à l'hôpital des enfants. Cours de l'Argonne, Bordeaux.

PROGRAMME. — *Lundi 16 octobre.* — 8 h. 1/2 : Chirurgie infantile : opérations; — 2 h. 1/2 : Fractures, décollements, luxations.

Mardi 17. — 8 h. 1/2 : Malformations congénitales : crâne, face, cou, tube digestif et appareil génito-urinaire; — 2 h. 1/2 : Présentation de malades guéris ou en traitement.

Mercredi 18. — 8 h. 1/2 : Orthopédie sanglante. Opérations : pied bot, genu valgum, etc.; — 2 h. 1/2 : Les infections ostéo-articulaires aiguës et chroniques de l'enfance : rachitisme.

Jeudi 19. — 8 h. 1/2 : scoliose : méthode d'Abott; — 2 h. 1/2 : Les déviations vertébrales, congénitales, rachitiques de l'adolescence; paralytiques. Les tumeurs blanches.

Vendredi 20. — 8 h. 1/2 : Orthopédie non sanglante : mal de Pott, luxation congénitale, coxalgie : application d'appareils plâtrés; — 2 h. 1/2 : Les pieds bots congénitaux et acquis.

Samedi 21. — 8 h. 1/2 : Faculté de médecine. Technique opératoire : (greffe ostéopériostique, greffe d'Albee, arthroplasie, ténoplastie, etc.); — 2 h. 1/2 : Présentation de malades guéris ou en traitement. La luxation congénitale de la hanche.

A PROPOS

DES

NODOSITÉS JUXTA-ARTICULAIRES

Par le docteur F. DE QUERVAIN,
Professeur de clinique chirurgicale à l'Université de Berne.

Le numéro 46 de cette année, de la *Gazette des hôpitaux* (13 et 15 juin) contient un article fort intéressant sur les nodosités juxta-articulaires syphilitiques, article publié par les professeurs A. Cange et R. Argaud, de la Faculté de médecine d'Alger. Cet article donne la relation détaillée d'un cas de nodosités survenu chez une femme de cinquante-cinq ans, un an et demi après une infection syphilitique avérée en même temps que des manifestations classiques de cette infection. Cette observation, ainsi qu'un premier cas publié par les mêmes auteurs dans le dernier numéro de décembre du *Paris médical* de 1921, fournissent un appui très important, sinon décisif, à la théorie de l'origine syphilitique des nodosités juxta-articulaires. Les remarques de MM. Cange et Argaud, au sujet de la modeste part que nous avons prise à ce débat, nous engagent à nous y mêler encore une fois.

Nous avons envisagé et discuté nous-même l'origine syphilitique de cette affection dans une communication faite, le 4 mars 1920, à la Société médicale de Berne à l'occasion du premier cas de nodosités juxta-articulaires observé en Europe, et dans lequel le Wassermann constamment et fortement positif et le résultat de l'examen histologique des nodosités nous avaient paru rendre cette origine probable. Nous désignâmes alors cette affection du nom de « nodosités fibro-gommeuses ». Le résumé succinct de cette communication parut dans la *Schweiz. medizinischen Wochenschrift* (15 juillet 1920, n° 29). Il n'existait, au moment de notre communication, aucun fait positif dans la bibliographie médicale, démontrant la nature syphilitique des « nodosités ». Les travaux importants de Gougerot, Burnier et Bonnin (mai 1920), de Poupelain et de Montel (séance du 7 juillet 1920) et les articles décisifs de Foley et Parrot (séance du 10 novembre 1920), de Cange et Argaud (décembre 1921), de Nogue (mars 1921) sont tous postérieurs à la date du 4 mars 1920. Ceci pour nous décharger du reproche que nous font MM. Cange et Argaud, d'avoir été « mal servi par nos connaissances bibliographiques ». Notre mémoire, pour la publication duquel, nous attendions l'évolution ultérieure du cas, ne fut remis à la rédaction du *Lyon chirurgical* que le 12 mai 1921. Nous avions omis, il est vrai, d'y rappeler la date de notre communication du 4 mars 1920, nous contentant de renvoyer au compte rendu de cette séance, dans l'annexe bibliographique de notre travail (1).

Loin de nous, la pensée de méconnaître le caractère beaucoup plus décisif des observations de MM. Foley et Parrot, Cange et Argaud, et Nogue. Notre observation personnelle est la première, toutefois, qui fasse sortir cette affection du cadre de la pathologie exotique, et il nous paraît intéressant qu'elle ait été également l'une des premières — la première d'après la date de sa communication — ayant permis de lui supposer nettement une origine syphilitique.

Je renvoie le lecteur, pour ce qui concerne les réserves dont j'avais entouré cette interprétation, à mon travail original, et je me borne ici à insister sur le détail histologique que voici : Les différences existant entre les constatations histologiques faites par les différents auteurs paraissent provenir, avant tout, de l'âge respectif des nodosités. Voilà pourquoi MM. Cange et Argaud constatent une abondante infiltration par des « plasmazellen » et la présence de cellules géantes, tandis que dans notre cas le tissu fibreux était prédominant. L'affection ne remontait, en effet, qu'à quatre ans et demi chez la malade de MM. Cange et Argaud, et à vingt-cinq ans chez notre malade. Le résultat final paraît être, dans tous les cas, la formation d'une espèce de coque fibreuse contenant un noyau de tissu fibreux nécrosé. Notre observation personnelle a confirmé ainsi, par avance, les conclusions auxquelles arrivent MM. Cange et Argaud. Les nodosités juxta-articulaires sont, pour le tissu conjonctif, des bourses muqueuses surtout, ce qu'est l'hyperostose syphilitique multiple pour le système osseux. C'est cette analogie qui nous fit présenter en mars 1920, en parallèle avec notre cas de « nodosités », une femme atteinte depuis cinq ans d'hyperostoses syphilitiques multiples, seule manifestation d'une syphilis ignorée jusque-là. Nous pensons, ainsi que nous le disions dans notre travail, que des faits semblables jettent une lumière intéressante sur la pathologie des lésions syphilitiques, et nous sommes heureux de constater que notre interprétation presque intuitive du seul cas observé par nous a été confirmée si rapidement par des faits plus précis et plus nombreux.

(1) Les travaux de Poupelain, Montel, Foley et Parrot ne se trouvent mentionnés dans les sources bibliographiques qui nous étaient accessibles qu'en avril et juillet 1921, c'est-à-dire après la rédaction définitive de notre manuscrit. Nous regrettons vivement de ne les avoir pas connus avant l'expédition de celui-ci.

HÉMIPLÉGIE CÉRÉBRALE INFANTILE

ET HÉMIANOPSIE

PAR MM.

L. BABONNEIX
Médecin de l'hôpital de la Charité.

et

G.-L. HALLEZ
Chef de clinique à l'hospice des Enfants-Assistés.

L'hémianopsie, au cours de l'hémiplégie cérébrale infantile, a été signalée pour la première fois par Freud en 1889 et ensuite par Vogt.

Les observations de ce genre n'abondent pas; aussi croyons-nous intéressant de rapporter celle d'un enfant de deux ans, suivi par nous pendant quelques mois; elle prouve, ainsi que l'avait noté Vogt, que dans l'hémiplégie infantile d'origine encéphalique, les lésions ne se cantonnent pas toujours aux centres rolandiques.

B... (Gilbert), né le 2 mars 1920. C'est un troisième enfant, né à terme, pesant 3kg730 après une grossesse normale. L'accouchement s'est accompli sans incident, et l'enfant a respiré de suite; il n'était pas cyanosé. Les deux aînés sont bien portants. A noter : une fausse couche de deux mois et demi en 1914.

Père bien portant; la mère est actuellement en bonne santé, mais « très nerveuse ».

Nourri au sein jusqu'à un an, a présenté pendant les premiers mois des vomissements habituels presque après chaque tétée et de la diarrhée commune à plusieurs reprises.

En septembre 1920, à l'âge de six mois, convulsions localisées d'abord à la face avec secousses des globes oculaires, durant quelques secondes. Tous les trois mois environ,

depuis cette époque, réapparition de petites convulsions toniques, puis cloniques.

En octobre 1921, à l'âge de dix-sept mois, convulsions généralisées, violentes avec fièvre élevée, s'accompagnant de cris, se renouvelant fréquemment pendant une quinzaine de jours; la mère a remarqué que le côté gauche était particulièrement le siège de mouvements cloniques accentués.

Quinze jours environ après le début de cette série, on constate que l'enfant a le côté gauche paralysé. (Paralysie flasque tout d'abord.)

Nous examinons le petit malade pour la première fois le 26 janvier 1922 :

Enfant de vingt-deux mois pesant 8kg900. Très léger degré d'hydrocéphalie, avec fontanelle antérieure oblitérée, front olympien; aspect classique de l'hémiplégie infantile à la période de contracture avec participation du facial inférieur gauche; le bras gauche collé au corps, l'avant-bras fléchi en pronation et en flexion forcées, la main déviée vers le bord



Fig. 1.

cubital, les doigts étendus. Pas d'inclinaison de la tête, mais rotation presque continue vers le côté sain, à droite. Le membre inférieur gauche, moins atteint, est en extension, léger degré de pied bot varus équin. Atrophie musculaire du côté gauche sans diminution appréciable de la longueur. Exagération des réflexes tendineux et signe de l'éventail. Pas de mouvements athétosiques, mais les mouvements volontaires du membre supérieur gauche sont des plus difficiles et maladroits. Marche impossible.

Déficit intellectuel marqué, l'enfant grogne et n'a aucune tendance à prononcer des sons articulés; la bouche est presque continuellement ouverte; il bave.

Dimorphisme dentaire.

Auscultation du cœur et des poumons normale, rate non accessible, pas d'adénopathie, pas de troubles digestifs.

Ce qui frappe particulièrement l'attention lorsqu'on observe le petit malade, c'est que la tête est presque constamment déviée vers la droite, même lorsqu'il regarde un objet placé en face de lui, et que les yeux sont déviés du même côté.

Le docteur Dupuy-Dutemps qui veut bien pratiquer un examen ophtalmologique nous communique la note suivante :

Pas de lésion du fond de l'œil.

Réflexes pupillaires conservés.

Les yeux, dans les conditions normales, restent constamment déviés vers la droite, sans que la pupille dépasse jamais, vers la gauche, la ligne médio-palpébrale. Il n'y a pas cependant de paralysie des mouvements vers la gauche; car, lorsqu'on examine l'enfant en plaçant un blépharostat ou lorsqu'il se défend en fermant ses paupières qu'on écarte de force, on voit les yeux se diriger vers la gauche avec l'amplitude normale.

On ne peut pas mettre en évidence une hémianopsie gauche, mais il est possible qu'elle existe et que s'explique par là, la déviation habituelle des yeux vers la droite.

L'enfant ne réagit pas et ne regarde pas dans la direction de la lumière et ne tourne pas la tête dans cette direction lorsque la lumière est à gauche. Il dirige, au contraire, son regard et tourne la tête vers la lumière quand elle est placée à sa droite.

Soumis d'abord à un traitement mercuriel dont nous n'avons pu préciser la durée ni le mode d'administration, le petit malade ne paraît faire aucun progrès.

Ponction lombaire, 25 janvier 1922 : Liquide limpide, hyperalbumineux ; 0g70 par litre, lymphocytose légère :



Fig. 2.

quatre éléments par millimètre cube à la cellule de Nageotte, réaction de Hecht positive.

De février à juillet 1922, l'enfant a été soumis au traitement arsenical : 1g80 de sulfarsenol en deux séries d'injections sous-cutanées.

En mars, deux convulsions cloniques généralisées; action bienfaisante du gardenal.

En mai, coqueluche avec retour de petites convulsions.

En juillet 1922 : diminution nette des contractures et amélioration très marquée des mouvements volontaires du membre supérieur gauche.

L'enfant est plus éveillé, ne bave plus et esquisse des mouvements de marche presque normale à droite et à gauche.

Poids : 9kg900.

La réaction de Bordet-Wassermann et la réaction de Hecht sont négatives.

En dehors de l'amélioration consécutive au traitement par le sulfarsenol, cette observation assez banale d'hémiplégie cérébrale infantile présente cependant la particularité intéressante, de s'accompagner très probablement d'une hémianopsie latérale homonyme gauche expliquant la déviation du regard vers la droite, pour utiliser la moitié droite du champ visuel restée seule intacte.

Quant à préciser si cette hémianopsie est *basale*

(par lésion de la bandelette, optique droite) ou *intermédiaire* (par lésion des centres optiques primaires), ou enfin *cérébrale* proprement dite, ceci paraît plus difficile.

Les symptômes associés invitent à penser que cette hémianopsie est vraisemblablement due à des lésions de méningo-encéphalite assez diffuses pour atteindre les radiations optiques de Gratiolet ou l'écorce du lobe occipital dans la région cunéenne; leur origine spécifique ne semblant pas douteuse.

LA SURMORTALITÉ

DANS UN DÉPARTEMENT FRANÇAIS

Par le docteur Louis DESCLAUX (1).

Ancien interne des hôpitaux, Médecin des Prisons de Nantes, Membre du Conseil central d'hygiène de la Loire-Inférieure.

L'étude de la surmortalité dans le département de la Loire-Inférieure et de ses causes implique la connaissance de la mortalité moyenne connue en France pendant les trois années qui ont précédé le recensement de 1921.

Durant cette période, la mortalité moyenne a été de 1,72 pour 100 habitants; en d'autres termes, sur 1.000 Français il en est décédé environ 17 par an, en 1918, 1919 et 1920.

Il y a surmortalité lorsque le nombre de décès pour 100 habitants est supérieur à la moyenne : 1,72.

Pour établir le pourcentage de la mortalité dans la Loire-Inférieure, on s'est servi des chiffres du recensement de 1911, donnant une population globale de 654.613 habitants, plus dense par conséquent que la population actuelle qui compte 649.691 habitants, d'après le recensement de 1921, mais dans lequel ne sont compris que les habitants du département.

En réalité, le nombre des décès constatés vise non seulement les habitants du département, mais aussi les étrangers qui ont séjourné dans notre région en 1918 et pendant les premiers mois de 1919 (réfugiés des régions envahies, indigènes, travailleurs coloniaux, prisonniers de guerre) et les militaires décédés des suites de maladies contractées aux armées. Nous devons signaler, également, que la mortalité dans les stations balnéaires et climatiques comprend le chiffre global des décès sans qu'il soit fait une discrimination entre la population indigène et les étrangers.

La mortalité de ces stations sera toujours plus élevée que la moyenne, puisque la population temporaire apporte son quotient à la mortalité et n'est pas comptée dans le recensement de la population.

Notons au sujet des stations balnéaires et climatiques que le tout-à-l'égout, facile à appliquer aux grandes agglomérations, devient ici impraticable. La population agglomérée des stations balnéaires et climatiques est, en effet, insignifiante; la population balnéaire est, au contraire, dispersée sur toutes les côtes; aussi, pratiquement et économiquement, est-il impossible de faire construire des égouts.

Pratiquement, parce que leur direction devrait être parallèle à la mer, par conséquent horizontale, ce qui les rendrait inutilisables.

(1) Rapport au Conseil central d'hygiène et de salubrité de la Loire-Inférieure sur la surmortalité dans ce département et ses causes, par le docteur Louis Desclaux ; au nom d'une Commission composée des docteurs Dorain, Louis Fortineau, Desclaux, et de M. Michelat, vétérinaire départemental.

Economiquement, parce que leur longueur occasionnerait des dépenses beaucoup trop considérables.

La meilleure solution consisterait à installer une prise d'eau centrale et de réglementer l'établissement de fosses d'aisance étanches dans chaque maison.

Quoi qu'il en soit, la méthode employée pour établir le pourcentage de la léthalité dans la Loire-Inférieure a surélevé le chiffre de la mortalité.

La majoration des décès dans tout le département sur la mortalité moyenne en France est de 2,221 en 1918, de 1,97 en 1919 et seulement de 1,729 en 1920. Mais l'augmentation de la léthalité n'est pas conditionnée uniquement par l'augmentation de la population qui a coïncidé avec la fin de la guerre. Si l'on examine les maladies qui ont occasionné les décès dans les communes les plus frappées, on remarque le nombre considérable des décès par tuberculose. Les maladies d'origine hydrique, au contraire, ne comptent que pour une faible proportion, et la grippe, pourtant si meurtrière en 1918, est inférieure même dans la période la plus grave de l'épidémie à la mortalité due à la phtisie.

La vaccination antityphoïdique, pratiquée systématiquement pendant la guerre sur une population militaire comprenant des hommes de dix-huit à quarante-huit ans, l'aménagement du tout-à-l'égout, les précautions prises pour avoir une eau potable ont contribué à diminuer dans une large mesure les affections d'origine hydrique, notamment la fièvre typhoïde.

Rien de semblable n'a pu être fait contre la préservation de la tuberculose qui forme, malheureusement, avec le péril alcoolique et le péril vénérien, un des trois grands fléaux de l'humanité.

Notons, à propos des maladies vénériennes, que beaucoup d'affections d'origine syphilitique : cardiopathies, néphrites, hémorragies cérébrales, lésions médullaires, sont comprises dans les statistiques de plusieurs communes. Par contre, il n'y est pas fait mention de la syphilis initiale dont relève la plupart de ces maladies et qui est un facteur important de surmortalité.

Voici la mortalité par tuberculose comparée à la mortalité globale, ainsi qu'à celle due aux maladies d'origine hydrique et à la grippe dans les communes où la surmortalité est élevée :

A Nantes, sur les 7.023 décès des quatre dernières années, 1.882 ont été occasionnés par la phtisie, sans compter les autres formes de la tuberculose, c'est-à-dire plus du quart total des décès : 1 Nantais sur 4 est tué par cette seule maladie. La fièvre typhoïde a causé 118 décès, soit environ 1/600 ; sur 600 Nantais, 1 est donc tué par cette maladie. Quant à la grippe, elle a occasionné 754 décès.

A Saint-Nazaire, il y eut 2.545 décès en trois ans, y compris 98 militaires : nous notons 439 décès par tuberculose pulmonaire, 128 par la grippe, 27 par la fièvre typhoïde.

A Ancenis, en trois ans : 133 décès, dont 38 par tuberculose, 37 par grippe et 3 par fièvre typhoïde.

A Châteaubriant, en trois ans : 165 décès parmi lesquels 57 par tuberculose, 2 par fièvre typhoïde et 16 par dysenterie.

Ce qui donne pour ces trois dernières communes un pourcentage de mortalité par tuberculose se rapprochant sensiblement de celui de Nantes, bien que légèrement inférieur.

Paimbœuf, au contraire, sur 203 décès en trois

ans, compte seulement 26 décès par tuberculose et 3 par fièvre typhoïde.

A Rezé, sur 151 décès en trois ans, 78 sont dus à la phtisie, 32 à la grippe et 3 à la fièvre typhoïde. Notons la présence à cet endroit, pendant la guerre, de nombreux travailleurs coloniaux.

A Couëron : 138 décès en quatre ans, 54 par tuberculose, 8 par dysenterie, 2 par fièvre typhoïde.

A Trignac : 424 décès en quatre ans, 68 par tuberculose pulmonaire, 7 par tuberculose méningée, 7 par tuberculose osseuse ou viscérale, soit en quatre ans, un total de 82 décès par tuberculose sous ses diverses formes. Remarquons, en outre, 21 cas de mort violente.

L'examen des communes rurales sans agglomération ouvrière montre qu'elles ne sont pas épargnées.

A la Chapelle-Basse-Mer, 27 décès en trois ans, dont 15 par tuberculose pulmonaire.

A Vertou, 82 décès en trois ans, dont 32 par tuberculose pulmonaire.

A Oudon, 5 décès en trois ans, tous causés par la tuberculose.

Au Bignon, 9 décès en trois ans, dont 7 par tuberculose.

A Saint-Joachim, où la population est à la fois ouvrière et rurale, il y a eu 56 décès en trois ans, dont 19 par phtisie, 13 par pneumonie ou bronchopneumonie et 24 par suite d'épidémie de diphtérie particulièrement grave dans un pays demeuré ignorant des règles de l'hygiène moderne.

A la Turballe, 49 décès en trois ans, 14 par tuberculose pulmonaire, 7 par tuberculose méningée, 6 par tuberculose osseuse ou viscérale, soit un total de 27 décès par tuberculose sur la mortalité globale. A la Turballe, un habitant sur 2 est tué par la tuberculose.

Une alimentation défectueuse, l'absence d'hygiène d'une partie de la population, formée de pêcheurs, en sont les principales causes.

Legé fournit un exemple de la contamination d'une population rurale où la tuberculose était rare avant 1914. Pendant la guerre le Service de santé y installa un sanatorium. Malgré toutes les précautions prises par l'autorité militaire, la tuberculose ne tarda pas à se propager, et sur 255 décès en trois ans, 51 sont consécutifs à la phtisie.

Au Loroux-Bottereau, à Saint-Gildas-des-Bois, à Clisson, au Croisic, la surmortalité élevée est encore due à la tuberculose, mais il faut faire intervenir aussi les hôpitaux de vieillards et les communautés dont la population est étrangère à ces communes et compte malgré cela dans le chiffre global des décès.

Carquefou est une des rares communes du département peu éprouvées : sur 233 décès en quatre ans, on note seulement 10 décès occasionnés par la tuberculose. Il y a eu 17 décès par la grippe, 16 par la fièvre typhoïde et 46 par la coqueluche.

Carquefou est une des localités où l'Assistance publique et les particuliers placent beaucoup d'enfants en nourrice; aussi la mortalité par coqueluche y est-elle plus élevée qu'ailleurs.

L'énoncé ci-dessus n'est qu'un exposé de faits, qui comporte cependant des conclusions intéressantes :

Examinant les conditions qui régissent le développement de la tuberculose dans notre département, nous constatons que l'alcoolisme, si répandu dans la population ouvrière et rurale, exerce une action incontestable : c'est l'antichambre de la tuberculose.

La mauvaise alimentation qui rend l'organisme plus réceptif à l'égard du bacille de Koch dépend directement de l'alcoolisme, puisque tout l'argent du ménage va au cabaret.

Toutefois, le logement insalubre et le surpeuplement de l'habitation sont des facteurs encore plus intensifs de bacillose.

La tuberculose est, en effet, et avant tout, la maladie de l'obscurité : la lumière représente un des agents physiques qui influencent le plus le bacille.

Lorsque l'on expose des tubes de culture de tuberculose à la lumière solaire, les bacilles sont plus ou moins rapidement détruits. Les cultures sont-elles laissées à la lumière des laboratoires ou même à la lumière diffuse, la virulence du bacille est extrêmement diminuée.

Aussi nous savons tous que pour obtenir des cultures de tuberculose on est obligé de mettre un voile noir qui maintienne les tubes de culture dans une obscurité absolue.

Un logement infecté par la tuberculose est donc peu dangereux lorsque le soleil y pénètre; sa nocivité est indiscutable s'il reste obscur.

C'est pourquoi à Nantes, à Saint-Nazaire, à Trignac, à Couëron, par exemple, la tuberculose sévit dans certaines demeures. C'est pourquoi le logement insalubre occupe une place prépondérante dans la prophylaxie de la tuberculose.

A Nantes, il existe de véritables îlots de maisons contaminées où chaque habitation est dépourvue des réserves d'air et de lumière indispensables à un logement salubre. Dans le premier canton, les maisons de la rue du Marchix, de la rue Saint-Similien en fournissent de nombreux exemples. Il y a de véritables « abattoirs » détruisant des familles entières et cela depuis des années.

La plupart des rues de Nantes sont mal dirigées et surtout trop étroites, bordées de maisons trop hautes.

Au point de vue de l'hygiène, en effet, la direction qui assure le mieux l'ensoleillement des maisons est la direction Nord-Sud; la plus mauvaise, au contraire, est la direction Est-Ouest, puisque les maisons de tout un côté sont exposées vers le Nord. Les principales voies de communication de Nantes : rue du Calvaire, rue Crébillon, rue Voltaire, rue d'Orléans, rue de la Barillerie, etc., pâtissent de la seconde alternative.

Il en résulte qu'une grande partie des maisons, tout au moins dans leurs étages inférieurs, ne reçoivent jamais un rayon de soleil.

En outre, pour assurer des réserves d'air et de lumière à chaque habitation, il faudrait que la largeur des rues égalât au moins une fois et demie la hauteur des maisons. Or, dans la plupart des quartiers, la hauteur moyenne des maisons de Nantes est de 15 à 20 mètres, alors que la largeur des rues varie de 10 à 15 mètres.

Nous avons souvent été frappé des conséquences de cet état de choses en constatant dans une même rue la fréquence de la tuberculose aux étages inférieurs, alors que les étages supérieurs étaient souvent épargnés. Les fenêtres des étages inférieurs de certaines rues, la rue Kervégan, la rue de la Fosse, par exemple, donnent dans de véritables boyaux; les habitants y respirent un air impur et sont constamment privés de soleil.

A Trignac, dans certains quartiers de Saint-

Nazaire et à Couëron, où les rues sont étroites, les cours et les courettes très petites, les habitations n'ont souvent qu'une fenêtre pour éclairer plusieurs pièces, d'où surmortalité élevée par tuberculose, conditionnée par les faibles réservoirs d'air et de lumière de chaque habitation.

Au contraire, à Paimbœuf, à Carquefou, la mortalité par tuberculose est faible par suite de la bonne aération et de l'ensoleillement des maisons.

La fréquence des décès par tuberculose nous semble devoir motiver les mesures suivantes :

1° Nécessité de faire l'éducation antialcoolique et antituberculeuse de la population, dans les cercles, à la caserne, par les ligues, les sociétés, les conférences;

2° Rappeler que toute maladie des voies respiratoires provoquant la toux et les crachats est contagieuse, que tout malade qui crache répand les germes de la maladie et de la mort et qu'il faut toujours cracher dans un liquide antiseptique, de l'eau de Javel par exemple;

3° La tuberculose étant la maladie de l'obscurité, favoriser la création de logements salubres et lutter contre le surpeuplement du logis;

4° Application stricte des règlements sanitaires des communes qui doivent être rappelés à plusieurs reprises à MM. les Maires;

5° Réduction du nombre des débits et application stricte des règlements les concernant;

6° Nécessité de faire le nettoyage humide des édifices publics (théâtres, mairies, gares, etc.), l'Etat devant donner l'exemple en matière d'hygiène.

ACTUALITÉS

LE MYSTÈRE DU BACILLE TUBERCULEUX

Si j'en crois les lettres que j'ai reçues, un article que j'écrivais récemment : *Savons-nous ce qu'est la tuberculose ?* (1) a provoqué un petit scandale, pour le motif que je concluais par la négative. Cela pourtant est de toute évidence, mais persoune n'ose l'avouer publiquement. Qui pense-t-on tromper ? Pas la clientèle assurément, qui se rend bien compte de nos incertitudes et de notre désarroi. Pas le médecin non plus, qui chaque jour se heurte à de nouvelles difficultés. Sans doute, l'hypothèse de l'allergie lui procure l'illusion de mieux se figurer l'évolution et les modalités de la tuberculose, mais rien autre, parce que l'interprétation en est verbale et obscure et se heurte parfois à la contradiction des faits. Cliniquement, sans les rayons X, nous ne serions pas beaucoup plus avancés qu'au temps de Laënnec; thérapeutiquement, nous continuons de tourner en rond dans l'empirisme, et, scientifiquement, depuis Villemin et Koch, nous nous débattons au milieu de mystères que nous essayons en vain de dissiper à l'aide de mots.

Car presque tout, dans la tuberculose, demeure mystérieux. Quand Robert Koch eut découvert, en 1882, le bacille spécifique, on fut d'accord pour estimer que des progrès considérables, dans la connaissance réelle et le traitement de la maladie, allaient rapidement s'en suivre. Une foule énorme de chercheurs, aussi remarquables par leur ingéniosité que par leur patience et leur ténacité, se mit à la besogne et les plus savantes publications s'accumulèrent presque à l'infini. A quoi a abouti cet énorme labeur ? Avouons-le franchement : nous ne savons encore que fort peu de choses du bacille tuberculeux. Ce n'est pas à dire que tant de travaux aient été inutiles. Loin de là, mais il n'en ressort, jusqu'à présent, que des notions confuses et parfois décourageantes. Un bref examen va nous renseigner à cet égard.

* * *

Considérons, par exemple, le virus de la tuberculose au point de vue taxinomique. On l'a d'abord rangé parmi les bactériacées, protistes végétaux plus ou moins apparentés aux algues. Koch, en particulier, le rapprochait de la bactéridie charbonneuse, à cause de la présence de parties claires qu'il assimilait à des spores. Mais des études plus précises ont détaché peu à peu le bacille tuberculeux des bactériacées proprement dites. C'est la morphologie surtout, et aussi quelques réactions histochimiques, qui plaident en faveur de ce détachement. Straus déjà était surpris des filaments d'aspect mycélien que l'on observe parfois dans les vieilles cultures et les crachats, et Klein n'hésitait pas à comparer les ramifications de ces filaments aux hyphes d'un mycelium. Sanfelice, Coppen-Jones, Frömme ont observé, dans les lésions produites par des injections de culture d'oospora (discomycètes), des microbes qui, sous le rapport morphologique, se montrent identiques aux bacilles de Koch. Babès et Levaditi, chez des lapins inoculés, ont vu que les bacilles tuberculeux se disposent en amas, avec, au centre, un mycelium ramifié et, à la périphérie, des crosses simulant celles des discomycès; Cornil, Bezançon et Griffon, qui ont vérifié ce fait, remarquent que les bacilles ainsi transformés gardent cependant les réactions colorantes propres au bacille tuberculeux normal. Enfin, dernièrement à la Société de pathologie comparée (13 décembre 1921), MM. Bezançon et Philibert, étudiant la structure des colonies tuberculeuses par la méthode des coupes, ont reconnu que, en raison de l'existence des corpuscules chromophiles qui semblent pouvoir être assimilées à des spores, le bacille tuberculeux se rapproche, d'une part, des bacilles de la diphtérie et de la morve (Villemin, pour d'autres raisons, avait déjà fait ce rapprochement) et, de l'autre, des actinomycès. C'est pourquoi on a créé le genre intermédiaire des mycobactéries, qui englobe tous les acido-résistants. Mais, manifestement, le problème n'en est pas résolu, nous le verrons tout à l'heure. Il apparaît seulement que le bacille de Koch est un organisme formant passage entre la bactérie vraie et le dyscomycès, mais se rapprochant davantage des champignons, en somme une espèce de moisissure très instable, et qui ne présente aucune propriété qui lui soit spéciale et puisse réellement l'individualiser. En tout cas, la maladie qu'il provoque ne donne pas les mêmes réactions humorales spécifiques que les infections vraies, car la tuberculine n'est pas une toxine, ni une endotoxine et ne détermine pas la formation d'anticorps. Aucun bactériologiste n'est actuellement capable d'établir une diagnose sûre s'il se trouve privé des renseignements fournis soit par la clinique, soit par les cultures et surtout les inoculations.

(1) *Savoir*, 1922, n° 6.

*
* *

On a longtemps considéré, après les recherches de R. KOCH et d'ERLICH, la production de poisons groupés sous le nom de tuberculines et l'acido-résistance comme les deux propriétés biologiques fondamentales du bacille tuberculeux, propriétés inhérentes à sa nature même. Le premier, FERRAN (de Barcelone), soutint qu'elles sont purement occasionnelles, et AUCLAIR, puis ARLOING et COURMONT se rangèrent à cette opinion. On tend à supposer, aujourd'hui, qu'elles découlent simplement de l'adaptation : dans un milieu riche en corps gras, l'acido-résistance apparaît, dans un milieu riche en protéines, c'est la tuberculine qui se développe. M. VAUDREMER a été plus loin; il a prouvé que, en traitant les bacilles tuberculeux par des extraits filtrés d'*aspergillus fumigatus* ou de *penicillum glaucum*, on supprime à la fois l'acido-résistance et la production de tuberculine. Bien qu'ayant perdu une grande partie de leur virulence, les bacilles ainsi traités sont cependant capables d'immuniser les animaux contre l'inoculation de bacilles de KOCH virulents. Il suit de là que ni l'acido-résistance, ni la tuberculinopoïèse ne sont caractéristiques du virus tuberculeux, celui-ci pouvant parfaitement se développer en abondance sans les posséder. C'est ce qu'a encore démontré M. VAUDREMER, en cultivant les bacilles tuberculeux *sur* ou *dans* un bouillon de pommes de terre privé de glycérine. Mais le changement n'est pas le même en surface et en profondeur. En surface, le bacille perd son acido-alcoolo-résistance, devient relativement fragile (il est tué en une heure à 56°C) et ne provoque plus, chez le cobaye, le phénomène de KOCH. En profondeur, le pléomorphisme s'accuse ; certains éléments deviennent granuleux, d'autres ramifiés, d'autres encore amincis à une extrémité et renflés à l'autre et ressemblent ainsi, d'une manière frappante, aux bactéroïdes des nodosités des légumineuses, et ces bacilles, faiblement pathogènes, restent pourtant agglutinables par un sérum de tuberculeux. Ce qu'il y a de bien remarquable, c'est que ces éléments, réensemencés sur pomme de terre glycérinée, reproduisent, en quelques jours, les fameuses granulations de MUTCH, puis le bacille tuberculeux typique, acido-résistant et tuberculinigène.

Ceci établi, on ne peut s'empêcher de penser aux acido-résistants banals de la fléole, du fumier, du beurre, du lait, du cérumen, du smegma, etc., parmi lesquels on a distingué des acido-résistants vrais et des pseudo-acido-résistants. Mais cette distinction ne semble pas fondée, attendu que certains tuberculoïdes du beurre, ceux de KORN et de TOBLER, perdent, eux aussi, leur acido-résistance quand on réussit à les cultiver sur du petit lait dégraissé. Ici encore, par conséquent, l'acido-résistance, qui se rencontre d'ailleurs chez des espèces très diverses, est fonction du milieu nutritif, exactement comme chez le bacille tuberculeux.

*
* *

On prévoit les conséquences de ces constatations. Les acido-résistants du sol sont des microorganismes très souples qui semblent s'être de bonne heure adaptés à divers parasitismes, et qui, sous l'influence de cette vie parasitaire, ont revêtu des caractères variés. C'est ainsi que les acido-résistants du lait et du beurre dérivent de ceux des graminées et, peut-être, des bactéroïdes des légumineuses. La preuve n'en est cependant pas entièrement faite, car, sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, les recherches demeurent encore très incomplètes. D'un autre côté, la place taxinomique de ces acido-résistants, dont l'aspect lichénoïde des cultures vient encore compliquer la détermination, n'est pas moins incertaine que celle du bacille tuberculeux, avec lequel plusieurs témoignent d'affinités incontestables. De la sorte, on en arrive à supposer que le bacille tuberculeux constitue une forme adaptative, devenue progressivement virulente pour l'homme par l'intermédiaire de la tuberculose piscaire, aviaire, bovine, des acido-résistants de l'humus et des plantes. Ce qui tend à établir le bien-fondé de cette supposition, c'est que les bacilles très jeunes des cultures ne présentent pas les propriétés, et notamment l'alcoolo-résistance, des bacilles plus vieux, et que cette même différence s'observe, comme l'a montré M. F. BEZANÇON, dans certains cas chez l'homme, où il est impossible de mettre le bacille en évidence par les procédés de coloration (même après homogénéisation), bien que les produits, en apparence privés de bacilles, puissent tuberculiser le cobaye. Dès lors se pose à nouveau la question du *terrain*, que l'allergie est loin d'avoir résolue. En raison de la facilité avec laquelle le bacille modifie ses propriétés, l'état propre de l'organisme infecté ne joue-t-il pas un rôle dans l'aggressivité plus ou moins grande du microbe, ce qui, dans l'affirmative, expliquerait le comportement si différent des malades, dont les uns guérissent spontanément tandis que les autres succombent quoi qu'on fasse. Autant de problèmes de la solution desquels dépend une connaissance moins imparfaite de la tuberculose et de son agent causal. Le sphinx continue de proposer son énigme et nous attendons toujours l'*Œdipe* qui en dissipera le mystère.

J. LAUMONIER.

REVUE DES THÈSES

Considérations statistiques sur la mortalité par le cancer chez le vieillard (1), par le docteur Charles BOVE.

Notre excellent confrère le docteur Ch. Bove qui a eu l'occasion d'étudier particulièrement la question du cancer chez le vieillard dans ce merveilleux centre qu'est l'hospice des vieillards de Villejuif, vient d'apporter une importante contribution à cette question d'un intérêt tout d'actualité.

M. le docteur Bove résume ainsi la question dans ses conclusions que nous croyons utile de citer *in extenso*.

« I. L'étude statistique de la fréquence suivant l'âge dans la mortalité par cancer est sujette dans l'ensemble à plusieurs critiques tenant :

a. Au peu de régularité et de systématisation dans les faits recueillis en dehors des hôpitaux ;

b. A l'imprécision et l'insuffisance de certaines constatations médico-légales ;

c. A l'absence de déclaration obligatoire de toute affection néoplasique maligne.

De plus, à ces statistiques, il convient d'attribuer une importance variable suivant le pays où elles ont été établies.

II. La seule valeur d'une statistique de mortalité doit, en réalité, être basée sur l'étude anatomique et histologique, qui permet de confirmer ou d'infirmer un diagnostic clinique.

III. Les faits que nous rapportons sont basés sur l'étude macroscopique et microscopique de 400 autopsies prati-

(1) *Th. de Paris*, 1922. — Paris, Le François.

quées systématiquement en deux ans, chez les vieillards décédés à l'hospice de Villejuif, dont la population est d'environ 1.900 individus.

Nous avons pu, ainsi, avec MM. Roussy et Leroux, observer 34 cas de cancer, soit 8,5 p. 100 (33 épithéliomes pour 1 sarcome). Nous pensons, avec ces auteurs, que des faits recueillis, on peut tirer deux ordres de conclusions :

Tout d'abord, des faits qui ne sont que la réédition des données classiques concernant la fréquence du cancer, suivant les sexes, ou les organes atteints : plus grande fréquence chez la femme et la prédominance nette du cancer de l'estomac et de l'utérus.

Un deuxième groupe de faits nous paraît important et digne d'être souligné. C'est, en premier lieu, la fréquence du cancer suivant l'âge, contrairement aux notions classiques affirmant que la proportion du cancer est plus élevée au fur et à mesure que l'âge est plus avancé, toute proportion gardée vis-à-vis de la diminution du nombre des individus, le chiffre de 33 cancers que nous avons observés sur 400 autopsies nous paraît particulièrement faible, de plus nous avons noté dans nos observations que dans 13 cas le diagnostic de cancer ne fut établi qu'à l'autopsie ou à l'examen microscopique; nous pouvons donc dire que notre statistique comporte des cas qui ne doivent pas compter dans la plupart des statistiques officielles.

C'est ensuite la notion de la cause de mort chez le cancéreux qui conduit à une conclusion importante :

Chez l'adulte, le cancer entre directement en cause pour déterminer la mort dans la majorité des cas.

Chez le vieillard, au contraire, dans les deux tiers des cas, la mort est due à une affection intercurrente, totalement étrangère au processus cancéreux, et le vieillard, dans ces conditions, meurt comme tout vieillard non porteur de cancer.

Il semble donc que, passé l'âge de soixante ans, une affection cancéreuse ne constitue pas une cause de mortalité supérieure à celle des affections banales enregistrées couramment.

Ainsi nous concluons, avec MM. Roussy et Leroux, que la période de l'existence située entre soixante et quatre-vingt-dix ans n'est pas, en réalité, l'âge du cancer. »

Traitement de l'infiltration molle de l'urètre postérieur par la haute fréquence (forme étincelage) (1), par le docteur Pierre Arsac.

Personne ne songe plus à nier aujourd'hui les immenses services rendus, à la médecine en général, par le développement de l'endoscopie. Elle a permis de substituer aux traitements aveugles, des traitements directs, faits sous le contrôle de la vue, après un diagnostic précis.

En urologie en particulier, l'endoscopie a été poussée à un développement remarquable, tant en urétroscopie qu'en cystoscopie. Les instruments qui, primitivement, n'étaient qu'explorateurs sont devenus opérateurs; d'où une modification très importante de la thérapeutique urinaire.

Parallèlement, à cette évolution de l'endoscopie, des savants comme Tesla, Oudin, d'Arsonval enrichissaient l'arsenal thérapeutique d'un moyen d'action puissant et maniable sous la forme d'un courant électrique, d'une nature nouvelle, appelé courant de haute fréquence.

Les travaux poursuivis, depuis dix ans, par Heitz-Boyer guidé par Oudin ont permis à l'urologie de profiter largement de ce nouvel agent thérapeutique, qui a véritablement transformé toute une série de traitements de la vessie et de l'urètre. C'est son application particulière à l'urètre postérieur que l'auteur étudie dans cette thèse, en mettant en lumière ses bénéfices tout à fait nouveaux et remarquables vis-à-vis d'une affection réputée incurable.

De la thèse de M. Arsac, qui est une excellente mise au point, nous devons citer les conclusions :

Les urétrites chroniques sont plus fréquentes qu'on ne le croit généralement. Elles ont souvent pour cause des lésions d'infiltration molle de l'urètre postérieur.

Tout malade atteint de goutte chronique doit être dilaté jusqu'au 60 béniqué et l'on doit vérifier son canal à l'urétroscope.

Si l'on trouve des lésions d'infiltration molle dans l'urètre postérieur, ce qui est fréquent, le traitement de choix est l'étincelage de la muqueuse par la haute fréquence. Le nombre des séances nécessaires varie avec chaque cas.

Le gros avantage de l'étincelage, surtout avec l'emploi des étincelles froides, est de laisser une cicatrice souple avec réapparition des plis longitudinaux; de refaire en quelque sorte une virginité à l'urètre en lui redonnant sa couleur, sa souplesse et sa forme.

Malgré tous ses avantages, l'étincelage ne doit pas être considéré comme l'unique traitement.

La clinique et le microscope peuvent poser l'indication de traitements complémentaires pour parfaire la guérison obtenue macroscopiquement par l'étincelage.

Il s'agira, dans ce cas, de compléter seulement la stérilisation d'une muqueuse revenue à l'état presque normal.

Dans un grand nombre de cas, l'étincelage seul suffit.

Souvent les traitements par caustiques, qui ne donnaient aucun résultat sur la muqueuse infiltrée, assurent la guérison sur la muqueuse redevenue macroscopiquement normale par application de haute fréquence forme étincelage.

(1) *Th. de Paris*, 1921, — Paris, Le François.

JURISPRUDENCE ET LEGISLATION

BAIL A LOYER. LOI DU 31 MARS 1922

PROROGATION PROFESSIONNELLE

L'article 3 de la loi du 31 mars 1922 décide que les locataires qui exercent effectivement leur art ou leur profession sont admis à réclamer la prorogation, nonobstant toute décision contraire, même passée en force de chose jugée, à l'exception seulement des décisions qui auraient été exécutées et à la condition de formuler leur réclamation dans les trois mois de la promulgation de la loi. En commentant la loi dans ce journal, nous avons indiqué que ce texte était *interprétatif*.

On a remarqué que, dans ses dispositions, il n'est question que de décision de justice. Mais quelle est l'influence de l'article de la loi, lorsque c'est *par une convention intervenue entre les parties* que le locataire a renoncé à la prorogation professionnelle?

Le tribunal civil de la Seine (Chambre du conseil) a répondu à cette question dans son jugement du 27 juin 1922 en disant que l'article 3 doit être interprété strictement et que dès lors le locataire qui, par un accord antérieur avec son propriétaire a renoncé à la prorogation professionnelle pour n'user que de la prorogation de deux ans, ne peut revenir sur sa renonciation et demander la prorogation de cinq années; car la loi ne parle pas des *conventions* intervenues entre les parties, elle ne parle que des décisions de justice prononcées.

« Attendu que L..., dit-il, locataire, 11, rue Murillo, d'un appartement de 4.600 fr., revendique en qualité de professeur de déclamation, exerçant son art et sa profession dans ledit appartement, le bénéfice de la prorogation professionnelle par application de l'article 3 de la loi du 31 mars 1922;

Attendu que B..., propriétaire de l'immeuble, plaide la non-recevabilité de la demande en excipant d'une renonciation formelle de L... à la demande de prorogation professionnelle et soutient subsidiairement que la demande n'est pas fondée, L... étant fonctionnaire et ayant accepté l'obligation d'habitation bourgeoise;

Attendu qu'une sentence de la commission arbitrale des loyers du 8e arrondissement rendue le 9 mai 1919 sur la demande en paiement de loyers et en fixation de la durée de la prorogation légale dirigée par B... contre L... a déclaré prorogée de deux ans, à partir du 1er janvier 1920, la location de L... dans l'immeuble de B...; qu'il est expressément constaté dans les motifs de ladite sentence que L... renonçait à sa demande de prorogation de cinq ans et que les parties étaient d'accord pour proroger la location à l'année en cours, de deux années à compter du 1er janvier 1920;

Attendu que l'accord précité des parties met nécessairement obstacle à la demande de prorogation professionnelle actuellement formulée par L...;

Attendu que vainement L... allègue que la renonciation au bénéfice de la prorogation professionnelle ne peut être prise en considération parce qu'elle serait mentionnée seulement dans les motifs, et qu'il ne lui en aurait pas été donnée acte dans le dispositif; que la mention dont s'agit suffit pour établir qu'un contrat judiciaire est intervenu et duquel il est résulté que L... renonçait à la prorogation professionnelle;

Attendu que L... ne peut soutenir qu'aux termes de l'article 23 de la loi du 11 mars 1922, sa renonciation doit être réputée non écrite; qu'en effet ce texte ne répute non écrites que les renonciations au bénéfice de la loi du 31 mars 1922; que L... ne saurait tirer le droit à la prorogation que de la loi du 9 mars 1918, que la loi de 1922 n'a fait qu'interpréter;

Attendu, en outre, qu'aux termes de l'article 3 de la loi du 31 mars 1922, le droit de réclamer la prorogation professionnelle est conservé aux locataires, nonobstant seulement toute décision contraire *et non nonobstant toute convention contraire;*

Attendu, en conséquence, que la demande de L... n'est pas recevable... »

Etant donné que le tribunal avait jugé la demande non-recevable, il n'a pas eu à examiner la question de savoir si un professeur de déclamation a droit ou non à la prorogation professionnelle.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE PRATIQUE

DYSPEPSIE NEURASTHÉNIQUE

1° Prendre V à X gouttes de Vanadarsine, dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas.

2° Une demi-heure après les repas, prendre, dans un demi-verre d'eau, une cuillerée à dessert de la poudre suivante :

Craie préparée..................	āā 15 gr.
Magnésie calcinée..............	
Bicarbonate de soude..........	20 gr.

3° En cas de douleurs, gouttes de Gallard (II gouttes sur un morceau de sucre) ou eau chloroformée saturée (une cuillerée avec deux cuillerées d'eau).

LIVRES NOUVEAUX

La Syphilis (1), par le docteur Clément SIMON, médecin de l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare. Bibliothèque des Connaissances médicales dirigée par le docteur APERT.

« La syphilis n'a pas fait encore l'objet d'une étude destinée au grand public cultivé, écrit l'auteur dans son introduction. Une telle étude nous paraît cependant d'une incontestable utilité. Si elle n'a pas été tentée plus tôt, c'est par une sorte de pudeur, ou, plus exactement, de peur des mots. On craint de prononcer le mot de syphilis ; on le remplace par d'autres, dont celui d'avarie, qui est pire et inexact, a fait une fortune heureusement aussi éphémère que rapide. Pourquoi ne parle-t-on pas de la syphilis dans le monde; pourquoi les grands journaux ne lui consacrent-ils pour ainsi dire jamais d'articles; pourquoi même certains d'entre eux suppriment-ils, des comptes rendus des sociétés savantes, tout ce qui concerne la syphilis?

La réponse est aisée. La syphilis est considérée comme une maladie honteuse. »

M. Clément Simon, avec la grande compétence et le grand bon sens que tous ses amis lui reconnaissent, montre la stupidité et le danger de cette conception, hélas! trop répandue encore. Résolument il entreprend de prévenir les gens du monde, de redresser leur fausse compréhension de cette question si importante au point de vue individuel, familial et social.

Pour arriver à son but, M. Clément Simon emploie la bonne méthode, il laisse de côté les dissertations théoriques et il entre résolument dans l'étude complète de la syphilis.

(1) In-8 avec 41 figures dans le texte. — Prix : 10 fr. net. — Paris, Ernest Flammarion.

Historique, étude clinique illustrée de nombreuses figures bien dignes de frapper l'esprit des gens qui traitent à la légère la syphilis; moyens de diagnostic, traitement, prophylaxie sont successivement exposés avec la plus grande précision et la plus grande clarté. M. Clément Simon ne craint pas d'*expliquer* et il trouve les formules les plus heureuses pour débrouiller les questions les plus compliquées.

Son ouvrage, qui constitue une bonne œuvre, sera lu avec intérêt par les médecins, mais avec le plus grand fruit par les gens du monde et par les jeunes gens quand leurs parents jugeront que le moment est venu de les instruire.

F. L. S.

Traitement des maladies cardio-vasculaires par le massage, le mouvement et les agents physiques (1), par les docteurs P. MATHIEU (de Brides), G. RICHARD et HARANCHIPY (de Royat).

Dans toutes les maladies cardio-vasculaires (insuffisances myocardiques y compris l'asystolie confirmée, arythmies, névroses cardiaques, hypertension artérielle et hypotension, troubles divers de la circulation veineuse, etc.), le massage, les exercices physiques, les agents physiques sont des agents thérapeutique très précieux, capables de donner, à ceux qui les emploient judicieusement, des résultats rapides et durables.

Ces méthodes de traitement sont en général mal connues des praticiens, qui laissent le monopole de leur application à quelques rares spécialistes.

Or il n'est pas nécessaire d'être initié aux subtilités du traitement manuel suédois pour masser ou faire masser utilement des asystoliques à l'hôpital ou en clientèle; il n'est pas indispensable de disposer d'un établissement de culture physique ou d'une installation mécanothérapique pour faire exécuter des exercices à des insuffisants cardiaques ou à des hypertendus. La technique peut être réduite à des manœuvres d'une exécution facile, ne demandant ni un long apprentissage ni une instrumentation encombrante et coûteuse. Ainsi l'emploi de ces excellents procédés thérapeutiques sera vulgarisé parmi les praticiens non spécialisés et enrichira leur arsenal thérapeutique.

C'est le but que se sont proposé les auteurs, en publiant ce manuel, simple et complet, qui sera avantageusement lu par tous les médecins praticiens.

L. G.

Précis de kinésithérapie (2), par P. KOUINDJY.

Cette deuxième édition a été complètement refondue, augmentée. Elle comporte l'étude de la mobilisation méthodique des articulations, la manothérapie, la mécanothérapie, la rééducation et l'éducation physique. Outre le texte clair et précis, il fait surtout louer l'abondance extrême des figures qui sont presque toutes des photographies.

M. L.

Lettre à une jeune fille (3), par le docteur GOOD.

Le docteur P. Good est l'auteur d'une brochure intitulée *Hygiène et morale* qui est pour les jeunes gens un avertissement précieux les mettant en garde contre les dangers auxquels ils sont exposés.

Il nous offre aujourd'hui un petit tract de physiologie destiné aux jeunes filles. Ecrit avec un tact parfait, cet opuscule peut être mis sans inconvénient entre toutes les mains. C'est un minimum de connaissances indispensables à toute jeune fille. Il sera accueilli avec faveur comme la première brochure.

L. G.

RENSEIGNEMENTS

(1) 1 vol. in-16 de 144 p. avec fig. dans le texte. — Prix : 5 fr. Paris, G. Doin.
(2) 2e éd., in-12, 324 p., 190 fig. — Paris, A. Maloine et fils.
(3) *Hygiène et morale*. Une brochure. — Prix franco : 0 fr. 65. *Lettre à une jeune fille*. — Prix franco : 0 fr. 60. — La Mothe-Saint-Héray (Deux-Sèvres), chez le docteur Good.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Diabète, 2e édition revue, corrigée et augmentée par le docteur Arthur Leclercq, lauréat de l'Académie de médecine, lauréat de la Faculté. (Collect. des maladies de la cinquantaine, t. II). 1 vol. in-8 carré de 268 pages. — Prix : 15 fr. — Paris, G. Doin.

Les lois de la cicatrisation des plaies cutanées, par Auguste Lumière, correspondant national de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 de 122 pages avec 25 figures dans le texte. — Prix : 8 fr. — Paris, G. Doin.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES EMBOLIES PULMONAIRES[1]

II. Embolie moyenne. — C'est le type de l'infarctus hémoptoïque de Laënnec, ou infiltration sanguine systématique, consécutive à l'oblitération d'une artère pulmonaire de calibre moyen.

A l'autopsie, *macroscopiquement*, on trouve à la coupe du poumon un bloc noirâtre, truffé ; sur la coupe il est d'aspect grenu ; seul ou multiples, ces noyaux hémoptoïques peuvent être au centre ou à la périphérie sous la plèvre. Ils se localisent, en général, à la partie postérieure et inférieure des poumons et spécialement du poumon droit.

Le fragment de poumon ainsi atteint plonge dans l'eau. La forme est différente chez les noyaux superficiels qui sont coniques à base externe, et chez les profonds, qui sont ovoïdes. La grosseur en est variable et peut atteindre celle d'un œuf de pigeon. A la coupe, la surface de section est noir de jais et Laënnec a pu décrire trois zones :

— une zone centrale noire,
— une zone moyenne rouge,
— une zone périphérique jaunâtre.

Le tissu de l'infarctus est dense et grenu.

Histologiquement, sur un infarctus récent, on voit des alvéoles pleines d'hématies, de leucocytes et de fibrine. Les cloisons inreralvéolaires sont déformées, déchirées. La bronchiole sus-lobulaire est gorgée de cellules desquammées et cellules cardiaques. Les vaisseaux ne présentent pas de rupture, mais l'artère sus-lobulaire est thrombosée.

Complications anatomiques. — Il faut signaler :

1. La pneumonie autour de l'infarctus, type de pneumonie interstitielle.
2. La suppuration, qui débute par la périphérie, d'où formation d'une caverne pulmonaire à parois tomenteuses.
3. La gangrène, si l'embolus contient des germes anaérobies.
4. La sclérose pulmonaire ultérieurement, la pneumonie chronique.
5. La pleurésie, qui est très fréquente, et même constante au cours des embolies sous-pleurales. Le plus souvent, elle est hémorragique.

Evolution anatomique. — 1. Si l'artère pulmonaire et les artères bronchiques restent perméables, il se produit une restitutio ad integrum ; l'infarctus se ramollit et devient perméable.

2. Si l'artère pulmonaire est imperméable et les artères bronchiques restent perméables, il se produit une prolifération connective et la formation d'un tissu cicatriciel.

3. Enfin, si toutes les artères restent imperméables, l'infarctus se ramollit et s'élimine, donnant lieu à la formation d'une caverne.

III. Petites embolies. — Ce sont les embolies capillaires.

Macroscopiquement, le poumon est congestionné et œdématié. Il y a quelques ecchymoses pleurales.

Microscopiquement, les poumons sont injectés de la substance, qui est la cause de l'embolie : caillots sanguins, graisse, cellules géantes, abcès miliaires.

Pathogénie. — L'artère pulmonaire s'épanouit en branches qui ont le caractère terminal. Ceci est très important, car une embolie peut amener la suppression d'un champ pulmonaire plus ou moins grand.

En somme, l'infarctus pulmonaire diffère des infarctus du rein, de la rate, du cerveau, où l'on trouve des infarctus blancs, anémiques, et qui restent tels jusqu'à l'atrophie cicatricielle.

Comment expliquer alors l'hémorragie qui se produit quelque temps après l'oblitération de l'artère pulmonaire? Sans entrer dans les longues discussions que ce problème a soulevées, nous signalerons les diverses théories émises par les auteurs :

1° Théorie de la fluxion collatérale (Virchow) ;
2° Théorie du reflux passif du sang des veines ;
3° Théorie des lésions artérielles (Duguet, Ranvier).

Symptomes. — En dehors des embolies pulmonaires *latentes*, constatées seulement au cours d'une autopsie, on distingue cliniquement, comme anatomiquement, trois formes principales : les grosses, les moyennes et les petites embolies.

I. Grosses embolies. — La grosse embolie provoque un collapsus atélectasique. C'est là un type fréquent au cours de la *phlegmatia alba dolens*. Tantôt il s'agit d'une embolie précoce qui se montre comme le premier symptôme révélateur (phlegmatia à début embolique). Tantôt l'embolie se produit tardivement, du douzième au quinzième jour, à l'occasion d'un choc, d'un traumatisme, d'un mouvement intempestif.

Plusieurs éventualités cliniques peuvent être observées :

1. La mort subite par syncope. — A la suite d'un mouvement, d'un effort, le malade est pris brusquement d'une suffocation avec angoisse. La mort est *foudroyante* : le malade pâlit et meurt subitement.

Ou bien la suffocation est violente avec angoisse précordiale ; le malade crie et meurt en quelques secondes.

Ou bien ictus et convulsions.

La pathogénie de cet accident peut être interprétée de manières diverses ; le sang, arrêté dans l'artère pulmonaire par l'oblitération d'un gros tronc, reflue vers le cœur droit qui devient impuissant. Le cœur qui ne reçoit plus de sang n'en lance plus, d'où anémie cérébrale. Pour Peter, il s'agit d'un réflexe inhibitoire parti de la paroi de l'artère pulmonaire.

2. La mort rapide par asphyxie. — Ici l'évolution est moins brutale, le début peut se faire :

soit par ictus embolique,
soit par suffocation et angoisse,
soit par constriction thoracique.

Et bientôt, à la période d'état, l'asphyxie prédomine. Le malade est couché ou assis, anxieux, en proie à l'angoisse, cramponné aux objets qui l'entourent. Sa face est cyanosée, les lèvres et les extrémités sont bleuâtres Les yeux sont saillants, les pupilles dilatées. Les jugulaires sont turgescentes. Lazzato a signalé de la contracture de la nuque.

La dyspnée est continue, intense, angoissante, en orthopnée.

On peut signaler aussi des vertiges, du délire, des convulsions, de l'écume à la bouche. L'intelligence reste intacte.

Les signes physiques sont nuls à l'auscultation des poumons.

Le cœur est le siège de battements tumultueux, le pouls est filiforme ; plus tard de la congestion œdémateuse apparaît aux bases.

Evolution. — L'évolution de ces formes est moins brutale parfois.

1. Tantôt la mort est assez rapide et se produit *par asphyxie progressive* ; rapidement, en quelques heures, se produit du refroidissement des extrémités ; la face est violacée, le cœur bat irrégulièrement.

2. Tantôt la mort se produit par une *asphyxie en deux temps* : elle est provoquée par une coagulation secondaire autour de l'embolus primitif, arrêté dans l'artère pulmonaire (Oddo).

3. Enfin, parfois la *mort est retardée* et survient seulement en une à deux semaines. Lorsque la dyspnée diminue un peu, apparaît une hémoptysie abondante, et on peut avoir en un point des poumons, surtout à droite, un foyer avec des signes de condensation pulmonaire :

Matité, souffle bronchique et râles sous-crépitants autour.

Le calme peut revenir et le caillot se résorber. Mais, le plus souvent, la mort se produit ultérieurement par *asystolie* rapide ou par œdème aigu.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 60, p. 975.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chocs thérapeutiques contre chocs morbides. par G. Bouché et A. Hustin, agrégés de l'Université de Bruxelles. Un volume de 428 pages avec figures et tableaux. — Prix : 12 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Les scolioses ou déviations latérales de la colonne vertébrale, par le docteur Louis Dubreuil-Chambardel, chef des travaux à l'Ecole de médecine de Tours. In-18 (Bibliot. des connais. méd., dirigée par le docteur Apert). — Prix : 10 fr. — Paris, Ernest Flammarion.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Excursions a Fontainebleau et a Moret. — *Train spécial à prix réduits.* — Rappelons que la Compagnie P.-L.-M. mettra en marche, tous les dimanches, jusqu'au 24 septembre, un train spécial à prix réduits, 2e et 3e classes, de Paris à Fontainebleau et Moret dans les conditions suivantes :

Aller : dép. de Paris, 7 h. 30 ; arr. Fontainebleau 8 h. 35 ; Moret 8 h. 50. Retour : par tous les trains du même jour dans les conditions prévues pour les voyageurs.

Prix des billets aller et retour : de Paris à Fontainebleau, 2e cl. 11 fr., 3e cl. 7 fr. ; de Paris à Moret, 2 cl. 12 fr., 3e cl. 7 fr. 50.

Nombre de places limité. Délivranee des billets : Agence P.-L.-M., 88, rue Saint-Lazare ; gare de Paris P.-L.-M. ; bureaux de ville de la Compagnie et principales Agences de voyages.

A la gare de Fontainebleau, le nouveau train est en correspondance directe avec les services P.-L.-M. d'autocars pour la visite de la Forêt.

N° 63. — SAMEDI 12 AOUT 1922. 95e ANNÉE. SAMEDI 12 AOUT 1922. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.



ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

Les Bureaux et Ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Le concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine, vacantes le 1er mars 1923 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu le lundi 18 septembre 1922, à 16 heures précises, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, 3, avenue Victoria, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 heures à 17 heures, du mardi 1er août au jeudi 31 août 1922 inclusivement.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le prix de l'internat (médaille d'or) a été décerné à M. Larrieu, interne de 3e année, qui est, en outre, admis à faire une 4e année d'internat.

MM. Lasserre et Michelet ont aussi été autorisés à faire une 4e année d'internat.

— Lille. — Le lundi 9 octobre 1922, à 9 heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de sept internes titulaires.

Les inscriptions seront reçues dans les bureaux de l'administration des hospices, 41, rue de la Barre, à Lille, jusqu'au mercredi 27 septembre 1922, à 5 heures du soir.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Reims. — L'Ecole de médecine de Reims, très éprouvée par le Siège, reprend sa vie normale et aspire à continuer ses traditions auxquelles tant d'anciens internes de Paris, ses élèves et parmi eux le doyen Landouzy, les professeurs Nicaise, Duguet, Troisier, Lancereaux, Launois ont apporté, à maintes reprises, le témoignage de leur gratitude.

L'Ecole, pourvue de laboratoires que maintes facultés pourraient lui envier, possède des éléments de travail de tout premier ordre dont peuvent largement profiter les élèves. Ils y trouvent en particulier en surabondance cette matière anatomique dont la pénurie se fait tant sentir ailleurs.

Il s'y est formé une association des étudiants dont le dévouement à l'égard de son Ecole s'est affirmé d'une façon remarquable, sollicitant les autorités administratives, maire, préfet ; les notabilités de la ville ; elle a su créer seule une Maison des étudiants qu'elle administre et où les étudiants de toutes catégories, P. C. N., médecins, pharmaciens, trouvent le logement et la nourriture pour 300 francs par mois.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont inscrits au tableau de la Légion d'honneur, à titre posthume :

Pour chevalier. — M. Prunget (Paul), aide-major de 2e classe : médecin militaire courageux et très dévoué, s'était déjà signalé par sa belle attitude au feu. Tombé au champ d'honneur, le 25 avril 1918, au mont Kemmel. Croix de guerre avec étoile d'argent.

M. Gaffet (Jean), médecin auxiliaire : médecin auxiliaire d'une grande bravoure, animé des plus nobles sentiments et d'un grand dévouement pour les blessés. Décoré de la médaille militaire pour sa belle conduite. Tombé glorieusement pour la France, le 10 octobre 1918. A été cité.

M. Bergeaud (Louis), médecin aide-major de 1re classe : médecin d'un courage et d'un dévouement remarquables. Tué pour la France, le 28 février 1916, à l'hôpital de Baleicourt, en opérant un blessé sous un violent bombardement. Croix de guerre avec étoile d'argent.

M. Stieber (Onix), médecin aide-major de 1re classe : médecin courageux et très dévoué. Mort pour la France, le 2 septembre 1917, au cours d'un bombardement en se portant au secours des blessés de sa formation sanitaire. Croix de guerre avec étoile de bronze.

M. Colonna (Louis), médecin-major de 2e classe : a fait preuve du plus grand courage et a été mortellement blessé à Noyaumont en se portant au secours des blessés sous un feu violent d'artillerie lourde ennemie. A été cité. (*J. O.*, 27 juillet 1922.)

GUERRE. — Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 2 août 1922, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent, gratuitement, aux militaires de la gendarmerie :

Lettres d'éloges officiels (délivrées après dix années de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. Blaire (de Bondy), Clément (de Poissy), Petit de Régis (d'Asnières), Daubret (d'Arcueil-Cachan), Pitois (de Saint-Mandé), Ort (de Longjumeau), Vuillième (d'Issy-les-Moulineaux).

1re légion : MM. Carret (d'Hautmont), Denoyelle (de Beaurainville), Dupret (de Marchiennes), Patoux (de Fruges), Eloy (de Trélon), Colibert (d'Abscon), Richez (de Berck-sur-Mer), Herbay (d'Auchy-les-Hesdin), Maguin (d'Audruicq), Guersant (de Berlaimont), Matringhen (de Guînes), Norel (d'Arques).

2e légion : MM. Lecomte (du Nouvion), Gossart (de Ribécourt), Séron (de Verberie), Molumar (de Songeons), Ponthieu (de Doullens).

3e légion : MM. Guyonnet (de Trouville-la-Haule), Perchepied (d'Auffay), Laurent (du Havre), Germont (de Vassy), Michel-Dansac (d'Asnelles).

4e légion : MM. Predal (de Bonnétable), Vezard (de Domfront), Launay (de Châteauneuf).

5e légion : M. Vouillac (de Sens).

6e légion : MM. Médot (de Vrigne-aux-Bois), Doctobre (de Vireux-Molhain).

7e légion : MM. Fouillit (de Pagney), Collomb (de Lhuis), Thuriot (de Valdoie), Ventron (d'Orchamps), Gide (de Gex), Baud (de Salins), Nedey (de l'Isle-sur-le-Doubs).

8e légion : MM. Boulay (de Charenton), Dirigoin (du Châtelet), Guérin (de Sennecey-le-Grand), Gourdou (de la Machine), Guyot (de Châteaumeillant), Galvaing (de Decize), Juillan (de Verdun-sur-le-Doubs), Devillard (de Digoin), Jobard (de Genlis).

9e légion : MM. Robert (d'Issoudun), Plenot (de Civray), Lemerle (de Chabris), Crosse (de Montrésor), Hersant (de Louroux-Béconnais), Hagopian (de Vendeuvre), Gaborit (de Tiercé), Bondony (de Luynes), Lebègue (de Poitiers).

10e légion : MM. Porée (de Rennes), Picherit (de Saint-Jean-de-Daye), Le Quéré (de Quintin), Bellec (de Rostrenen), Dufour (de Pleurtuit), Morand (de Lannion).

11e légion : MM. Le Strat (de Concarneau), Le Guiner (du Guilvinec), Ménereul (de Douarnenez), Lucas (de Saint-Renan), Mignen (de Pouzauges), Le Strat (de Rosporden), Putot (de Méan), Amérand (de Chantonnay), Rème (de Plumeluc), Rambaud (de Chantonnay), Bourhis (du Faou), Roblin (d'Elven).

12e légion : MM. Feuillet (de Villefagnan), Niort (de Montbron), Rabier (de Montmoreau), Noble (de Lalinde), Fleyssac (de Treignac), Chambras (de Larche).

13e légion : MM. Monghal (d'Issoire), Chalvignac (de Salers), Malaviale (de Saint-Mamet). Penel (d'Olliergues), Duliege (de La Bourboule), Bourdiol (de Neuvéglisse), Besset (de Saint-Germain-l'Herm), Maréchet (de Grand-Croix), Auzolle (de Monistrol-sur-Loire), Jouve (de Pierrefort), Folliasson (de Pélussin), Royet (de Pont-du-Château), Berger (de Thiers), Michaud (de Rive-de-Gier).

14e légion : MM. L'Héritier (de Cours), Chataing (d'Allevard), Jourdan (de Bourg-d'Oisans), Simon (de Puy-Saint-Martin), Lemonon (de Saint-Donat).

14e légion *bis* : MM. Liénard (de Pont-de-Beauvoisin), Jarre et Debauge (de Saint-Genix), Guilland (des Echelles), Servettaz (d'Annemasse), Clair (de Saint-Jean-d'Aulph), Lalande (de Saint-Jean-de-Maurienne), Bertrand (d'Ugine).

15e légion : MM. Massé (de l'Isle-sur-Sorgue), Roques (de Saint-Rémy), Rauzier (de Saint-André-de-Valborgne), Cambassédès (de Valleraugue), Roche (des Vans), Espagne (d'Aumessas), Rambal (de Marseille), Clauzel (de Saint-Gilles), Devaux (d'Eyguières), Alibert (des Pennes-Mirabeau), Jouve (de Saint-Jean-de-Valériselle).

15e légion *bis* : MM. Laugier (de Saint-Cézaire), Dragon (d'Oraison).

15e légion *ter* : MM. Marcantoni (de Valle-d'Alesani), Delsaut et Roccaserra (de Porto-Vecchio), Battaglini (de Pero-Casepecchie), Martelli (de Santa-Reparata-di-Balagna), Pancrazi (de Giocatojo), Leca (de Vico), Barboni (d'Olivèse), Séraphini (de Vico), Antoniotti (de Pietraserena), Colombani (de Ville-di-Paraso), Giansili (de Calacuccia).

16e légion : MM. Ladet (de Campagnac), Trémolières (d'Espalion), Bousquet (de Mende), Couderc (de Chanac), Izard (de Cransac), Beys (de Marsillargues), Vialard (du Malzieu).

16e légion *bis* : MM. Boyals (de Rabastens), Puech (de Roquecourbe), Peyre (de Belpech), Echernier (d'Elne), Amigues (de Belpech), Kulczewski (de Roquecourbe), Sans (d'Alban).

17e légion : MM. Mathieu (de Villefranche), Terrenq (de Baziège), Giscbard (de Laroque-Timbault), Dupuy (de Verdun-sur-Garonne), Vignardou (de Montricoux), Carrère (de Sédeillac), Massonié (de Verdun-sur-Garonne), Loumaigne (de Riscle), de Lapize (de Labastide-Murat), Gautié (de Nahic), Souilhé (de Gramat).

18e légion : MM. Couratte (de Lasseube), Dissez (du Boucau), Mignaçabal (de Tardets), Lhept (de Lescar), Lasserre (de Lembeye), Nougaro (de Soustons), Berthon (de Matha), Martin (de Pons), Fouchou-Lapeyrade (de Lesparre).

19e légion : MM. Rougé (de Souk-Ahras), Treille (de Chéragas), Aucaigne (de Vialar), Orsini (d'Herbillon), Pigassou (d'Hamman-bou-Hadjar), Vivien (de Bordj-bou-Arréridj).

21e légion : MM. Rozet (de Darney), Der-Khatchadourian (de Saint-Blin).

Compagnie de Tunisie : M. Marini (de Mahdia).

Médailles de bronze (délivrées après quinze années de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. Bonnemaison (de Saint-Germain-en-Laye), Prost (de Vincennes), Nutte (de Paris), Pasturaud (de Monthléry), Ecart (de Noisy-le-Sec), Weiss (de Clichy), Richard (de Pantin), Delanoë (de Corbeil).

1re légion : MM. Camus (d'Avesnes-le-Comte), Dubois (de Denain), Delvart (de Thérouanne), Lejeune (de Béthune), Libersat (de Desvres), Vincent (d'Armentières), Lorgnier (de Saint-Omer), Bridoux (de Condé), Bontemps (de Rouvroy), Blaire (de Pas-en-Artois), Hernu (de Bruay), Brabant (de Somain), Dupas (de Sui-le-Noble), Wallaert (de Lillers), Lemaître (de Blangy-sur-Ternoise).

2e légion : MM. Grimpret (de Vervins), Boudreaux (de Montcornet), Puisségur (de Rosières), Landard (d'Auneuil), Leconte (de Crécy-en-Ponthieu), Cagnard (de Saint-Valéry-sur-Somme).

3e légion : MM. Briquet (de Pacy-sur-Eure), Perreaux (de Louviers), Périer (de Yerville).

4e légion : MM. Kelle (de Sainte-Suzanne), Levesque (de Domfront), Rabot (du Mesle-sur-Sarthe), Boutron (de Bellême), Serra (de Meslay-le-Vidame), Petit (de Briouze), Testard (de Vallon-sur-Gée), Troussard (de Marolles-les-Braults).

(*A suivre*,)

TECHNIQUE OPHTALMOLOGIQUE. — A la consultation d'ophtalmologie de l'hôpital Cochin (docteur A. Cantonnet), le docteur Fombeure, assistant, fera le mardi 22 août 1922 et les jeudis, samedis et mardis suivants, à 11 heures du matin, une série de six leçons sur les procédés d'examen de l'œil :

Ophtalmoscopie à la lumière blanche et « sans rouge ». — Ophtalmométrie. — Réfraction. — Acuité et champ visuels. — Sens chromatique et lumineux. — Vision binoculaire.

Nombre d'auditeurs limité. — Prix : 30 francs.

S'inscrire auprès du docteur Fombeure, à l'hôpital Cochin, rue du Faubourg-Saint-Jacques.

RENSEIGNEMENTS

ON DEMANDE COLLABORATEUR MÉDICAL, de préférence ayant voiturette, pour visiter les médecins de la banlieue de Paris. — Ecrire : PIERRE, 19, rue Alain-Chartier, Paris.

REVUE GÉNÉRALE

LES SYNDROMES MOTEURS EXTRAPYRAMIDAUX

Par Paul NAYRAC,
Interne des hôpitaux d'Alger.

Les syndromes moteurs extrapyramidaux s'opposent aux syndromes pyramidaux (dont le type est l'hémiplégie spastique de l'hémorragie cérébrale) au double point de vue *clinique* et *anatomique*.

Les troubles moteurs qui les constituent ne sont jamais des paralysies. Ce sont des mouvements involontaires et des troubles du tonus musculaire.

Ils ne participent jamais d'une lésion quelconque des faisceaux pyramidaux. On les rapporte à des lésions électives (1) des noyaux gris de la base du cerveau ou de leurs voies d'association. Ces lésions, sont, en général, discrètes, et visibles seulement par des méthodes d'histologie fine. Cela explique que les syndromes extrapyramidaux aient, pour la plupart, été longtemps classés dans le groupe des névroses.

Les syndromes extrapyramidaux comprennent, en effet, à côté d'affections rares, des groupes nosologiques importants jusqu'ici de nature incertaine (maladie de Parkinson, chorées diverses, etc.)

Nous nous proposons de reprendre, au sujet des syndromes extrapyramidaux, en un travail d'ensemble, les acquisitions des dernières années. Après un rappel d'*anatomie*, nous étudierons les *entités cliniques* qui entrent dans le cadre de ces syndromes, en même temps que leur anatomie pathologique. Nous examinerons, enfin, les *enseignements physio-pathologiques* qu'on en peut tirer.

Dans tous les examens anatomo-pathologiques qui suivront, nous allons parler de formations grises, telles que : corps strié, locus niger et autres, dont il faut avoir la disposition bien présente à l'esprit. On nous pardonnera de rappeler brièvement quelques points d'anatomie et d'histologie.

1° Anatomie et histologie des ganglions gris de la base. — La pièce la plus commode pour l'étude de ces noyaux est une coupe frontale passant par la commissure grise interthalamique (coupe de Charcot) (fig. 1). Tous les noyaux sont symétriques. Anatomiquement, on peut les grouper sous trois titres : La couche optique; les centres gris sous-thalamiques; le corps strié.

A. La couche optique ou thalamus. — Est le plus volumineux de ces ganglions; elle forme la partie latérale du ventricule moyen. Sa face externe répond à la capsule interne, au niveau du bras postérieur, lieu de passage des fibres de la grande voie pyramidale; sa face inférieure à la région sous-thalamique.

B. La région sous-thalamique. — Celle-ci, au milieu d'un entrecroisement fort complexe de fibres blanches; nous offre à considérer trois noyaux gris importants, malgré leur volume relativement petit, qui appartiennent déjà au pédoncule cérébral : le *noyau rouge*, le *locus niger de Soemmering*, le *corps de Luys*. Les fibres pyramidales longent le corps de Luys et le locus niger pour gagner le pied pédonculaire.

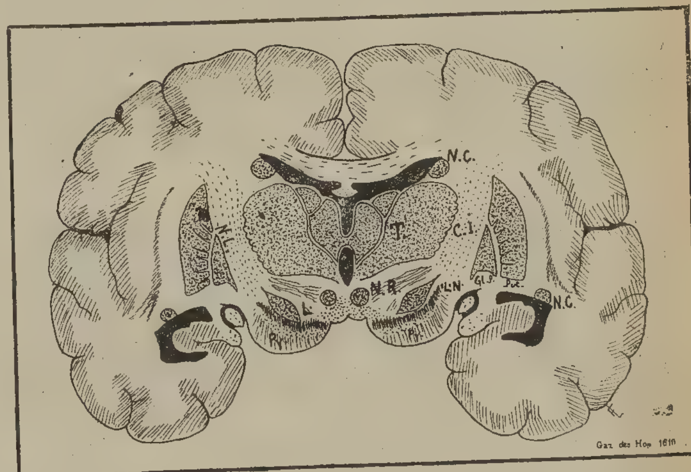


Fig. 1. — *Coupe de Charcot.* — C.I, capsule interne; Gl.P, globus pallidus; L, corps de Luys; L.N, locus niger; N.C, noyau caudé; N.L, noyau lenticulaire; N.R, noyau rouge; Put, putamen; Py, faisceau pyramidal (pied pédonculaire).

C. Le corps strié. — Reposant sur la couche optique se trouve le *noyau caudé*, ou plutôt sa queue. Sa tête s'élargit en avant du thalamus; en arrière sa queue s'infléchit en bas, puis en avant, en un trajet récurrent. La coupe de Charcot intéresse à la fois la queue et la portion réfléchie. La face supérieure du noyau caudé répond au ventricule latéral. L'extrémité antérieure du noyau caudé se continue avec l'extrémité antérieure du *noyau lenticulaire*.

Ce dernier est noyé dans la substance blanche entre la capsule interne et les formations avoisinant le lobe de l'insula. Sur la coupe frontale, il a une section triangulaire. Une strie blanche le sépare en deux parties : une interne, le *globus pallidus*, l'autre externe le *putamen*.

D. Histologie. — Au point de vue histologique, les noyaux gris de la base du cerveau se présentent, ainsi que toutes les masses de substance grise, comme des amas de cellules nerveuses. Ce sont des relais récepteurs et émetteurs de fibres.

La couche optique présente surtout des cellules du type Golgi I, grandes cellules multipolaires, à dentrites larges, à cylindraxe long épais. Les cellules du type Golgi II, à cylindraxe court, sont rares.

De même, les noyaux sous-thalamiques sont surtout composés de cellules Golgi I, particulièrement grosses dans le noyau rouge, chargées de pigment noir dans le locus niger.

En ce qui concerne le corps strié, l'histologie dément sa division en noyau lenticulaire et noyau caudé. Macroscopiquement déjà, le putamen par son apparence plus massive se distingue du globus pallidus. Microscopiquement, ce dernier se montre formé uniquement de cellules Golgi I à cylindre long, tandis que le putamen et le noyau caudé contiennent en abondance des cellules à cylindraxe court, à protoplasma réduit, du type II de Golgi. Pourtant, au milieu de ces éléments, se trouvent aussi des cellules Golgi I qui, d'après Hunt (10),

(1) Il est bien entendu que la délimitation de notre sujet, fondée surtout sur une distinction anatomo-physiologique en syndromes pyramidaux et extrapyramidaux nous entraîne à un exposé *schématique*.

La clinique peut offrir dans le cas de lésions étendues de la base du cerveau (hémorragies, malacies, encéphalites, tumeurs, etc.), une association des syndromes pyramidaux et des syndromes extrapyramidaux (phénomènes pseudo-bulbaires chez un hémiplégique, par exemple). Mais les groupes anatomo-cliniques étudiés ci-après ont désormais une individualité établie.

auraient la même valeur fonctionnelle que celles du globus pallidus, auquel elles devraient donc être physiologiquement rattachées. Ainsi, la division du corps strié doit être modifiée : désormais, avec C. et O. Vogt (44), *nous appellerons striatum l'ensemble du noyau caudé et du putamen ; et pallidum ou système pallidal, le globus pallidus*, auquel nous joindrons les cellules de Golgi I, éparses dans le striatum, et même, d'après Mirto (33), le locus niger qui ne serait aussi qu'un noyau aberrant du pallidum. Cette nouvelle division est plus exacte du point de vue histologique, et aussi, nous allons le voir, du point de vue histo-physiologique (voir fig. 2).

2° **Principaux types cliniques.** — Il existe deux syndromes qu'on ne saurait passer sous silence, dans une revue d'ensemble des syndromes extrapyramidaux, et que nous allons pourtant ne citer que rapidement, car le trouble moteur extrapyramidal n'en constitue qu'un des éléments.

Le plus anciennement connu est le *syndrome de Benedict*, qui associe à une hémianesthésie croisée et à une paralysie directe de la IIIe paire un hémitremblement croisé. Les lésions du syndrome de Benedict sont connues depuis longtemps. L'hémitremblement doit être rapporté à une lésion du noyau rouge.

Plus récemment, Déjerine (5) et son élève Roussy ont isolé un ensemble symptomatique constitué par : une hémianesthésie avec astéréognosie et douleurs profondes unilatérales, et des mouvements choréo-athétosiques latéralisés au même côté. Anatomiquement, ces troubles étaient produits par des lésions siégeant sur la couche optique, d'où le nom de *syndrome thalamique* donné à cet ensemble morbide. Mais, Roussy a distrait les mouvements involontaires du syndrome thalamique pur (30) pour les attribuer enfin à une lésion concomitante du corps strié (31). Ce qui fait que le syndrome thalamique ne semble exister aujourd'hui, en tant que syndrome moteur extrapyramidal, que pour autant qu'il se complique d'une des affections que nous allons maintenant étudier.

Il est assez difficile d'introduire une classification dans le groupe de ces syndromes. L'anatomie et la physiologie pathologiques sont encore trop incertaines pour servir de base. Le mieux, semble-t-il, est donc d'établir une classification clinique, encore qu'elle ne coordonne que des apparences, en tenant compte toutefois des faits anatomo-pathologiques bien établis. Des recherches à venir nous permettront, sans doute, un jour de poser des cadres plus durables.

Notre exposition se fera donc dans l'ordre suivant :

- *A*. Syndromes parkinsoniens.
  - *a*. Maladie de Parkinson.
  - *b*. Parkinson juvénile.
  - *c*. Parkinson postencéphalitique et encéphalite épidémique.
- *B*. Syndromes choréiques et athétosiques.
  - *a*. Chorée d'Huntington.
  - *b*. Chorée de Sydenham.
  - *c*. Syndromes de C. Vogt.
- *C*. Syndromes hépato-striés
  - *a*. Maladie de Wilson.
  - *b*. Pseudo-sclérose de Westphal-Strumpell.
  - *c*. Spasme de torsion.

A. LES SYNDROMES PARKINSONIENS. — *a*. Sous ce titre, nous décrirons une série d'affections se rattachant à la *maladie de Parkinson*, ou paralysie agitante. L'étude clinique de ce syndrome fut à peu près complète dès 1817 (29), alors que c'est seulement dans ces toutes dernières années que son anatomie et sa physiologie pathologiques se sont quelque peu éclaircies.

Ces travaux récents ont à peu près fait justice du rôle étiologique de l'émotion, du traumatisme, du surmenage, etc. En revanche, il importe de bien mettre en valeur le rôle des infections. L'encéphalite épidémique, en particulier, laisse à sa suite, à côté de syndromes parkinsoniens curables, de véritables maladies de Parkinson, à évolution fatale, et cela avec un degré de fréquence très élevé. D'autres infections ont été mises en cause, ainsi que les intoxications chroniques. Enfin, l'athérome cérébral a, surtout chez le vieillard, un rôle important.

La maladie débute surtout à l'âge mûr. Le début est insidieux : il se fait par un tremblement de repos, léger et fugace, dans un groupe musculaire limité, accompagné parfois de crampes. En plusieurs années, le tremblement et la rigidité se généralisent, et le malade en arrive à la période d'état.

Nous décrirons rapidement cette période : son tableau clinique, très caractéristique, est bien connu. Rappelons qu'il est formé de trois symptômes :

1° *Le tremblement :* petit, régulier, assez rapide, 5 à 6 oscillations par seconde ; absent pendant le sommeil, il s'exagère sous l'influence des émotions et du froid, et s'atténue pendant les mouvements volontaires.

2° *La rigidité musculaire :* qui est le vrai symptôme du Parkinson [Charcot (4)]. Elle explique les troubles de l'attitude générale (Parkinson en flexion, Parkinson en extension) et l'aspect du facies figé et inexpressif qu'on connaît. Cette rigidité parkinsonienne est le type de ce qu'on appelle l'*hypertonie extrapyramidale* qu'il importe de distinguer de la contracture pyramidale.

Tout d'abord, cette hypertonie ne s'accompagne pas des autres signes de la spasticité pyramidale (parésie ou paralysie, exagération des réflexes, etc.). De plus, la contracture pyramidale présente les caractères d'un état invariable dans le temps ; tandis que l'hypertonie extrapyramidale est essentiellement variable, d'un jour à l'autre et dans une même journée, et disparaît quelquefois au repos. Les groupes musculaires qu'elle atteint sont aussi variables, contrairement à ce qui se passe dans la contracture, qui immobilise immuablement le membre dans l'attitude décrite par Wernicke et Mann (18). Enfin, quand on mobilise un article fixé par la spasticité pyramidale, on éprouve une sensation de résistance élastique continue, avec tendance immédiate au retour à la position première. Au contraire, dans la rigidité extrapyramidale, la mobilisation passive de l'avant-bras sur le bras, par exemple, s'accompagne de contractions et de décontractions désordonnées des fléchisseurs et des extenseurs réalisant, pour la main qui agit sur le levier formé par l'avant-bras, une sensation spéciale qu'on a appelée « le signe de la roue dentée ». Une série de mobilisations passives amène d'ailleurs une certaine sédation de la contracture tandis que l'hypertonie n'en subit aucun changement.

3° La *perte de l'automatisme* qui se manifeste à l'occasion de tous les actes qui demandent une coopération musculaire un peu complexe : la marche par exemple.

Les mouvements volontaires sont lents et vite

accompagnés de fatigue. Pas de signes pyramidaux. Pas de troubles psychiques.

L'évolution de l'affection est fatale; le malade finit dans le gâtisme, ou emporté par une maladie intercurrente.

b. Nous venons de décrire là la maladie de Parkinson classique : c'est le Parkinson présénile. A côté de ce syndrome on en range d'autres qui à vrai dire n'en sont que des modalités cliniques : le *Parkinson juvénile* décrit par Hunt (9) affection rare; le Parkinson présénile sans tremblement (C. et O. Vogt) qui paraît être une forme fruste; le Parkinson par lésions en foyer qui peut être à début brusque.

Les lésions de la maladie de Parkinson et des syndromes associés ne sont connues que depuis peu. Elles ont été cherchées dans les muscles, les nerfs périphériques, les glandes endocrines. Seul le névraxe a donné des résultats positifs : les lésions s'y localisent surtout dans la région de la base du cerveau [Hunt, Souques et Tretiakoff, C. et O. Vogt] (43).

Hunt (9, 10), a trouvé des lésions abiotrophiques du globus pallidus avec dégénérescence partielle du faisceau strio-hypothalamique, le reste du système nerveux étant intact; ces résultats sont ceux de l'examen de 3 cas. Sur 13 cas examinés, Tretiakoff (38) et l'école de P. Marie (34) ont trouvé les mêmes lésions abiotrophiques, mais siégeant sur le locus niger, avec lésions diffuses d'artériosclérose cérébrale. Il semble donc y avoir opposition entre les deux ordres de résultats obtenus. En réalité, cet antagonisme s'atténue si l'on songe aux relations étroites du locus niger avec le corps strié; et d'ailleurs le locus niger est peut-être un fragment du globus pallidus, séparé au cours du développement [Mirto] (33).

Wilson (50) a émis l'hypothèse de lésions siégeant dans le mésencéphale (noyau rouge et corps de Luys) en se basant surtout sur la comparaison de la rigidité parkinsonienne avec la rigidité décérébrée. La rigidité décérébrée s'observe dans des cas où des lésions mésencéphaliques et cérébelleuses dissocient les fonctions cérébrales des fonctions des centres inférieurs, le corps strié lui-même étant évidemment hors de cause.

On a pu aussi constater dans la maladie de Parkinson des lésions microscopiques en foyer. Les tumeurs se prêtent mal à une localisation fine, les signes de compression gênant l'interprétation; mais C. et O. Vogt ont trouvé dans plusieurs cas le noyau caudé atrophié et des lésions en foyer dans le noyau lenticulaire, prédominant dans le putamen si le tremblement était surtout marqué, dans le globus pallidus quand la rigidité dominait (43).

c. Il nous reste à parler d'une dernière forme clinique de la maladie de Parkinson : le *parkinsonisme postencéphalitique*, qui peut se présenter sous deux formes : soit le syndrome parkinsonien quelquefois fruste qui suit immédiatement la maladie aiguë et est curable. Soit la véritable paralysie agitante de la convalescence, évoluant comme la maladie de Parkinson typique, avec semble-t-il une fatigabilité toute spéciale [Sainton] (32). La première modalité correspond à une atteinte passagère des noyaux par l'inflammation. La seconde à une atteinte plus profonde, ayant laissé des lésions définitives; ou peut-être à une continuation atténuée de l'infection par le virus encéphalitique [Marinesco] (25), [Ardin-Delteil] (3). L'étude anatomo-pathologique du Parkinson postencéphalitique est encore peu avancée; elle semble jusqu'ici venir à l'appui des faits observés par Tretiakoff.

D'ailleurs cette modalité du Parkinson n'est que la persistance du tremblement qui figure au nombre des manifestations du *syndrome excito-moteur de l'encéphalique léthargique* [P. Marie et G. Lévy] (20). Ce syndrome groupe tout un ensemble de mouvements involontaires, le plus souvent myocloniques, mais parfois aussi choréoathétosiques, myorythmiques ou parkinsoniens. De plus, les troubles du tonus, dans l'extrême majorité des cas l'hypertonie, font partie intégrante du cortège symptomatique de l'encéphalite épidémique et y occupent une place si importante que l'ingénieuse théorie de Marinesco (25) peut expliquer par eux un grand nombre des symptômes de l'encéphalite léthargique. D'autre part d'après P. Marie (24), Marinesco (26), les lésions de l'encéphalite, surtout microscopiques, sont constituées par une inflammation périvasculaire extrêmement diffuse, mais frappant tout de même particulièrement la substance grise du mésocéphale (noyau lenticulaire, noyau caudé, corps de Luys, thalamus) et du pédoncule cérébral (locus niger, noyau rouge). En sorte que nous en arrivons à classer au moins une partie de la symptomatologie de l'encéphalite épidémique aux côtés de la maladie de Parkinson, dans les syndromes moteurs extrapyramidaux.

B. Les syndromes choréiques et athétosiques. — Les mouvements choréiques sont des mouvements involontaires, diminuant au repos, disparaissant pendant le sommeil, produisant une agitation désordonnée des membres et quelquefois de la tête, agitation de grande amplitude, sans systématisation régulière, donc d'allure absurde, ayant généralement un caractère moelleux, parfois comme enveloppant. Son rythme, d'ailleurs assez variable, est en règle assez lent, deux ou trois oscillations par seconde. Du côté des pieds et surtout des mains, ces mouvements choréiques s'accompagnent parfois d'athétose, mouvements extrêmement lents réalisant une reptation continue des doigts, sans secousses. Il est souvent difficile de faire le départ, dans le tableau symptomatique, de ce qui revient à la chorée et de ce qui revient à l'athétose. Aussi décrit-on souvent un syndrome choréo-athétosique.

a. Le mieux connu de ces syndromes choréiques est aujourd'hui la *chorée chronique progressive d'Huntington*. C'est une affection héréditaire dans la très grande majorité des cas, débutant à l'âge adulte. Elle se manifeste par des mouvements choréiques généralisés, s'accompagnant d'un état de démence progressive, compatible avec une vie de longueur normale. Le point important de la symptomatologie, c'est l'hypotonie [Lhermitte et Lamaze] (17) très marquée. Les mouvements volontaires sont ralentis. La succession rapide des mouvements alternatifs est impossible; mais doit-on considérer ce fait comme une véritable adiadococinésie? C. et O. Vogt (42) ont admis qu'il ne s'agissait là que d'une pseudo-adiadococinésie. Pourtant l'hypotonie qui est de règle n'est guère faite, au contraire de l'hypertonie, pour gêner les mouvements alternatifs. Pourquoi ne pas considérer avec Lhermitte (14-15) que nous avons là une adiadococinésie vraie? A côté de l'adiadococinésie cérébelleuse bien connue, il faudrait alors faire une place à l'adiadococinésie d'origine striée,

Les lésions de la chorée d'Huntington sont assez bien connues [Alzheimer] (1), [P. Marie] (22), [Lher-

mitte] (21). Elles consistent surtout en une atrophie corticale frontorolandique, sans dégénération des faisceaux de projection; et en une atrophie du noyau caudé et du putamen, respectant le globus pallidus avec dégénération profonde des cellules, et réaction névroglique intense. Il est à penser [P. Marie] (21) que le désordre moteur est à rapporter à la lésion striée, tandis que l'atrophie corticale ne serait que la traduction anatomique de l'état démentiel.

b. Etudions maintenant la chorée aiguë des enfants : la *chorée de Sydenham*. Sa description clinique est bien connue; là aussi à côté des mouvements involontaires, nous trouvons une hypotonie manifeste. Ces signes coïncident souvent avec d'autres manifestations infectieuses (rhumatisme, endocardite, etc.) et aussi avec des signes psychiques presque constants (diminution de l'affectivité, de la mémoire, etc.). L'évolution est dans l'immense majorité des cas, bénigne.

Considérée longtemps comme une névrose, la chorée de Sydenham doit être très probablement rapportée aujourd'hui à une encéphalite aiguë (14). Peu d'examens anatomo-pathologiques ont pu être pratiqués, la guérison étant de règle. Pourtant P. Marie et Tretiakoff (23) à l'examen d'un cas ont constaté des altérations importantes du corps strié. Mais les troubles de la chorée aiguë sont multiples; d'autre part un processus encéphalitique conserve rarement une localisation étroite. Cependant on peut sans doute rattacher les troubles moteurs et l'hypotonie à l'inflammation du corps strié [Lhermitte] (14).

Enfin c'est aussi à une lésion du noyau caudé et du putamen qu'il faut rattacher les manifestations motrices hémichoréiques et hémichoréo-athétosiques posthémiplégiques et postapoplectiques, et celles aussi qui se rapportent à une hémiplégie infantile [P. Marie] (19), [C. Vogt] (39). Les lésions sont limitées dans ces cas à un foyer d'hémorragie ou de ramollissement [Anton] (2), [C. Vogt et Oppenheim] (40), [Lhermitte] (16).

c. Aux syndromes choréo-athétosiques se rattache encore l'athétose double. En réalité on a longtemps appelé athétose double des syndromes de Wilson et des chorées d'Huntington (7). Il est plus précis de réunir comme le font les Vogt (41) sous le nom de *syndrome du corps strié* un ensemble symptomatique emprunté en partie à l'athétose double, en partie à la maladie de Little; ses éléments primordiaux, toujours bilatéraux sont les suivants : spasmes, athétose, phénomènes pseudo-bulbaires. Ce syndrome de C. Vogt peut se présenter sous deux aspects différents.

On peut avoir affaire à un état congénital, c'est la rigidité de Little, simple, quelquefois à type dit paraplégique, mais sans phénomènes paralytiques; en même temps, athétose bilatérale accentuée par les émotions, et rire et pleurer spasmodiques. Peu de mouvements spontanés. Le réflexe plantaire amène une extension capricieuse du gros orteil. C'est le pseudo-signe de Babinski, de C. Vogt (39), qui n'est que l'expression de l'athétose. L'affection est toujours régressive.

Au point de vue anatomo-pathologique on trouve une atrophie du noyau caudé et du putamen, avec apparition d'un feutrage myélinique donnant par la coloration au Weigert « l'aspect marbré » décrit par C. Vogt.

Au contraire le syndrome du corps strié peut se manifester comme un état acquis, débutant dans les premiers mois de la vie, évoluant de façon progressive. Son tableau clinique, une fois établi, est à peu près le même que celui que nous venons de décrire. La différence des âges d'apparition et l'évolution les distinguent seules. Dans cette dernière forme, l'examen histologique montre une dégénérescence des fibres d'union du noyau caudé avec le globus pallidus, ainsi que du globus pallidus avec a couche optique.

C. Les syndromes hépato-striés. — Ils comprennent trois types différents qui, indépendamment des symptômes nerveux qui varient d'un type à l'autre, ont en commun les caractères suivants :

Une cirrhose hépatique très spéciale qui ne se traduit que par une diminution de la zone de matité hépatique, avec hypertrophie splénique, sans autres signes cliniques (ascite, etc.) ni fonctionnels (glycosurie urobilinurie, etc.). A l'examen anatomo-pathologique, c'est une cirrhose à grosses nodosités, avec dégénérescence du parenchyme spécifique, secondairement transformé et intensement vascularisé, ce qui explique l'absence de signes de stase veineuse.

Autre point important : dans une grande proportion des cas on trouve une pigmentation spéciale de la cornée, vert brunâtre, sur la nature de laquelle la lumière n'est pas faite.

a. Le plus important des syndromes hépato-striés est l'entité morbide que Wilson (46, 47, 48) a isolée sous le nom de dégénérescence lenticulaire progressive, d'après des cas déjà épars dans la littérature et quelques observations personnelles. Cette étude a été reprise et complétée [Hall] (8) et aujourd'hui la *maladie de Wilson* forme un ensemble clinique bien défini.

Cette affection frappe surtout les hommes et particulièrement les adolescents. Elle revêt souvent un caractère familial. Elle a une évolution progressive et fatale à longue échéance.

On constate, en premier lieu, des symptômes moteurs; d'abord un tremblement intentionnel, rythmique et lent, à grandes oscillations, cessant au repos, renforcé par les émotions.

De plus, le tonus musculaire est toujours augmenté. Cette hypertonie est très accentuée et peut masquer le tremblement. Elle entraîne des troubles profonds de la parole, de la mimique, de la déglutition, ainsi que de la marche. Elle s'accompagne d'une asthénie très grande.

Fréquemment des troubles psychiques existent : euphorie puérile, avec périodes de récriminations.

L'examen anatomo-pathologique du cerveau montre des lésions qui, tout en prédominant au niveau du corps strié, atteignent d'autres régions de l'écorce, le noyau dentelé, etc. Elles sont constituées par une dégénérescence du tissu nerveux avec prolifération névroglique et apparition de cellules névrogliques géantes polynucléées d'Alzheimer. En l'absence de tout phénomène inflammatoire, cette prolifération névroglique ne semble pas être un phénomène réactionnel. Quoi qu'il en soit, il faut retenir que, contrairement à l'opinion de Wilson, la dégénérescence hépato-lenticulaire ne saurait être considérée comme un syndrome pur du corps strié et qu'il faut tenir grand compte, dans les interprétations, des lésions des formations voisines.

b. Westphal (45), puis Strumpell (35, 36) ont décrit une affection qu'ils appellent *pseudo-sclérose* en plaques et qui reproduit en gros le tableau clinique de la maladie de Wilson, mais l'hypertonie

est faible et peut faire défaut, tandis que le tremblement se trouve au premier rang du tableau symptomatique. Au point de vue anatomo-pathologique, les lésions sont plus discrètes, mais de même topographie.

Les transitions avec la maladie de Wilson sont insensibles et Hall (8), considère qu'il existe simplement une affection : la dégénérescence hépato-lenticulaire, dont on peut décrire deux types : le type Wilson et le type Westphall-Strumpell.

c. Enfin, il faut rapprocher de ce groupe le *spasme de torsion* signalé entre autres par Thomalla (37) et bien décrit par Mendel (27); cliniquement il s'éloigne nettement de la dégénérescence hépato-lenticulaire. En effet, il comprend des mouvements involontaires, type surtout choréo-athétosique et la musculature est, en général, hypotonique : à peu près normale à la face, mais particulièrement atteinte au niveau du pelvis, ce qui entraîne des attitudes vicieuses de la colonne vertébrale. Il y a peu de gêne de la parole et de la déglutition, et pas de pigmentation cornéenne. Mais, au point de vue anatomo-pathologique [Wimmer et Neel (52)], les lésions, tant cérébrales qu'hépatiques, paraissent être celles de la dégénérescence hépato-lenticulaire : altérations focales du noyau lenticulaire avec altérations diffuses du cerveau et cirrhose hépatique à grosses nodosités. Le spasme de torsion semble donc pouvoir être considéré comme une troisième forme, très aberrante celle-là, de la dégénérescence hépato-lenticulaire.

3° **Physiologie pathologique**. — La physiologie des noyaux gris centraux est connue, surtout, grâce à ces études anatomo-cliniques : inventaires minutieux de symptômes, suivis de rigoureux examens anatomo-pathologiques, elles ont été la principale source d'enseignements. Ce n'est pas que des expérimentateurs, entre autres Roussy (30) pour la couche optique et Wilson (49) pour le corps strié n'aient tenté des excitations et des destructions expérimentales chez le singe. En ce qui concerne le thalamus, les excitations restèrent sans réponse. Les destructions, très shockantes, ne donnèrent que des résultats bien inférieurs à ceux de la clinique.

Quant aux noyaux striés, leur destruction, même à peu près complète, par l'aiguille électrolytique, ne s'accompagne chez le singe d'aucun phénomène, ni mouvements involontaires, ni troubles du tonus. C'est là un résultat absolument paradoxal, et jusqu'ici tout à fait inexpliqué.

Connexions des ganglions de la base. — Mais, ces expériences sont loin d'avoir été inutiles. En effet, chacune d'elles devait être suivie d'un examen histo-pathologique, afin de vérifier les lésions obtenues. Aussi, à l'occasion de ces examens a-t-on pu fixer avec précision les voies d'association et de projection des noyaux gris centraux. Nous résumons ici ces résultats (fig. 2).

La voie sensitive, fait déjà connu, envoie une partie de ses fibres au cervelet, l'autre à la couche optique. D'ailleurs, les fibres sensitives cérébelleuses, après relai dans le noyau dentelé, se rendent par le pédoncule cérébelleux supérieur au noyau rouge et de là au thalamus. Le thalamus, enfin, est largement en rapport avec l'écorce cérébrale par les nombreuses fibres thalamo-corticales.

Mais, un autre arc d'articulations neuronales associe le corps strié à tout ce système. Le corps strié est sans relation directe avec l'écorce cérébrale. Bien mieux, toutes ses connexions avec les noyaux voisins se font par l'intermédiaire du globus pallidus. Il est vrai que les diverses parties du corps strié possèdent d'étroites communications intrinsèques qui font communiquer le noyau caudé avec le putamen (fibres strio-striées) et ces deux noyaux avec le globus pallidus (fibres strio-pallidales et pallido-striées).

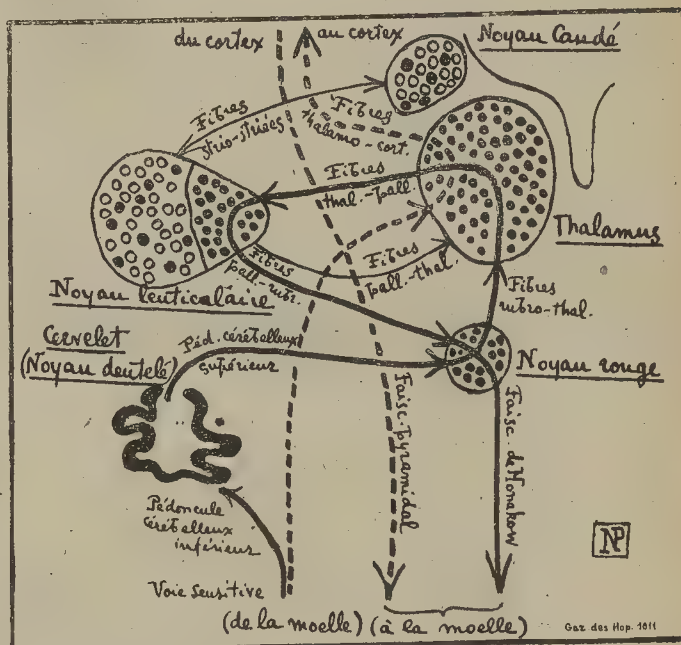


Fig. 2. — *Structure et connexions des noyaux gris*. — En noir, les cellules du type Golgi I. En blanc, celles du type Golgi II. (On voit la division du corps strié en striatum et pallidum.)

On remarquera que, de tous les noyaux, le thalamus *seul* possède des relations *directes* avec le cortex cérébral.

On remarquera particulièrement la voie *réflexe* spino-cérébello-rubio-thalamo-strio-rubro-spinale (en trait fort, plein) et on l'opposera à la voie *consciente* spino-thalamo-cortico-pyramidale (en trait fort, discontinu).

Le globus pallidus met l'ensemble en rapport avec les noyaux voisins : fibres pallidopètes et pallidofuges pour la couche optique (fibres pallido-thalamiques et thalamo-pallidales), fibres pallidofuges (anse lenticulaire) pour les noyaux gris sous-thalamiques : corps de Luys (fibres pallido-luysiennes), noyau rouge (fibres pallido-rubriques), locus niger (fibres pallido-nigriques).

Le noyau rouge, à son tour, parallèlement au faisceau pyramidal qui traverse par la capsule interne toutes ces formations, envoie le faisceau rubro-spinal de Monakow, qui descend ainsi jusqu'à la moelle et se met également en rapport avec les cellules motrices des cornes antérieures.

Les corps opto-striés, centres réflexes. — Ainsi reliés au reste du névraxe, les noyaux opto-striés constituent des centres réflexes.

On sait qu'il existe toute une hiérarchie dans les mouvements réflexes, depuis les plus rudimentaires comme les réflexes tendineux, jusqu'aux plus élevés, comme les actes dits conscients. Tous les intermédiaires existent.

En particulier, les noyaux gris centraux servent de relais à des réflexes dits subcorticaux ; derniers échelons avant le réflexe cortical. Il semble même que ces réflexes subcorticaux s'accompagnent, parfois du moins, d'un certain degré de conscience.

En nous rapportant aux observations cliniques, nous voyons qu'ils servent :

1° A la conservation du tonus, sans exagération, ni diminution.

2° A l'inhibition des mouvements inutiles. Nous reviendrons plus en détail sur ces deux premiers points.

3° Aux mouvements dus à des syncinésies dès longtemps acquises : défense, orientation, mimique, déglutition, marche, etc. Ce sont là les *mouvements d'automatisme primaire* de C. et O. Vogt. Remarquons que, s'ils sont troublés par une lésion des corps striés, ces mouvements, particulièrement, en ce qui concerne la marche, peuvent être imités par la volonté du malade qui donne alors une copie maladroite, mais réfléchie, une copie corticale en un mot, du mouvement qui est dû chez l'être normal, au simple automatisme du corps strié.

D'autre part, les réflexes d'automatisme primaire ne servent pas seulement à l'eurythmie de certains mouvements. La statique de l'individu est également sous leur dépendance. Le maintien d'une attitude exige une harmonie exacte entre les fléchisseurs et les extenseurs. Cette harmonie est réglée par le corps strié, dont la lésion entraîne des déformations accusées de la silhouette du malade. Sans parler des mouvements involontaires qui rendent impossible la conservation d'une position fixe, l'attitude générale est profondément perturbée (aspect tassé des parkinsoniens en flexion).

La genèse des symptomes extrapyramidaux. Les théories. — On peut essayer, en partant des données anatomo-cliniques d'édifier des théories pour apporter un peu plus de clarté dans le mécanisme de ces syndromes extrapyramidaux. Ici nous entrons dans le domaine des hypothèses. Aussi, devons-nous devenir très prudent ; nous allons indiquer les principales théories émises à ce sujet, en nous gardant autant que possible de prendre parti.

Pour Kahler et Pick (1879) (11), les mouvements involontaires étaient des phénomènes d'excitation du côté du système pyramidal. A cette théorie se sont rangés Lewandowsky (13), Monakow (28), Wimmer (51) et Roussy dans sa thèse (30).

S'élevant contre cette conception, Anton (2), le premier (1896), attribua les mouvements involontaires au système moteur extrapyramidal et Wilson (48) lui apporta l'appui de son opinion. Ces syndromes extrapyramidaux sont, en réalité, dus à

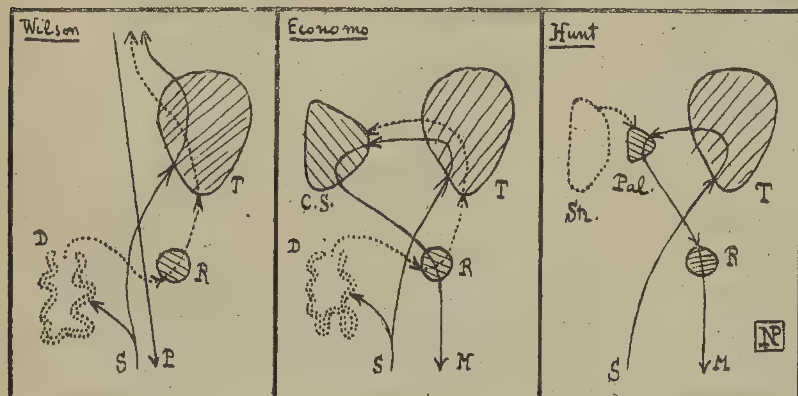


Fig. 3. — *Pathogénie des mouvements choréo-athétosiques. Schématisation des théories.* (En pointillé, les noyaux ou faisceaux troublés dans leurs fonctions.) — C,S, corps strié ; D, noyau dentelé ; M, faisceau de Monakow ; P, faisceau pyramidal ; Pal, pallidum ; R, noyau rouge ; S, voie sensitive ; Str, striatum ; T, thalamus.
Wilson, déficience du contrôle de D s'exerçant sur le cortex.
Economo, — D — C.S.
Hunt, — du Str — Pal.

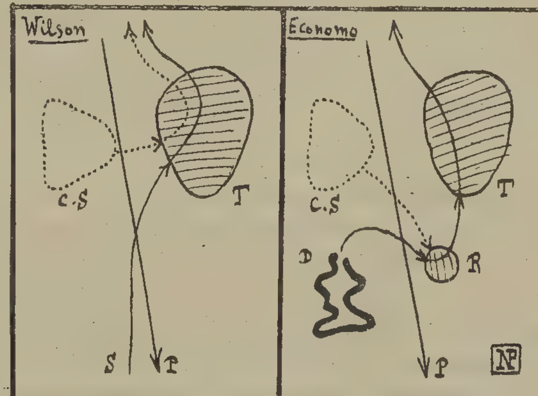


Fig. 4. — *Pathogénie de l'hypertonie. Schématisation des théories.* (Mêmes signes conventionnels que la figure 3.)
Wilson, défaut de l'inhibition du C.S. sur le cortex.
Economo, défaut de l'inhibition du C.S sur l'influx tonique venant de D.

des solutions de continuité dans le circuit : « Noyau dentelé, noyau rouge, thalamus, corps strié, noyau rouge, faisceau de Monakow ». Sur la base des théories de Wilson bien d'autres furent édifiées. On peut les schématiser en trois types principaux : la théorie de Economo (6), celle de Kleist (12), celle de Hunt (10). Voyons comment les grands symptômes sont interprétés dans ces trois théories.

1° *Les mouvements choréo-athétosiques.* — Les mouvements normaux sont des réflexes amenés par la voie sensitive et remmenées par la voie pyramidale. Normalement, toute excitation tendrait à provoquer un mouvement si la voie latérale cérébello-rubro-thalamo-corticale n'intervenait pour inhiber les réactions inutiles. Une interruption de cette voie cérébello-corticale amène la choréo-athétose, réponse désordonnée, non censurée, du cortex à toutes les incitations extérieures. Le corps strié n'interviendrait donc pas dans la pathogénie du syndrome. Telle est la théorie de Wilson.

Pour Economo, les mouvements choréo-athétosiques proviennent d'une reprise d'autonomie par les centres sous-corticaux libérés du contrôle de la voie sensitive cérébelleuse. Cette théorie fait du corps strié, le point de départ des mouvements involontaires (fig. 3).

Kleist attribue l'interruption de la voie cérébello-striée à une lésion siégeant sur le corps strié lui-même. De plus, il y distingue le striatum et le pallidum. Le striatum serait ici particulièrement lésé et amènerait l'incoordination des mouvements involontaires provoqués par le pallidum.

Cette distinction entre striatum et pallidum, Hunt y insiste encore plus fortement. Le striatum posséderait une faculté coordinatrice autonome. Comment expliquer alors les cas de chorée à lésion thalamique ? Ainsi les trois dernières théories, en faisant intervenir le corps strié, s'opposent à celles de Wilson. Elles semblent rendre compte des cas de chorée chronique à lésion strictement striée. L'état de la science est trop incertain pour qu'aucune puisse être définitivement adoptée.

2° *L'hypertonie.* — Wilson l'attribue à la suppression de l'action régulatrice du corps strié sur le

cortex conduite par la voie strio-thalamo-corticale : « L'hypertonie est une hyperactivité corticale non inhibée (fig. 4). »

Economo lui, considère le cervelet comme centre producteur du tonus, normalement régularisé par le corps strié. Une lésion du corps strié supprimerait ce contrôle. Contrairement à la chorée, l'hypertonie suppose toujours une lésion du corps strié. Economo ajoute ici à la théorie de Wilson le rôle du cervelet.

Kleist et Hunt rapportent l'hypertonie à une lésion du globus pallidus.

Dans l'ensemble, les deux premières théories rendent un compte assez exact de la quasi-proportionnalité qu'il y a dans la maladie de Wilson entre les lésions striées et l'hypertonie constatée. Dans les cas les plus hypertoniques, on n'a pas constaté d'altérations particulièrement marquées des cellules du pallidum. Il est donc prudent d'attendre de nouvelles recherches au sujet de la théorie de Kleist et Hunt. Enfin, la théorie d'Economo explique bien l'hypotonie qui accompagne les lésions cérébelleuses.

3° *Le tremblement.* — Wilson le rapporte à une lésion du corps strié, entraînant la dégénérescence de la voie efférente strio-rubro-spinale qui ne régularise plus le jeu des antagonistes.

Kleist fait du tremblement un trouble fonctionnel du noyau rouge, non un symptôme strié vrai.

Hunt, imagine un « inhibitor tremor centre » situé dans la région sous-thalamique.

La théorie de Wilson explique comment le tremblement, symptôme strié, peut aussi appartenir aux affections du noyau rouge (Benedict); elle explique la coexistence habituelle du tremblement avec l'hypertonie, les deux symptômes étant rapportés à une lésion de la même voie strio-rubrique.

Un certain scepticisme peut germer dans l'esprit à la suite de toutes ces incertitudes. Aussi nous croyons devoir rappeler les acquisitions positives que nous avons rencontrées dans cette étude.

Dans tous ces syndromes moteurs qui se produisent sans qu'il y ait lésion du faisceau pyramidal, on s'accorde à limiter, dans la grosse majorité des cas, les altérations aux noyaux gris de la base du cerveau. Quant aux localisations plus précises des lésions dans ces noyaux, elles sont encore discutées pour quelques affections. Dans d'autres, en revanche, elles sont fixées (chorée d'Huntington, maladie de Parkinson, syndrome de Wilson).

Comment agissent ces lésions? Ce point est extrêmement obscur à cause de la complexité, d'une part des symptômes, d'autre part des lésions. Sur certains points des théories suffisamment explicatives ont été bâties (Wilson, Economo) sur d'autres des hypothèses (Hunt) attendent confirmation.

Si maintenant nous réfléchissons qu'au début du siècle le faisceau pyramidal était seul invoqué pour expliquer les syndromes moteurs ; que le Parkinson et la chorée étaient des névroses ; que les corps opto-striés étaient à ce point inexplorés qu'on voulait parfois en faire des organes en voie de régression ; nous sommes obligés de reconnaître que le chemin parcouru est considérable.

BIBLIOGRAPHIE DES TRAVAUX CITÉS

On trouvera la bibliographie complète de la question en se reportant aux travaux cités sous les numéros (8), (14), (27), (30), (38), (47).

(1) ALZHEIMER. Ueber die anat. Grundlage der Huntingtons Chorea, *Neurol. Centralbl.*, 1911, Bd XXX.

(2) ANTON. Ueber die Beteiligung der grossen Basalen Gehirngauglien bei Bewegungsstörungen, *Jahrb. f. Psych.*, 1896, Bd XIV.

(3) ARDIN-DELTEIL et DERRIEU. Les syndromes strio-pallidaux dans l'encéphalite épidémique, *Sud méd.*, 1921, p. 1646.

(4) CHARCOT. La paralysie agitante, *Th. de Paris*, Ordenstein, 1868.

(5) DÉJERINE et ROUSSY. Le syndrome thalamique, *Revue neurol.*, 30 juin 1906, p. 521.

(6) ECONOMO. Wilsons Krankheit, *Zeit. f. dergl. Neurol. und Psych.*, 1919, Bd XLIII.

(7) FREUND et VOGT (C.). Ein neuer Fall von Etat marbré des Corpus Striatum, *Journ. f. Psych. und Neurol.*, 1911, Bd XVIII.

(8) HALL. *La Dégénérescence hépato-lenticulaire*, Paris 1921, Masson.

(9) HUNT. Progressive atrophy of the globus pallidus, *Brain*, 1917, vol. XL.

(10) HUNT. Primary atrophy of the pallidal system, *Arch. of int. med.*, 1918, vol. XXII.

(11) KAHLER et PICK. Beiträge zur Path. und path. Anat. des centralen Neiven-systems, *Prag. Viert. f. die prakt. Heilk.*, 1879, Bd CXLI.

(12) KLEIST. Zur Auffassung der subcortikalen Bewegungsstörungen, *Arch. f. Psych.*, 1918, Bd LIX.

(13) LEWANDOWSKI. *Die Funktionen des Zentralen Nervensystems*, Iéna, 1907.

(14) LHERMITTE. Les syndromes anatomo-cliniques du corps strié, *Ann. de méd.*, août 1921, t. VIII.

(15) LHERMITTE. Les syndromes physiopathologiques du corps strié, *Paris méd.*, 2 oct. 1920.

(16) LHERMITTE et CORNIL. Sur un cas de syndrome strié chez l'adulte, Soc. de neurol., *Revue neurol.*, juin 1920.

(17) LHERMITTE et LAMAZE. Sur la symptomatologie de la chorée d'Huntington, Soc. de neurol., *Revue neurol.*, juillet 1920.

(18) MANN. Ueber den Lähmungstypus bei der cerebralen Hemiplegie, *Deut. Zeit. f. Nerven.*, 1897, t. X.

(19) MARIE (P.). Hémiplégie spasmodique infantile, article du *Dictionnaire de Dechambre*.

(20) MARIE (P.) et LÉVY (G.). Le syndrome excito-moteur de l'encéphalite épidémique, *Revue neurol.*, 1920, p. 513.

(21) MARIE (P.) et LHERMITTE. Les lésions de la chorée chronique progressive, *Ann. de méd.*, janv. 1914.

(22) MARIE (P.) et PORAK. Sur un cas de chorée d'Huntington, *Revue neurol.*, janv. 1914, p. 10.

(23) MARIE (P.) et TRÉTIAKOFF. Examen histologique des centres nerveux dans un cas de chorée aiguë de Sydenham, *Revue neurol.*, 1920, p. 428.

(24) MARIE (P.) et TRÉTIAKOFF. Examen histologique des centres nerveux dans deux cas d'encéphalite léthargique, *Soc. méd. des hôpit.*, 24 mai 1918.

(25) MARINESCO. Contribution à l'étude des formes cliniques de l'encéphalite épidémique, *Revue neurol.*, janv. 1921.

(26) MARINESCO. Contribution à l'étude de l'histologie de l'encéphalite léthargique, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1918.

(27) MENDEL. Torsions Dystonia, *Monat. f. Psych. und Neurol.*, 1919, Bd XLVI.

(28) MONAKOW. *Gehirnpathologie*, Wien 1905.

(29) PARKINSON. *Essay on the shaking palsy*, 1817.

(30) ROUSSY. La couche optique, *Th. de Paris*, 1907.

(31) ROUSSY et CORNIL. A propos de deux cas de syndrome thalamique, Soc. de neurol., 2 juin 1921, *Revue neurol.*, 1921, n° 6.

(32) SAINTON et SCHULMANN. Parkinsonisme de fatigue et crises parkinsoniennes, *Revue neurol.*, 1921, n° 11.

(33) SOUQUES. Les syndromes parkinsoniens, rapport à la Réunion neurologique annuelle de 1921, *Revue neurol.*, 1921, n° 6.

(34) SOUQUES et TRÉTIAKOFF. Lésions du locus niger dans trois cas de paralysie agitante, *Soc. méd. des hôpit.*, 16 juillet 1920.

(35) STRUMPELL. Ueber die westphalsche Pseudosclerose, *Zeit. f. Newen.*, 1898, Bd XII.
(36) STRUMPELL. Zur Kenntniss der sogenannten Pseudosclerose, *Zeit. f. Nerven.*, 1916, Bd LIV.
(37) THOMALLA. Ein Fall von Torsions Spasmus, *Zeit. f. derg. Neurol. und Psych.*, 1918, Bd XLI.
(38) TRÉTIAKOFF. Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique du locus niger, *Th. de Paris*, 1919.
(39) VOGT (G.). Quelques considérations générales à propos du syndrome du corps strié, *Journ. f. Psych. und Neurol.*, 1911, Bd XVIII.
(40) VOGT (C.) et OPPENHEIM. Syndrom des corpus striatum, *Neurol. Centralbl.*, 1911, Bd XXX.
(41) VOGT (C.) et OPPENHEIM. Wesen und Lokalisation der pseudobulbäre Paralysis, *Journ. f. Psych. und Neurol.*, 1911, Bd XVIII.
(42) VOGT (C. et O.). Erster Versuch einer pathologisch anatomischer Einteilung striärer Motilitätsstörungen, *Journ. f. Psych. und Neurol.*, 1920, Bd XXV.
(43) VOGT (C. et O.). Zur Lehre der Erkrankungen des striären systems, *Journ. f. Psych. und Neurol.*, 1921, Bd XXV.
(44) VOGT (C. et O.). Zur Kenntniss der pathologischen Veränderungen des Striatum und des Pallidum, *Heid. Akad. der Wissensch.*, 1919.
(45) WESTPHAL. Ueber eine dem Bilde der cerebrospinalen grauem Degeneration ähnlische Erkrankung, *Arch. f. Psych.*, 1883, Bd XIV.
(46) WILSON. Dégénération lenticulaire progressive, *Revue neurol.*, 1912, p. 230.
(47) WILSON. Progressive lenticular Degeneration, *Brain*, 1912, vol. XXXIV.
(48) WILSON. Progressive lenticular Degeneration, *Hand. der Neurol.*, 1914, Bd V.
(49) WILSON. An experimental research into the Anatomy and Physiology of the corpus striatum, *Brain*, 1914, vol. XXXVI.
(50) WILSON. Physiologie pathologique de la rigidité et du tremblement parkinsoniens, Soc. de neurol., 3-4 juin 1921, *Revue neurol.*, 1921, n° 6.
(51) WIMMER. Huntingtons Chorea, *Hostitalstidende*, 1906, p. 509.
(52) WIMMER et NEEL. Un cas de spasme de torsion, *Soc. neurol. de Copenhague*, 1920.

NOTES DE PRATIQUE

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE LARYNGÉE PAR LES SELS DE TERRES RARES (1),

Par MM. Georges PORTMANN et R. DURAND.

Nous croyons utile de rapprocher du récent article de M. Bardales (de Lima) [*Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 60, p 966] le résumé des intéressantes observations de MM. G. Portmann et R. Durand sur l'emploi des sels de terres rares dans le traitement de la tuberculose laryngée.

L'étude détaillée des observations de ces malades examinés jour par jour, disent ces auteurs, leur a suggéré des considérations qui peuvent être résumées de la façon suivante :

« 1° Les lésions laryngées aux périodes secondaire et tertiaire (formes infiltro et ulcéro-œdémateuses) ne semblent pas avoir été améliorées par le traitement (obs. I, II, V, VI, VII, VIII, IX), même après deux séries d'injections de sels de terres rares (obs. III) les lésions pulmonaires n'ont pas été modifiées.

Cependant, il importe de remarquer (obs. III) que le malade, dans la période de repos qui a suivi la première série d'injections, a éprouvé une amélioration marquée de son état général, augmentation des forces, retour de l'appétit. S'il avait été placé dans des conditions plus favorables (sanatorium), il aurait peut-être pu trouver dans une cure appropriée un adjuvant efficace à l'action des terres rares.

(1) Bordeaux 1922, Imprimerie Moderne, 8, rue Paul-Bert.

2° La fièvre pose une contre-indication formelle à l'emploi des terres rares (obs. II et VIII). Dans ces deux cas on a été obligé d'interrompre le traitement; dans le premier, après la cinquième piqûre et dans le second après la quatrième, les malades présentant une recrudescence de température, des courbatures et une exagération des symptômes fonctionnels.

3° Les injections intralaryngées ont produit un résultat fâcheux (obs. V et III) dans les formes infiltro et ulcéro-œdémateuses. La température augmente. La dysphagie devient plus marquée, la salivation s'exagère surtout la nuit et empêche le malade de dormir.

4° Les sels de terres rares ont été incapables de combattre la cachexie (obs. I et VII). Les malades n'ont pas été améliorés par une série de vingt injections et ont succombé à leur état de faiblesse.

5° Dans les formes de laryngite bacillaire au début (obs. X et IV) l'action des terres rares a été manifestement efficace et s'est traduite par un retour des forces, de l'appétit, une augmentation du poids (3 kilogs, obs. X). Localement : par une atténuation marquée des lésions laryngees, et, au point de vue pulmonaire, par une diminution des signes fonctionnels : toux et expectoration.

Les malades ont été améliorés par les injections intralaryngées : la dysphagie a presque disparu et l'irritation est devenue beaucoup moins accusée.

Il semble donc qu'il faille réserver les injections intralaryngées au traitement de cette seule forme de tuberculose du larynx et la proscrire dans les formes ulcéro et infiltro-œdémateuses.

En se basant sur ces considérations et sur les résultats obtenus, les auteurs pensent que la thérapeutique par les sels de terres rares du groupe cérique peut être employée dans la tuberculose laryngée, mais avec discernement, et en se rappelant qu'elle reste contre-indiquée chez les fébricitants.

Dans toutes les formes : primaire (inflammatoire), secondaire (infiltro et ulcéro-œdémateuse tertiaire), les terres rares sont susceptibles d'améliorer l'état général (appétit, augmentation de poids, réapparition des forces, etc.).

Mais alors que dans les laryngites bacillaires, au début, on constate l'atténuation des symptômes locaux, chez les infiltro et ulcéro-œdémateux l'état local ne paraît pas modifié et reste commandé par l'évolution des lésions pulmonaires. »

SOCIETES SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 31 JUILLET 1922)

Sur la contagiosité de la fièvre aphteuse. — MM. H. VALLÉE et H. CARRÉ. Dans une récente note (1), M. Lebailly indiquait que la propagation de la fièvre aphteuse « se fait par les animaux malades aux seules périodes d'incubation et d'invasion, pendant un temps très court », tandis que les sujets porteurs d'aphtes rupturés depuis quatre jours sont incapables de transmettre la maladie.

MM. H. Vallée et Carré ont observé de leur côté des faits qui confirment, en ce qu'elles ont d'essentiel, ces constatations de M. Lebailly.

De toute évidence, disent-ils, la transmission de la fièvre aphteuse s'opère particulièrement bien aux tous premiers stades de l'infection. C'est qu'à ce moment les urines du malade sont déjà virulentes, ainsi qu'ils l'ont constaté expérimentalement, avant l'apparition des premiers signes cliniques.

Ils estiment cependant en se basant sur d indiscutables faits de transmission tardive, que si ces constatations plaident en faveur de toutes mesures propres à prévenir la propagation de la fièvre aphteuse par le malade, à la toute première période du danger (séquestration des effectifs, quarantaine, etc.), il ne convient point de modifier les dispositions, universellement admises, des législations sanitaires qui, à

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 24 juin 1922, n° 49, p. 795.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Excursions a Fontainebleau et a Moret. — *Train spécial à prix réduits.* — Rappelons que la Compagnie P.-L.-M. mettra en marche, tous les dimanches, jusqu'au 24 septembre, un train spécial à prix réduits, 2e et 3e classes, de Paris à Fontainebleau et Moret dans les conditions suivantes :

Aller : dép. de Paris, 7 h. 30; arr. Fontainebleau 8 h. 35; Moret 8 h. 50. Retour : par tous les trains du même jour dans les conditions prévues pour les voyageurs.

Prix des billets aller et retour : de Paris à Fontainebleau, 2e cl. 11 fr., 3e cl. 7 fr.; de Paris à Moret, 2 cl. 12 fr., 3e cl. 7 fr. 50.

Nombre de places limité. Délivranee des billets : Agence P.-L.-M., 88, rue Saint-Lazare; gare de Paris P.-L.-M.; bureaux de ville de la Compagnie et principales Agences de voyages.

A la gare de Fontainebleau, le nouveau train est en correspondance directe avec les services P.-L.-M. d'autocars pour la visite de la Forêt.

l'exemple de la nôtre, ne rendent à la libre pratique les animaux affectés de fièvre aphteuse que quinze jours après guérison.

Double chronaxie et double point moteur dans certains muscles de l'homme. — M. Georges BOURGUIGNON. Tous les extenseurs à l'avant-bras sauf les radiaux et le jambier antérieur à la jambe, ont deux points moteurs, avec deux chronaxies et deux contractions de rapidité différente.

La chronaxie la plus petite correspond à la contraction la plus rapide. La double chronaxie paraît répondre à une double fonction.

La loi de l'égalité de la chronaxie des muscles synergiques reste vraie, en l'appliquant aux fibres musculaires et non au muscle en totalité, lorsqu'il s'agit des muscles qui ont deux chronaxies.

LIVRES NOUVEAUX

La thérapeutique des péchés capitaux (1), par le docteur J. LAUMONIER.

La *Gazette des hôpitaux* n'a pas à présenter à ses lecteurs, son collaborateur et ami, le docteur Laumonier. Il y a déjà longtemps qu'il s'est présenté lui-même et que nos lecteurs ont pu apprécier sa vaste érudition, la finesse de son esprit critique et sa fière indépendance.

C'est pour nous une tâche, à la fois agréable et difficile, de donner en quelques lignes une idée de son nouveau volume, rempli de réflexions physiologiques et psychologiques, d'idées nouvelles et quelque peu hardies, de conceptions originales et personnelles qui mériteraient un examen critique et une discussion étendus.

Il y a déjà longtemps que M. Laumonier s'occupe de cette question de la thérapeutique des péchés capitaux. Vouloir traiter la gourmandise, la paresse, la luxure, la jalousie, la colère, l'orgueil et l'avarice, ce n'est certes pas là œuvre banale. Dès 1910, notre collègue a publié quelques travaux sur la paresse et la colère; depuis, il a évolué; après avoir été, comme nous tous, quelque peu partisan de la psychothérapie il est arrivé à constater son peu d'efficacité, d'accord en cela avec beaucoup de professeurs, d'instituteurs, de prêtres et de médecins. Voilà donc encore une illusion thérapeutique qui tombe.

L'histoire d'une fillette qui a été guérie de sa jalousie, ignorée du médecin, par le simple traitement de ses troubles hépatiques a ouvert à M. Laumonier de nouveaux horizons et de là à attribuer à des causes purement pathologiques un certain nombre des troubles qui constituent les passions ou les péchés capitaux, il n'y avait qu'un pas : M. Laumonier n'a pas hésité à le franchir. Il va même plus loin, pour lui les péchés capitaux se rattachent plus intimement qu'on ne croit aux maladies sociales dont il sont plus souvent « la cause que l'incidence ».

En poursuivant notre lecture, nous avons été quelque peu surpris et comme un peu étourdis par la richesse des arguments que nous donne M. Laumonier en faveur de sa thèse. Nous savons combien dans ces derniers temps on a attribué d'importance aux sécrétions endocrines. Bien souvent nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas là quelque exagération. On peut comprendre à la rigueur qu'un hépatique ou qu'un dyspeptique qui souffre, qui est exposé au *tædium vitæ* se laisse aller à des accès de colère. Mais quand il s'agit de certaines passions, en particulier de la passion amoureuse, admettre avec Montaigne qu'après tout « Vénus n'est autre chose que plaisir à décharger ses vases » c'est, peut-être, aller un peu loin. A lire certaines assertions de M. Laumonier, on serait tenté de lui dire, comme Sganarelle à Don Juan : « ... Vous tournez les choses d'une manière qu'il semble que vous avez raison; et cependant il est vrai que vous ne l'avez pas. »

Bien loin d'avoir en ces matières la compétence de notre collègue, je m'excuse de mes doutes et de mes critiques, mais je voudrais bien tout de même qu'on pût conserver à l'amour quelque poésie.

A. BROCHIN.

(1) Paris, Félix Alcan.

Etudes neurologiques (1), par le docteur G. GUILLAIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine.

L'auteur a réuni, dans ce volume, des études neurologiques personnelles dans lesquelles il a apporté des données nouvelles de séméiologie et de nosographie.

Bien que concernant des sujets variés de la pathologie de l'encéphale, de la moelle épinière, des nerfs craniens et rachidiens, et des méninges, ces études neurologiques ont toutes été poursuivies avec la même idée directrice, à savoir que la pathologie du névraxe devait être approfondie avec toutes les méthodes de la biologie générale. M. Guillain fait remarquer dans sa préface que s'il est incontestable et indiscuté que l'anatomie et la physiologie du système nerveux doivent être à la base de toutes nos connaissances neurologiques, il faut, en présence des malades, avoir, comme on l'a dit très justement, le penser anatomique et physiologique : mais la neurologie moderne doit savoir faire appel à toutes les méthodes bactériologiques, physiques et chimiques qui, dans l'évolution actuelle de toutes les branches des sciences médicales, ont ouvert tant d'horizons nouveaux.

L. G.

Boesinghe ou les Combats de la 87e division territoriale sur l'Yser, 1914-1918 (2), par le docteur NEL.

Le docteur Nel (de Granville) vient de faire paraître sous ce titre, un livre qui, rédigé sous forme de journal de route, décrit la lutte qui s'est déroulée sur les bords de l'Yser. C'est un récit très documenté : des cartes, des plans, des photographies aident le lecteur à se mieux représenter le théâtre des exploits de la fameuse division; mais c'est aussi un roman de lecture captivante où l'on suit avec intérêt les jours et les années vécus par l'auteur, où se déroulent des scènes tantôt dramatiques, tantôt amusantes, où des descriptions rigoureuses représentent la vie de tranchées et de combats.

Il est intéressant pour tous, aussi bien pour ceux qui ont vécu ces heures historiques et qui retrouveront leurs souvenirs, que pour ceux qui voudront lire un récit impartial de la guerre, des misères endurées, des sentiments éprouvés par les combattants.

J.-M. LE GOFF.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — DÉPLIANTS-CARTES DE LA ROUTE DES ALPES DE NICE A EVIAN. — La Compagnie P.-L.-M. vient d'éditer une collection artistique en six couleurs de six dépliants-cartes correspondant aux six étapes de ses services automobiles de la route des Alpes :

1° Nice-Barcelonnette; 2° Barcelonnette-Briançon; 3° Briançon-Grenoble; 4° Grenoble-Annecy; 5° Annecy-Chamonix; 6° Chamonix-Evian.

Chaque carte, placée sous couverture rehaussée de deux aquarelles représentant des vues de la région, comporte, en outre du kilométrage dans les deux sens et du profil de la route, l'indication des points caractéristiques : villages, cols, sommets, glaciers, etc. Les sommets et glaciers visibles de cette route sont repérés par des flèches de direction, de façon que le voyageur puisse se rendre facilement compte de leur situation :

Prix de vente : 2 francs la carte, 10 francs la pochette de six cartes dans les agences P.-L.-M., les bureaux de renseignements et bureaux de ville du réseau. Envoi par poste recommandé sur demande adressée à l'agence P.-L.-M., 88, rue Saint-Lazare, à Paris, ou au service de la publicité de la Compagnie P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, à Paris, et accompagnée de la somme de : 2 fr. 40 par carte, 10 fr. 85 par pochette de six cartes pour les expéditions à destination de la France; 2 fr. 45 par carte, 11 fr. 05 par pochette de six cartes pour les expéditions à destination de l'étranger.

(1) 1 vol. de 470 pages avec 18 figures et 4 planches hors texte. — Prix : 25 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

(2) 1 vol. de 410 pages. — Prix : 9 fr. 50. — En vente chez Floury, boulevard des Capucines, Paris, et à l'*Ouest-Eclair*, rue du Pré-Botté, Rennes.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 64 — JEUDI 17 & SAMEDI 19 AOUT 1922. 95e ANNÉE. JEUDI 17 & SAMEDI 19 AOUT 1922. — N° 64.

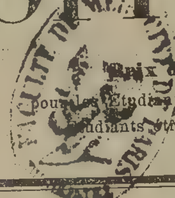
Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.



Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Un concours pour la nomination à quatre places d'interne en médecine dans les hôpitaux de Rouen, aura lieu le jeudi 23 novembre 1922. Les épreuves commenceront à 4 h. 1/2 à l'hospice général, salle des séances.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — Le cours de clinique annexe d'oto-rhino-laryngologie, créé par l'arrêté du 3 janvier 1920, est transformé en cours complémentaire d'oto-rhino-laryngologie.

La chaire d'hygiène est transformée en chaire d'hygiène, d'hydrologie et de climatologie.

— BORDEAUX. — Un emploi de chef de travaux est créé à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Sont supprimés un emploi de préparateur de travaux pratiques et de laboratoire de recherches et un emploi de chef de laboratoire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — Un concours s'ouvrira le 11 décembre 1922, devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie.

Un concours s'ouvrira le 4 décembre, devant la Faculté de médecine de Lille pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine d'Amiens.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

— ANGERS. — M. Boquel, professeur de clinique obstétricale, est nommé directeur pour trois ans, à partir du 1er juin 1922.

— Un concours s'ouvrira le 18 décembre 1922, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine d'Angers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— BESANÇON. — M. Maldiney, chef des travaux de physique à la Faculté des sciences de Besançon, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1922-1923, d'un cours de physique à l'Ecole de médecine de cette ville.

M. Thouvenin est chargé, pour l'année scolaire 1922-1923, d'un cours de pharmacie et matière médicale.

— CLERMONT. — M. Bousquet, professeur et directeur, admis à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé professeur honoraire et directeur honoraire.

M. Huguet, professeur, admis à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé professeur honoraire.

Sont nommés, pour l'année scolaire 1922-1923, chefs de travaux :

MM. Buy, professeur, anatomie; Billard, professeur, physiologie; Mornac, professeur, bactériologie; Dionis du Séjour, suppléant, médecine opératoire; Merle, suppléant, histologie; Sémeilhon, suppléant, physique et chimie; Perrin, professeur, histoire naturelle.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1922-1923, des cours ci-après désignés :

MM. Billard, professeur, pathologie expérimentale; Sémeilhon, suppléant, chimie biologique.

— DIJON. — M. Leclerc, suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, en outre, du 1er mai au 31 octobre (congé de M. Parizot), d'un cours de clinique chirurgicale.

— GRENOBLE. — M. Traversier, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est prorogé dans ses fonctions jusqu'au 31 octobre 1926.

M. Offner est institué pour une nouvelle période de neuf années, à dater du 15 mars 1922, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— MARSEILLE. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1922-1923, des cours ci-après désignés :

MM. Audibert, professeur, pathologie générale; Brun, clinique chirurgicale infantile; Cassoute, hygiène et maladies de la première enfance; Jacob de Cordemoy, histoire naturelle coloniale; Cousin, professeur, anatomie topographique; Moitessier, professeur, chimie biologique; Raybaud, pathologie exotique; Imbert, agrégé, physique biologique.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

RÉGIONS LIBÉRÉES. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Bailliez (de Harnes), Séjournet (de Fumay).

COLONIES. — (Au titre civil.) *Au grade de chevalier.* — M. le médecin de colonisation Cloître (de Madagascar).

(Au titre indigène.) M. le médecin indigène Rabenjoro (de Madagascar).

LA PRÉPARATION A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LYON. — Le ministre de la Guerre vient de décider, à titre transitoire et exceptionnellement pour l'année 1922, que les anciens élèves du Prytanée militaire qui ont obtenu en 1921, au Prytanée, un diplôme universitaire donnant accès aux études médicales et qui en fin d'année 1922 ont obtenu leur certificat d'études physiques chimiques et naturelles P. C. N. pourront être admis à la préparatoire du Prytanée militaire à l'école du service militaire créée par le décret du 10 janvier 1922.

Les étudiants, qui désirent être admis à la division préparatoire, devront en faire la demande d'urgence au commandant du Prytanée militaire dans les conditions fixées par l'instruction ministérielle du 2 juin 1922.

Ils formeront une troisième catégorie, qui ne viendra qu'à la suite de ceux visés par la lettre ministérielle du 8 juillet 1922 (deuxième catégorie) et ne pourront être admis à la division préparatoire que dans la limite des places laissées disponibles par les deux catégories précédentes. Ils recevront notification de leur admission à la division préparatoire, par l'intermédiaire du Prytanée militaire.

GUERRE. — Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 2 août 1922, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent, gratuitement, aux militaires de la gendarmerie (*suite* [voir p. 109 et 1010]) :

Médailles de bronze (délivrées après après quinze années de soins gratuits). — 5e légion : MM. Chevrolle (de Beton-Bazoches), Forestier (de Seignelay), Robert (de Joigny), Blanche (de Brienon).

6e légion : MM. Berruzier (de Rocourt), Jullich (de Saulces-Monclin).

7e légion : MM. Jacquot (d'Audincourt), Boillerault (d'Ambérieu), Girard (de Montbenoît), André (de Pont-de-Roide).

8e légion : MM. Beaudot (de Paray-le-Monial), Vilbonnet (de Blet), Huchon (de Dun-sur-Auron), Landon (de Graçay), Bernardet (de Toulon-sur-Arroux), Delabaudinière (de Graçay).

9e légion : MM. Bregeon (de Gençay), Malecot et Lambert (d'Ingrandes), Algret (de La Châtre), Chailloux (de Saint-Flovier), Michiels (de Saint-Savin), Quintard (de Trois-Moutiers).

10e légion : MM. Bouché (de Rostrenen), Baudot (de Pontrieux), Cochet (de Broons), Duval (de Carentan), Brandès (de Lézardieux).

11e légion : MM. Besse (de Muzillac), Labour (de Montoir), Mével (de Douarnenez), Bastard (de Bournezeau), Halgand (de Savenay), Gascon (de Redon).

12e légion : MM. Faguet (de Brantôme), Lanceplaine (d'Alles), Pouret (de Mézières-sur-Issoire), Lafaye (de Saint-Astier), Chauvaud-de-Rochefort (de Saint-Pardoux-la-Rivière), Laboisne (de Chabanais), Roullet (d'Ussel).

13e légion : MM. Galland (d'Allègre), Capela (d'Urçay), Picandet (de Montmarault), Renon (de Hérisson), Moisset (de Saint-Urcisse), Fabre (de Dompierre).

14e légion : MM. Guillat (de Saint-Jean-en-Royans), Eynard (de Saint-Nazaire-en-Royans), Boissat (de Péage-de-Roussillon), Bernard (de Nyons), Chateau (de Grenoble), Marchat (de Remuzat).

14e légion *bis* : MM. Clément (de Rumilly), Verdan-Menod (de Viuz-en-Sallaz), Beck (d'Annemasse), Rousset (de Chamoux), Bourbon (de Reignier), Quenda (de Lanslebourg), Caffarel (de Modane).

15e légion : MM. Paget (de Saint-Chamas), Armandon (de Lamastre), Caire (de Sainte-Cécile), Laurens (de Montfrin), Veyrune (de Lédignan), Charra (de Lamastre), Curel (de Saint-Saturnin-d'Apt), Paolantonacci (de Saint-Louis-du-Rhône), Bressot (de Vals-les-Bains), Vignard (de Cadolive), Gaimard (d'Aubagne), Meizonnet (de Mallemort).

15e légion *bis* : MM. Senès (de Moustiers), Serraire (de Saint-Auban), Cossa (de Saint-Etienne-de-Tinée), Daniel (d'Ollioules), Vadon (de Saint-Raphaël), Lyons (de Cap-d'Ail).

15e légion *ter* : MM. Giudicelli (de Sari-di-Porto-Vecchio), Flori (d'Eccica-Suarella), Passano (de Cognocoli-Montichy), Casalta (de Cerpione).

16e légion : M. Fabre (de Graissessac).

16e légion *bis* : M. Roché (de Couiza).

17e légion : MM. Molinié (de Gagnac), Ouvrieu (de Limogne), Barbé (de Salies), Lassalle (de Sousceyrac), Delbreil (de Puy-l'Evêque), Durieux (de Martel), Cazes (de Fontanes), Lavedan et Ducos (de Masseube).

18e légion : MM. Turlais (de Montendre), Blanchet (de Courçon), Dagneaud (de Mortagne-sur-Gironde), Dugoua (de Mirambeau), Parazols (de Pau), Flous (de Noaillan).

19e légion : MM. Duboucher (de Téniet-El-Hâd), Pagès (de Taher), Domergues (de Michelet), Bordères (de Saint-Cloud).

20e légion : MM. André (de Landres), Gougis (de Romilly-sur-Seine), Rolle (de Villenauxe), Felgen (de Dombasle), Turquet (de Méry-sur-Seine), Goupil (de Bar-sur-Aube).

21e légion : MM. Clair (de Lamarche).

Réunion : MM. Isautier (de Saint-Pierre), Martin (de Saint-Paul).

(*A suivre.*)

LIVRES NOUVEAUX

Cliniques de Necker (1), par le professeur LEGUEU.

La première série de ces leçons cliniques, publiée pendant la guerre, est actuellement épuisée.

Cette deuxième série renferme une partie des leçons faites depuis, tous les mercredis, par le professeur Legueu à la clinique de Necker. La plupart mettent au point une série de questions encore en évolution. L'expérience particulière de l'auteur s'y trouve condensée, ce qui explique le succès que ce volume rencontre dès son apparition. Nous devons signaler comme particulièrement intéressantes les leçons sur : les infections de l'adénome prostatique, la conception nouvelle de la maladie prostatique, les réparations de l'urètre, la voie transpéritonéo-vésicale pour la cure des fistules vésico-vaginales opératoires, le rôle des infarctus dans la pathogénie des hémorragies rénales postopératoires, les grandes hématuries de la tuberculose, la pyélographie des kystes hydatiques du rein. DE BERNE-LAGARDE.

Chirurgie de la vessie (2), par le docteur ROCHET.

La partie inférieure de la cavité vésicale ou « vessie basse » offre, avec des rapports anatomiques importants, une pathologie qui lui est propre. Ces deux motifs ont amené l'auteur à envisager, dans une étude d'ensemble parfaitement justifiée, cette portion de la vessie.

Après un exposé anatomique rapide, Rochet décrit successivement les différentes voies, d'abord chirurgicale, de la région. Il envisage ensuite, avec détails, les principales affections qui frappent ce segment vésical et les considérant du point de vue chirurgical. Signalons, tout particulièrement, les chapitres suivants où se trouve résumée la longue expérience du maître lyonnais : diverticules vésicaux, néoplasmes, fistules vésicales, cystites douloureuses.

DE BERNE-LAGARDE.

(1) 2e série, 1222. 1 vol de 340 pages avec 44 figures et 2 planches en couleurs. — Paris, Maloine et fils.

(2) Un vol. de 90 pages, avec figures. — Lyon, publication du *Lyon chirurgical.*

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

GYNÉCOLOGIE -- OBSTÉTRIQUE

Par M. le Dr M. DELESTRE.

GYNÉCOLOGIE

Fibromes de l'utérus ou grossesse? (G. DE ROUVILLE. *Revue franç. de gyn. et d'obst.*, mars 1922, XVIIe année, n° 3, p. 191.) — « Tous les classiques insistent sur les difficultés que peut exceptionnellement présenter le diagnostic entre le fibrome utérin et la grossesse. Je ne suis malheureusement plus un novice en gynécologie et ma trop longue expérience ne m'a cependant pas mis à l'abri de l'erreur. J'ai conclu chez trois malades, après examen très attentif, à l'existence d'un fibrome, et j'ai ouvert le ventre. L'exploration, de visu, de l'utérus extériorisé, loin de diminuer mes doutes préopératoires, n'a fait que les accentuer. Devais-je enlever l'utérus ou le remettre en place et fermer le ventre? Cruelle énigme! J'ai eu recours dans les trois cas susdits, à un moyen de diagnostic dont la valeur m'a été démontrée par les faits : j'ai incisé successivement les deux ovaires sur leur bord convexe jusqu'au hile, afin de me rendre compte de l'existence ou de l'absence du corps jaune gestatif. Chez ma première malade, j'ai trouvé ce corps jaune : j'ai suturé très exactement mes incisions ovariennes et réduit l'utérus; la grossesse a évolué sans incident jusqu'à terme et s'est terminée par la naissance d'un enfant vivant. Dans mes deux dernières interventions, je n'ai pas trouvé de corps jaune : hystérectomie; guérison. L'utérus renfermait un fibrome mou, partiellement kystique. Ne vous semble-t-il pas qu'il y a là, dans les cinq premiers mois d'une grossesse possible, un moyen inoffensif et assez élégant de résoudre l'angoissant problème? »

Le drainage radiumthérapeutique du petit bassin. (DAELS (de Gand). *Soc. belge de gyn. et d'obst.*, séance du 7 janv. 1922.) — M. Daels décrit un procédé de traitement du cancer utérin par le radium, qu'il préfère à tous les traitements usuels. Après l'avoir, dans quelques cas, combiné au traitement opératoire, il l'applique maintenant de façon exclusive. Sa technique est la suivante : il se sert d'un solide demi-cercle creux centimétré d'un diamètre de 1 centimètre et d'un rayon de 17-18 centimètres. Il l'introduit dans le petit bassin, à travers une incision pratiquée en arrière et en dedans des tubérosités ischiatiques, jusqu'au contact de l'épine sciatique; il le glisse entre les portions périniennes et coccygiennes du releveur, devant le ligament sacro-sciatique dans la hauteur des parties latérales du petit bassin. Il incise en haut 1 centimètre en dedans de l'extrémité antérieure de la crête iliaque, et son doigt se dirige de façon sous-péritonéale vers l'articulation sacro-iliaque en passant sous les gros vaisseaux; à ce moment, on sent parfois les ganglions et il lui est arrivé de pouvoir en extirper un à travers cette incision latérale. On amène l'extrémité du demi-cercle qui se trouve dans le petit bassin en contact avec l'articulation sacro-iliaque. On mesure au niveau du périnée la distance d'introduction qui donne la hauteur du petit bassin. On amène l'extrémité de l'arc à l'extérieur, et, mesurant à nouveau, on a la distance de l'articulation sacro-iliaque à la peau. On passe de bas en haut un fil métallique à crochet à travers le demi-cercle, on accroche au moyen du crochet une chaîne centimétrée sur laquelle est fixé le tube de radium, et, en retirant le demi-cercle par le bas, on entraîne et on place le tube de radium dans la profondeur du bassin. Par déplacement ultérieur de la chaîne centimétrée, et grâce aux mensurations antérieures, on irradie exactement la partie du petit bassin que l'on désire traiter, d'habitude trois endroits : ligne innominée, cavité du petit bassin, épine sciatique. Les chaînettes peuvent être laissées quelques jours ou sont enlevées avec la fin de l'irradiation, habituellement le troisième jour, et remplacées par des crins qui sont enlevés après une semaine. Le cratère est irradié avant le drainage.

La pathogénèse des myomes et l'état constitutionnel des organes génitaux de la femme. (Alexandre ROSNER, professeur de clinique gynécologique et obstétricale de l'Université Jagellone à Cracovie, *Gyn. et obst.*, 1922, t. V, n° 5, p. 358.) — Dans un travail sur la constitution des organes génitaux de la femme, l'auteur a divisé en trois groupes les femmes examinées, en se fixant sur un certain nombre de signes ou caractères qu'il a cru pouvoir reconnaître comme constitutionnels : 1° le groupe dans lequel les sujets présentent une certaine hypertrophie des signes constitutionnels féminins et qu'on pourrait comparer aux individus doués constitutionnellement d'une hypertrophie de l'appareil musculaire ; 2° le groupe auquel appartient la majorité des cas et qui contient les femmes de constitution moyenne, normale; et 3° le groupe contenant les sujets présentant un défaut constitutionnel, ou pour ainsi dire des caractères féminins en miniature. L'auteur s'est préoccupé de rechercher si l'état constitutionnel peut influencer le développement des myomes et pour cela il a recherché à quelle catégorie appartenaient les femmes qui venaient le consulter avec ou sans fibromes.

Il a pu ainsi constater que ce sont les femmes douées d'une constitution normale des organes génitaux chez lesquelles on rencontre le plus souvent les myomes, et qu'un défaut constitutionnel ne favorise aucunement l'évolution de ce néoplasme; chez celles qui présentent un défaut constitutionnel et qui appartiennent à la troisième catégorie les myomes sont plutôt rares, et, lorsqu'ils existent, ils sont en moyenne plus petits que ceux des femmes douées d'une constitution normale.

L'auteur a pu encore déduire de ces statistiques que la moitié environ des femmes qui sont réglées depuis au moins vingt ans, sans avoir eu d'enfants, est atteinte de myomes.

Les indications de l'hystérectomie tirées des résultats du curettage dans l'infection postabortum. (J. VANVERTS, professeur à la Faculté de médecine de Lille. *Gyn. et obst.*, 1922, t. V, n° 4, p. 277.) — L'auteur apporte une statistique de 99 curettages pour infection postabortum. L'indication a été d'ordinaire la certitude de la rétention placentaire; dans l'incertitude, il est également préférable d'y recourir. L'intervention ne fut pratiquée que dans les cas où les phénomènes infectieux étaient de date récente (sept jours au maximum) et dans ceux où il n'existait pas de signes permettant de craindre l'extension de l'infection aux tissus péri-utérins.

La diminution ou la disparition de la fièvre le lendemain du curettage permet de porter un pronostic très favorable à condition, toutefois, qu'elle s'accompagne d'une sédation des autres phénomènes infectieux.

L'abaissement de la température est ordinairement définitif; mais il peut n'être que temporaire. Si, dans cette dernière éventualité, la réapparition de la fièvre ne s'explique pas par une localisation de l'infection autour de l'utérus, elle correspond à une généralisation de cette infection et comporte un pronostic très grave.

Dans les cas où le curettage est contre-indiqué et dans ceux où les phénomènes infectieux persistent après cette opération, n'y a-t-il pas lieu de recourir à une thérapeutique plus énergique?

Quand l'infection s'est localisée autour de l'utérus, on doit, suivant les circonstances, attendre en observant ou intervenir par une colpotomie pour ouvrir et drainer une collection purulente pelvienne. Quand, au contraire, l'infection n'est pas localisée autour de l'utérus, quand il existe des phénomènes de péritonite généralisée ou quand on se trouve en présence d'une septicémie sans localisation, il paraît rationnel de recourir à l'hystérectomie vaginale. Cette opération ne peut avoir une action directe sur l'infection étendue à tout le péritoine ou sur l'infection généralisée; mais, en supprimant

le foyer primitif et principal d'infection, elle est susceptible d'aider l'organisme à se défendre contre celle-ci, d'autant qu'elle assure le drainage du pelvis souvent infecté. Les résultats favorables qu'elle a donnés doivent engager à y recourir quand la vie de la femme est en danger. L'opération est peu choquante et peut être facilement supportée par une malade dont la force de résistance reste presque toujours très accusée.

Les indications de l'hystérectomie d'urgence dans l'infection puerpérale. (J. Courbin, médecin résidant des hôpitaux de Bordeaux, *Revue franç. de gyn. et d'obst.*, mars 1922, XVIIe année, n° 3, p. 150.) — Ces indications sont rares, car l'immense majorité des infectées (90 p. 100) guérit fort bien, souvent de façon complète par le traitement médical. D'autre part, il est des infections suraiguës dont la violence défie tout acte chirurgical; il est des infections moins sévères mais d'emblée générales, n'ayant qu'un minimum de signes utérins qui échappent aussi au chirurgien. Par contre, toutes les fois que les phénomènes infectieux se localisent, donnant poussées annexielles, phlegmon ligneux du ligament large, pelvipéritonites, phlébites des membres, il vaut mieux attendre, car, primitivement puerpérales, ces femmes deviennent des médicales ou des chirurgicales, et, s'il y a lieu, c'est secondairement qu'on les opérera. De sorte que le domaine possible de l'hystérectomie vraiment puerpérale apparaît comme très réduit. Il comprend deux ordres de cas : 1° les lésions isolées graves de l'utérus : perforation, gangrène, abcès multiples; 2° les péritonites puerpérales toxiques à la condition expresse d'opérer dès les premières heures, avant la période de diffusion. Dans ces deux ordres de cas il faut opérer très tôt ou pas du tout.

A quels signes peut-on prévoir l'évolution fatale assez tôt pour la conjurer par l'hystérectomie? M. Courbin a la conviction que ce problème peut être résolu dans le cas de métrite gangréneuse, de métrite suppurée, de métrite en train de se compliquer de péritonite.

A côté des signes classiques : fièvre, pouls, frissons, durée de l'incubation, rétention placentaire qui sont souvent en défaut, il faut placer un certain nombre de signes auxquels M. Courbin attache une importance de premier ordre :

1° *Le facies* de la malade : l'atteinte grave du muscle utérin, l'atteinte qui tue, se lit sur le visage des malades, comme le type du shock se lit sur le visage des blessés : chair grise, lèvres violettes, œil sans angoisse;

2° *Les pertes.* — L'absence de pertes, coexistant avec une infection aiguë, est d'un mauvais pronostic; de même les pertes noirâtres, fétides, abondantes, observées en dehors de toute rétention placentaire, et, à plus forte raison, les lambeaux de muqueuse sphacélés;

3° *L'état du globe utérin.* — Col béant, corps utérin élevé, douloureux, d'une mollesse remarquable;

4° *La tension artérielle.* — Un abaissement considérable de la tension et un abaissement parallèle de l'indice sont toujours d'un fâcheux pronostic;

5° *Le signe de Delbet.* — Ne s'observe qu'au cours de complications péritonéales. La réaction de la séreuse, surtout dans les formes sévères, hypertoxiques, est très difficile à mettre en évidence; le cortège classique de la péritonite ne se voit pour ainsi dire pas, ou tout au moins il se voit beaucoup trop tard. C'est ici que l'immobilité du ventre dans les mouvements respiratoires constitue un signe précieux : le premier, il révèle l'atteinte péritonéale et, à ce titre, sur une femme infectée, au teint terreux, il commande l'ouverture du ventre, tout de suite, avant la période de diffusion complète des lésions de péritonite. Si l'hystérectomie est faite dès les premières heures, elle seule permet le salut. Par contre, si la malade est en pleine péritonite, c'est au drainage seul qu'il faudra s'en tenir.

Hystéropexie et gestation. Opération préventive quatre mois avant l'accouchement. (A. Rosner (de Cracovie). *Gyn. et obst.*, 1922, t. V, n° 3, p. 185.) — L'auteur a eu l'occasion de traiter une femme enceinte chez laquelle une hystéropexie antérieure avait amené des adhérences extrêmement fortes. Il a cru devoir libérer quelques mois avant l'accouchement l'utérus fixé, afin de lui procurer la possibilité d'une évolution normale et d'un accouchement spontané. Le résultat de cette opération préventive fut excellent; l'auteur en précise les indications et la technique dans une observation détaillée.

OBSTÉTRIQUE

Thérapeutique méthodique des vomissements gravidiques incoercibles. (V. Wallich. *Soc. d'obst. et de gyn.*, 13 mars 1922.) — Trop souvent, le traitement des vomissements incoercibles est prescrit sans confiance et sans suite, pour finalement aboutir à l'avortement thérapeutique. Il faut procéder méthodiquement : isoler la malade, dans une chambre bien aérée, la mettre à la diète absolue, puis à la diète hydrique, en même temps qu'on lui prescrira des lavements de chloral (2 à 3 grammes dans 100 grammes de lait, 2 à 3 fois par jour). Quand les vomissements ont cessé, on fait reprendre l'alimentation peu à peu. L'interruption de la gestation sera rarement nécessaire, si l'on va très progressivement dans la reprise de l'alimentation.

C'est durant la cure de désintoxication réalisée par la diète, durant la période de calme donnée par le chloral, que l'on peut recourir aux diverses formes de l'opothérapie ou aux solutions glucosées (60 à 120 grammes en lavement par jour). Cette cure méthodique par la diète, les calmants et les substances hydrocarbonées permettra d'éviter l'inanition prolongée et l'avortement thérapeutique.

Existe-t-il des vomissements incoercibles de la grossesse? (G. Leven. *Soc. de thérapeut.*, mai 1922.) — D'après Leven, les vomissements incoercibles sont sous la dépendance : 1° d'une dyspepsie créée ou aggravée par la grossesse, ou 2° de la ptose gastrique, ou 3° de l'aérophagie. Un diagnostic précis, une thérapeutique adéquate bien simple donneront le moyen de guérir ces vomissements, lorsque des lésions hépatiques ou rénales ne les rendent pas réellement incoercibles. Et même, à ce groupe de faits, appartiennent peut-être quelquefois des cas où les lésions viscérales sont secondaires aux troubles nutritifs engendrés par des vomissements qui ont trop longtemps duré, l'effet étant pris pour la cause.

Vomissements incoercibles et transfusion du sang. (Jeannin et Parnix. *Soc. d'obst. et de gyn.*, 12 déc. 1921.) — Il s'agit d'un cas de vomissements incoercibles au cours de la gestation, qui, après une amélioration passagère à la suite d'un traitement bien conduit, reprirent bientôt un caractère de gravité extrême, et persistèrent malgré un avortement thérapeutique. La situation semblait désespérée lorsque, en dernier ressort, on décida de pratiquer une transfusion du sang du mari. Le résultat fut immédiat et on assista, en quelque sorte, à une véritable résurrection.

La nature hystérique des vomissements graves de la grossesse. (A. F. Hurat. *The Lancet*, 18 mars 1922, n° 5142.) — Des vomissements surviennent dans plus de la moitié des cas, au cours des premières semaines de la grossesse; ils sont, en quelque sorte, physiologiques. Mais, dans des cas plus rares, des vomissements surviennent après chaque repas, et entre les repas, et persistent plus tard que le deuxième mois; ce sont les vomissements graves.

Williams les distingue en vomissements réflexes (secondaires à quelque affection organique), vomissements nerveux, et vomissements par toxémie. La distinction entre ces deux dernières formes se ferait par ce fait que l'ammoniaque urinaire, qui est de 5 à 6 p. 100 au cours des grossesses normales, reste à ce taux s'il s'agit de vomissements nerveux, tandis qu'il atteint 10 p. 100, 20 p. 100 et plus dans les vomissements par toxémie.

Hurat admet que l'excès d'ammoniaque urinaire et la diacéturie sont dus à la déshydratation et non à une intoxication; ces modifications urinaires n'ont aucune valeur pour distinguer deux variétés de vomissements graves.

Les vomissements incoercibles sont toujours d'origine nerveuse ou plutôt hystérique, étant causés par la suggestion et curables par la psychothérapie.

Grossesse et tuberculose. (F. Dumarest et P. Brette [d'Hauteville]. *Presse méd.*, 1922, n° 49, p. 531.) — De tous temps, ce problème a fait l'objet de nombreux travaux et a été souvent résolu dans des sens très différents. Jusqu'à la première moitié du XIXe siècle, on a vécu sur l'idée que la

grossesse avait une influence heureuse sur la phtisie, et les médecins de cette époque laissèrent toujours évoluer la grossesse de la femme tuberculeuse. Vers 1850, Mauriceau, Grisolle rapportèrent des observations de tuberculose aggravée par la gestation, et peu à peu apparut l'idée d'interrompre artificiellement cette grossesse jugée néfaste. Tandis qu'en France médecins et accoucheurs restaient dans une juste mesure, à l'étranger la thérapeutique interventionniste fit un grand nombre d'adeptes.

On voit où mènerait, si on l'adoptait, le principe que l'interruption de la grossesse est légitime dans la tuberculose pulmonaire? Comme le dit M. Rist : « Le diagnostic de tuberculose pulmonaire est fait, à l'heure actuelle, par nombre de médecins, et dans tous les pays, avec une légèreté telle et sur des critères si fragiles que la proportion des erreurs de diagnostic devient véritablement inquiétante. Donner au médecin un blanc-seing en pareille matière, l'autoriser à pratiquer l'avortement dès qu'il soupçonne la tuberculose, ce serait ouvrir la porte aux abus les plus abominables. »

Les quelques faits qui sont rapportés dans ce travail montrent que la gravidité n'est pas toujours, pour les tuberculeuses, le désastre que l'on craint trop généralement; parfois elle est indifférente à l'évolution bacillaire, parfois elle se montre favorable. Ces améliorations ne s'obtiennent guère que dans une catégorie de formes cliniques : les formes fibreuses à évolution très lente, avec conservation d'un bon état général, avec ou sans réactions menstruelles habituelles. Pourtant l'influence favorable peut se produire, exceptionnellement, même dans des formes graves d'évolution très active et caséifiant; il paraît certain que, dans ces derniers cas, c'est la suppression temporaire de la menstruation, funeste à beaucoup de tuberculeuses, qui est la cause directe de l'amélioration.

On peut être conduit, par ces constatations, à autoriser, dans certains cas choisis, suivant le conseil de Sabourin, la grossesse et même l'allaitement, lorsque ce dernier n'est pas jugé nuisible à l'enfant. L'intérêt de celui-ci doit, en effet, dominer les préoccupations du médecin. Dans le cas habituel de grossesse non autorisée et non désirée, l'intérêt de la mère n'exige jamais l'avortement, qui lui est le plus souvent funeste. L'intérêt seul de l'enfant peut le commander, si la situation de la mère est désespérée; c'est alors une indication comparable à celle de l'opération césarienne. C'est encore l'intérêt de l'enfant qui est le plus pressant si la tuberculose de la mère est grave et si elle est aggravée par la grossesse, car alors, abstraction faite de l'indication possible d'un pneumothorax artificiel, qui peut constituer en pareil cas une ressource merveilleuse, il n'y a pas d'illusion à se faire : rien ne la sauvera; pût-on la prolonger de quelques semaines en sacrifiant l'enfant, que le sacrifice de l'enfant ne serait pas justifié à ce prix. Si, par contre, la tuberculose maternelle est bénigne, il n'y a pas à s'affoler d'une grossesse qui a grandes chances d'être inoffensive, et c'est encore à l'enfant qu'il faut penser.

Contribution à l'étude du sang pendant la grossesse et après l'accouchement. Dosage du sucre. (Boutot, Clogne et Lantuéjoul. *Gyn. et obst.*, 1922, t. V, n° 5, p. 364.) — Chez la femme à terme ou près du terme, la teneur du sang en sucre est légèrement inférieure à la teneur normale. Il est possible que ce fait s'explique par l'augmentation de la masse totale du sang chez la femme enceinte.

Chez la femme allaitant, la teneur du sang en sucre est plus élevée même que la teneur normale, si on prend les chiffres de la majorité des auteurs. La durée de l'allaitement ne semble pas influencer la glycémie.

Les dosages du sucre effectués dans un certain nombre de cas pathologiques, éclamptiques, hypertendues, albuminuriques ont donné des résultats très discordants.

L'extrait hypophysaire dans les variétés postérieures de présentation du sommet. (Léon Pouliot. *Revue franç. de gyn. et d'obst.*, mars 1922, p. 129.) — Rien ne semble plus justifié que de recourir aux ocytociques dans les accouchements en O. I. D. P., dont l'expérience quotidienne révèle la lenteur désespérante. Tarnier, dans son Traité, écrit que ces accouchements durent, en moyenne, quatre à cinq heures de plus que ceux en O. I. G. A. : il semble bien que chez les primipares, la différence soit beaucoup plus considérable. Ce qui les caractérise, en effet, c'est qu'ils sont longs à toutes les périodes : longs à l'effacement, parce que les douleurs sont rares, courtes, et peu efficaces ; lentes à la dilatation, parce que la tête mal fléchie transmet mal à l'orifice cervical l'effort des contractions utérines ; lents, enfin, à la période d'expulsion parce que le sommet, retenu dans l'excavation, appuie mal sur les releveurs et qu'il s'en suit à la fois un retard de la rotation et une insuffisance du réflexe d'effort.

Pouliot conseille dans les O. I. D. P. d'intervenir par l'hypophyse dès que le travail se ralentit, et de ne pas attendre que la malade ait atteint un certain degré de fatigue qui rend quelquefois l'utérus incapable de réagir au médicament. Faut-il s'occuper du degré de dilatation? Non, dit Pouliot, la seule condition requise, c'est que le segment inférieur de l'utérus soit souple et mince.

La dose à injecter, d'après lui, serait une ampoule d'un centimètre cube d'hypophyse Choay aussi bien chez la primipare que chez la multipare (contrairement à l'opinion de Delestre qui n'admet que le tiers de cette dose chez la primipare). Peu lui importent les réactions très vives déterminées fréquemment par cette dose : il les combat par la narcose chloroformique qu'il pousse au besoin jusqu'à la résolution.

L'échec d'une première dose contre-indiquerait formellement l'administration de doses nouvelles ; lorsqu'au contraire la première a été efficace, mais que son action est épuisée, on peut en faire une seconde et même une troisième en laissant entre elles, au moins, une heure d'intervalle.

La médication hypophysaire réveille presque instantanément les contractions déficientes : chez les multipares, l'accouchement en O. I. D. P. est presque toujours rapide et facile; il est parfois d'une rapidité déconcertante. Chez les primipares, les résultats sont moins constants et moins immédiats ; ils sont néanmoins très appréciables : la durée du travail est notablement amoindrie. La plupart des applications de forceps, naguère si fréquentes sur le sommet en postérieure sont évitées. Dans les rares cas, où l'on doit intervenir, on peut substituer l'application en prise directe à la vulve, à l'application dans l'excavation en prise transversale ou oblique ; plus de transformation, souvent incomplète, de la variété postérieure en transverse, plus de flexion de la tête à compléter, plus de tour de spire, et, dans les positions droites plus de décroisement des branches de forceps.

Les insuccès de l'hypophyse dans les O. I. D. P. tiennent, la plupart du temps, à un emploi trop tardif du médicament : de même que, dans l'asystolie, le cœur n'obéit pas toujours à la digitaline, de même certains utérus, par trop surmenés, ne réagissent plus au coup d'éperon hypophysaire.

Cf. — De l'emploi de l'hypophyse au cours du travail chez la primipare. (M. Delestre. *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 5, p. 69.)

Opération césarienne pour placenta prævia central chez une primipare. (Schockaert [de Louvain]. *Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 3 janv. 1922.) — Il s'agit d'une primipare de vingt-six ans prise, au cours du huitième mois de sa grossesse, d'hémorragies successives causées par un placenta prævia central : l'éponge préfœtale était très nette au toucher. Schockaert proposa l'opération césarienne, sachant que cette opération, qui sauve presque certainement l'enfant, entraîne pour la mère un pronostic beaucoup moins grave que des manœuvres de dilatation du col et d'extraction, étant donné qu'il s'agissait d'une primipare non en travail, à col long et résistant, bien que légèrement déhiscent au niveau de l'orifice externe.

Si l'on compare la bénignité de l'opération césarienne, pratiquée dans de bonnes conditions, aux aléas de l'expulsion ou de l'extraction par la voie naturelle, dans le cas de placenta prævia central, on a l'impression qu'on ne recourt pas assez souvent à cette intervention et que ses indications doivent être élargies.

Sur une cause fréquemment négligée d'infection puerpérale. (M. Delestre. *Presse méd.*, n° 20, 11 mars 1922.) — Une abominable faute d'asepsie commise à chaque instant

par les sages-femmes et les gardes les plus instruites, consiste à poser par terre le bassin de lit. Les conséquences de ce geste peuvent être résumées en trois temps : 1° Le bassin du lit posé sur le sol, ramasse, par sa face postérieure, toutes les saletés, poussières et microbes qui ont été ramenés du dehors avec les pieds; 2° le bassin, transporté dans le lit, sous le siège de la femme, étale sur le drap toutes les immondices qu'il avait ramassées par terre; 3° le bassin ayant été retiré, la femme repose son siège et ses organes génitaux sur le drap souillé.

On a alors réalisé en trois temps un geste analogue à celui qui consisterait à faire asseoir sa cliente sur le sol, ou à frotter son siège et ses organes génitaux avec la poussière ramassée par terre.

Le nettoyage minutieux et le flambage de la face postérieure du bassin du lit s'imposent avec autant de rigueur que celui du bock à injection, et ce bassin ne doit jamais être posé par terre, mais bien sur une table, une chaise, le dessus de la cheminée, et enveloppé dans une serviette ou glissé dans une taie d'oreiller.

On évitera ainsi certainement nombre de petites ou de grosses élévations de température et même de complications dont l'origine était inexpliquée chez des accouchées pour lesquelles on croyait n'avoir négligé aucune précaution d'asepsie.

VOIES URINAIRES

Par M. le Dr DE BERNE-LAGARDE.

CHIRURGIE URINAIRE

Introduction à l'étude de l'emploi de la phtaléine dans la chirurgie urinaire. (Tardo. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, déc. 1921, t. XII, n° 6, p. 393-412.) — Injectée dans le sang, la phtaléine obéit aux mêmes lois que l'urée; son débit doit donc varier comme le carré de sa concentration dans le sang. »

L'élimination de la phtaléine est constante et ne peut varier que suivant la valeur du parenchyme rénal, en tenant compte de certaines lésions de l'appareil circulatoire. Il est facile de faire l'application du débit phtaléinique à la division des urines.

Si l'inhibition rénale provoquée par le cathétérisme urétéral influence le débit phtaléinique, il suffit de recommencer l'épreuve sur les urines totales pour vérifier le bien ou le mal fondé du premier examen.

La néphrectomie sur la constante. (J. Quénu. *Arch. urol. de la clinique de Necker*, t. III, fasc. 3, p. 213-318.) — Cet important mémoire a obtenu le prix Civiale en 1921. Il est basé sur l'étude de 153 observations du service du professeur Legueu concernant des malades néphrectomisés sur les données de la constante uréo-sécrétoire. Dans les cas envisagés, le cathétérisme des uretères avait été impossible pour une raison quelconque.

La constante, dont le chiffre normal est de 0,070, donne la valeur du fonctionnement global des reins.

Lorsque la constante est égale à 0,100 ou est inférieure à ce chiffre, on peut procéder à une néphrectomie dans de bonnes conditions.

En présence d'une constante supérieure à 0,100, il faut s'inspirer de l'état du malade et de la répartition des lésions. Suivant les circonstances, on envisagera les éventualités : néphrectomie, néphrostomie ou expectative. Dans ces deux derniers cas, il est utile d'établir à nouveau et de temps à autre le chiffre de la constante. Elle peut s'améliorer et permettre secondairement l'ablation d'un rein.

Le plus souvent, la notion du côté malade sera fournie à l'avance par :

1° Des symptômes subjectifs (douleurs sourdes ou par crises) ou objectifs (tuméfaction de la région lombaire, douleur provoquée par la palpation, contracture musculaire, induration de l'uretère à sa terminaison chez la femme) ;

2° Des signes cystoscopiques (aspect comparé des orifices urétéraux, prédominance des lésions dans un côté de la vessie);

3° Des signes radiographiques (calculs, tuberculose).

Dans les cas où il n'existe aucun indice de localisation, quand la constante élevée (en l'absence de localisation certaine et de notion sur la répartition) fait craindre la bilatéralité des lésions, il est indiqué de faire une lombotomie double en commençant par le côté supposé sain et de faire, dans la même séance, la néphrectomie du rein malade ou le plus malade.

L'interprétation des résultats fournis par le cathétérisme des uretères unilatéral et même bilatéral est quelquefois difficile. Elle comporte de graves causes d'erreurs : filtration vésicale, modifications de la sécrétion rénale du fait de la présence des sondes.

L'analyse des urines recueillies par le cathétérisme urétéral au cours d'un examen fonctionnel ne peut donner qu'une idée très inexacte de la valeur absolue d'un rein du point de vue sécrétoire.

Dans ces conditions, la seule donnée sûre que puisse fournir le cathétérisme des uretères est l'indication du côté malade. Si l'on possède par ailleurs un indice de localisation absolument sûr (radiographie dans la lithiase, par exemple), il est inutile de faire le cathétérisme des uretères. On peut alors pratiquer, de propos délibéré, la néphrectomie sur la constante.

La statistique publiée par Quénu montre que la néphrectomie avec cathétérisme donne 3,2 p. 100 de mortalité : la néphrectomie avec constante seule donne 4,2 p. 100 de mortalité. La différence est, en réalité, peu sensible.

Cf. — La néphrectomie sur la constante. (Prof. Legueu. *Arch. urol. de la clinique de Necker*, t. III, fasc. 1, p. 323-332.)

De la pyélographie dans la lithiase réno-urétérale. (Caillet. *Th. de Paris*, 1922, p. 101.) — Dans l'hypothèse clinique d'une lithiase réno-urétérale, une radiographie totale de l'appareil urinaire s'impose et doit être faite tout d'abord. Elle est suffisante au cas de gros calcul coralliforme, par exemple, qui n'est qu'un véritable moule des calices et du bassinet.

Dans les autres cas, lorsque le calcul est petit, pour le situer exactement dans le rein (diagnostic de localisation indispensable avant toute intervention) on peut recourir à la radiographie après insufflation colique, ou pneumo-péritoine, ou emphysème périrénal.

Cependant, rien ne vaut comme précisions de renseignements l'urétéro-pyélographie. Dans la lithiase rénale, elle nous renseigne :

1° Sur l'identification;

2° Sur la topographie du calcul qu'elle localise par rapport à l'ombre du bassinet, soit dans le bassinet lui-même, soit dans un calice, soit dans le parenchyme rénal;

3° Sur l'état du rein et du bassinet. Elle nous montre ce dernier normal ou dilaté. Par conséquent, la pyélographie nous indique la technique opératoire à suivre dans un cas donné : pyélotomie, néphrolithotomie ou néphrectomie.

Dans la lithiase urétérale ce mode d'exploration permet :

1° D'éliminer les taches pseudo-calculeuses ;

2° De préciser la topographie exacte du calcul grâce à la projection de l'ombre urétérale;

3° De connaître les lésions de l'uretère et du rein correspondant, notions qui orientent le pronostic et les indications opératoires.

L'urétéro-pyélographie est une méthode peu douloureuse, inoffensive lorsqu'elle est maniée par des mains expérimentées. On ne doit l'utiliser que comme complément de diagnostic en face d'une interprétation douteuse ou d'une localisation délicate.

Cette thèse contient une technique détaillée de cette méthode; elle renferme seize observations complètes avec



SYPHILIS
ArtérioSclérose
GLOBULES
FUMOUZE
IODURE DE POTASSIUM
2 Formules { 0 gr 25 / 0 gr 10



Voies Urinaires
CAPSULES
RAQUIN
COPAHIVATE
DE SOUDE
6 à 12 par jour

figures et se termine par une bibliographie qu'on consultera avec fruits.

A propos du mémoire de Silvio Rolando sur le rein polykystique bilatéral. (MARION. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, avril 1922, n° 4, t. XIII, p. 241.) — Si l'on ne peut décapsuler entièrement un rein polykystique, il est cependant possible de « peler » la surface de ce rein au moyen des ciseaux qui ouvrent les kystes superficiels et résèquent leur paroi. Ce procédé n'est suivi d'aucun suintement d'urine par la plaie.

Ce pelage rend les plus grands services dans les reins polykystiques douloureux ou hématuriques. Douleurs et hématuries disparaissent.

Etude sur l'énervation des reins. (PAPIN et AMBARD. *Arch. des mal. des reins et des org. gén.-urin.*, t. I, n° 1, 1er avril 1922, p. 1, 19.) — Il existe de petites hydronéphroses excessivement douloureuses pour lesquelles la néphrectomie est une opération excessive. Les décapsulations, les néphrotomies, les néphropexies constituent des interventions insuffisantes. Les auteurs rapportent six observations d'énervation rénale pratiqués dans le but de supprimer la douleur.

La technique est la suivante : libération du rein et de son pédicule, par voie lombaire. Dissection de la face antérieure du pédicule et section des filets nerveux qu'on y rencontre. La même opération est faite sur la face postérieure. Terminer par une néphropexie à lambeaux. La veine et l'artère doivent être dépouillées de tous les filets nerveux qui les entourent : il faut passer entre les diverses branches pour faire sauter certains filets. Il importe de ne pas blesser la veine rénale.

Après l'opération, les malades ont souffert beaucoup plus que pour une opération ordinaire sur le rein. Il n'y a eu aucun trouble urinaire, ni polyurie, ni oligurie marquée. Revues quelque temps après l'intervention, quatre ne souffrent plus; deux autres souffrent encore légèrement. Les urines du rein énervé diffèrent peu de celles du rein opposé.

L'étude du rôle des nerfs du rein dans la sécrétion rénale est loin d'être achevée. Du point de vue pratique, elle permet cependant des déductions intéressantes et légitime une énervation rénale dans les cas où la souffrance impose une intervention.

Hématuries graves par hydronéphrose. (Z. MITSINKIDÈS. *Th. de Paris*, 1921, 35 p.) — L'auteur rapporte sept observations de néphrectomie (obs. 4 : néphrectomie partielle) pour hématuries dues à des hydronéphroses de volume variable. Il est regrettable de ne pas trouver détaillé l'examen histologique des pièces opératoires : cette partie est entièrement passée sous silence.

Sur un cas de prostatite aiguë à forme grave traitée par l'hydrothérapie. (DERECQ. *Progrès méd.*, 21 janv. 1922, n° 3, p. 32.) — Prostatite aiguë gonococcique, en voie d'abcédation, guérie en onze jours par l'hydrothérapie. Deux fois par vingt-quatre heures, douche en siège périnéale et jets multiples sur la région sacro-lombaire, la température de l'eau s'élevant en dix minutes à 46 degrés. Pendant ce temps, le malade conserve les pieds dans un bain d'eau chaude. Savonnage au gant de crin et douche en jet brisé à 40 degrés.

Sur l'extirpation du cancer prostato-rectal. (IMBERT. *Presse méd.*, 21 janv. 1922, n° 6, p. 60-61.) — Exposé de la technique, mise au point sur le cadavre et réalisée sur le vivant. Le néoplasme prostatique avait envahi le rectum sur une certaine hauteur nécessitant ainsi un temps abdominal.

1° *Temps abdominal.* — Laparotomie médiane sous-ombilicale et exploration des lésions. Section de l'anse sigmoïde dont le bout supérieur sera abouché à la peau pour former l'anus iliaque définitif. Le bout inférieur est libéré aussi loin que possible, dans la direction du rectum, sur la face postérieure et les faces latérales. Ligature des deux hypogastriques.

Détacher le péritoine vésical pour le suturer au péritoine présacré, fermant ainsi la cavité abdominale.

2° *Temps périnéal.* — Le malade est dans la position de la taille. Incision périnéale en V renversé de Rochet. Imbert lui préfère une incision ovalaire à grand axe vertical. En avant, cette incision part de la racine des bourses pour aboutir en arrière au coccyx qu'on résèque. L'anus est préalablement fermé par un surjet en bourse.

Recherche et section de l'urètre membraneux, en arrière du bulbe. Section de l'aponévrose périnéale moyenne en dedans des branches ischio-pubiennes. On rugine ces dernières ainsi que la symphyse en abaissant fortement l'urètre profond avec une pince. Section successive des attaches prostatiques : la ligature préalable des deux hypogastriques rend ce temps presque exsangue.

Décollé du sacrum, le rectum est attiré dans la plaie. De chaque côté de lui, on sectionne les releveurs. La libération de l'intestin est, dès lors, facile. La main gauche apprécie les dimensions de la tumeur prostatique et guide les ciseaux qui ouvrent transversalement la vessie, la séparent complètement de la prostate au-dessous des uretères. Il est possible, à ce moment, de blesser les uretères. La plaie cutanée est refermée et l'orifice vésical suturé à la peau. Imbert avait placé une sonde dans chaque uretère pour empêcher l'écoulement de l'urine par la plaie.

Le malade, très cachectique, mourut le quatrième jour. Il est certain qu'une intervention, en deux temps séparés par plusieurs jours d'intervalle, aurait été moins traumatisante.

Les fistules urinaires basses chez la femme. Leur diagnostic et leur traitement chirurgical. (CATHELIN. *Monde méd.*, 15 janv. 1922, n° 595, p. 33-38.) — L'auteur n'envisage que les fistules postopératoires vésico-vaginales, urétéro-vaginales ou urétéro-vésico-vaginales. Parmi les moyens de diagnostic qu'il utilise dans la recherche de ces dernières, nous remarquons l'association de la sonde vésicale et de la sonde vaginale avec recherche des taux d'urée des deux échantillons d'urine ainsi obtenus. Cathelin opère par voie haute transvésicale les fistules vésico-vaginales en employant l'inversion muqueuse à plans superposés. Avant l'intervention, il introduit une filiforme par la fistule vaginale, ce qui permet de la repérer plus facilement. Il y adjoint le cathétérisme des uretères bilatéral à demeure avec sonde vésicale de contrôle : la vessie ne conserve plus ainsi une goutte d'urine et les sutures sont protégées. La néphrectomie convient aux fistules uretéro-vaginales puisque les interventions sur l'uretère provoquent la sténose du nouvel orifice à plus ou moins longue échéance.

Dilatation kystique de l'extrémité inférieure de l'uretère. (MALDONADO. *Arch. urol. de Necker*, t. III, fasc. 2, p. 169-179.) — Les six cas rapportés par l'auteur furent diagnostiqués grâce à la cystoscopie. Dans la première observation, il fut pratiqué une méatotomie urétérale au moyen de l'urétérotome de dos Santos modifié par Legueu. On dilata ensuite avec des bougies progressivement croissantes, l'orifice urétéral. Le malade put rendre un calcul et l'aspect de cet orifice était normal un an après.

Des différentes formes d'incontinence d'urine chez les enfants. (COURTADE. *Journ. de méd. de Paris*, 18 fév. 1922, 41e année, n° 7, p. 128-131.) — L'auteur conseille l'électrothérapie dans l'incontinence essentielle d'urine. Il préconise l'électrisation localisée des sphincters, soit directement au moyen de l'électrode de Guyon, soit d'une façon médiate par le moyen d'un tampon placé sur la partie postérieure du périnée. Il utilise ou le courant faradique avec intermittences lentes ou le courant galvanique avec interruption et une intensité de 5 à 6 milliampères.

Cf. — Sur la vaccination préopératoire. (P. et L. BAZY. *Acad. des sciences*, séance du 26 juin 1922, in *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 53, p. 856.)

DIAGNOSTIC

Un nouveau procédé de radio-diagnostic, le pneumo-péritoine. (DUBOIS-ROQUEBERT. *Gaz. des hôpit.*, 14 janv. 1922, p. 53-58.) — Exposé de la méthode et des résultats qu'elle fournit dans la radioscopie abdominale.

Malgré les conclusions de l'auteur nous croyons que les renseignements fournis par le pneumo-péritoine dans les affections rénales ne peuvent être comparés, comme précision, à ceux que donne une bonne radiographie avec ou sans pyélographie. Cette dernière méthode offre d'indiscutables avantages.

Le pneumo-péritoine en radio-diagnostic. (MALLET et COLLIEZ. Rapport de Proust in *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 20 déc. 1921, t. XXXXVII, n° 33, p. 1371-1381.) — Exposé de la technique des auteurs qui injectent progressivement, avec l'appareil de Kuss pour pneumo-thorax, environ deux litres d'un mélange d'oxygène et de gaz carbonique. Ils pratiquent plusieurs examens en positions différentes. Le contour des reins est nettement apparent surtout dans le décubitus abdominal. Avec les précautions qu'indiquent Mallet et Colliez et en tenant compte des contre-indications qu'ils signalent, 144 pneumo-péritoines furent faits sans accidents.

Michon a pu, grâce au pneumo-péritoine, localiser au rein gauche, un cas d'hématurie. Par contre, chez un malade porteur d'une volumineuse tumeur de l'hypocondre gauche où l'incertitude persistait après un pneumo-péritoine, le cathétérisme urétéral seul permit de trancher la question en montrant une déficience fonctionnelle du rein gauche.

La radiographie des reins par la méthode de Carelli-Sordelli. (DELHERM, THOYER-ROZAT et MOREL-KAHN. *Soc franç. d'élect. et de radiol.*, nov. 1921.) — Les auteurs ont repris la méthode et la technique de Carelli et Sordelli et pratiqué l'insufflation périrénale. L'aiguille est enfoncée au ras du bord supérieur de la deuxième apophyse transverse lombaire et l'on injecte 500 centimètres cubes environ de CO^2. Les images radiographiques ainsi obtenues offrent une incomparable netteté. On y distingue fréquemment l'ombre de la capsule surrénale.

SYPHILIS

Sur la syphilis vésicale. (COSACESCO. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, nov. 1921, t. XII, n° 5, p. 345-352.) — Penser toujours à la possibilité de cette affection et se servir de la réaction de Wassermann ainsi que du traitement d'épreuve.

Cf. — Un cas de syphilis vésicale diagnostiquée par la cystoscopie et photographié par le cystoscope. (CHOCHOLKA. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, nov. 1921, n° 5, t. XII, p. 353-355.)

Les calculs urétéraux et les recherches modernes. (A. ALOI. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, nov. 1921, t. XII, n° 5, p. 321-344.)

La cystoscopie dans la bilharziose vésicale. (CRISTOL. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, nov. 1921, t. XII, n° 5, p. 319-320.)

BLENNORRAGIE

La vaccination antiblennorragique. (GRIMBERG. *Journ. de méd. de Paris*, 4 fév. 1922, 41e année, n° 5, p. 83-86.) — Quand le traitement local a provoqué la sédation des phénomènes douloureux, Grimberg traite le malade par des vaccins antigonococciques de l'Institut Pasteur. Le gonocoque, dont la virulence est amoindrie déjà, disparaît assez facilement. Il convient de préparer alors un auto-vaccin avec les microbes d'infection secondaire, plus résistants. Tel est le principe de la vaccinothérapie en deux temps.

Cf. — De l'épididymo-vaginalite blennorragique (bactériologie, pathogénie et clinique). (LAVENANT. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, oct. 1921, t. XII, n° 4, p. 233-260.)

Sur le traitement des arthrites blennorragiques aiguës par le vaccin antigonococcique formolé. (COSTA. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 25 oct. 1921, t. XXXXVII, n° 26, p. 1081-1083.) — La préparation de ce stock-vaccin par la formaldéhyde conserve les corps bactériens sans limite de durée. La douleur disparaît, en général, après la première injection. Ce vaccin a possédé, dans certains cas, une action sur l'urétrite ou la vaginite.

Traitement des gonococcies aiguës et chroniques par l'eucratol ; un bactério-vaccin. (LECLERC-DANDOY. *Le Scalpel*, 11 fév. 1922, 75e année, n° 6, p. 121-125.) — L'eucratol a été utilisé, en injections intramusculaires, en même temps que des lavages biquotidiens de l'urètre à l'oxycyanure de mercure. Ce vaccin polyvalent et polymicrobien a donné d'excellents résultats à l'auteur. Ce dernier a vu l'eucratol guérir la blennorragie chez l'homme et la vulvo-vaginite des petites filles sans le secours du traitement local.

Vaccins et sérums antigonococciques au cours de la blennorragie et de ses complications. (L. CRUVEILHER. *Arch. urol. de Necker*, t. III, fasc. 2, p. 129-152.) — De ce long et consciencieux mémoire nous pouvons conclure que la sérothérapie et la vaccinothérapie antigonococciques guérissent les complications extra-urétrales de la blennorragie mais constituent une thérapeutique décevante dans l'urétrite aiguë et chronique.

Sur la sérothérapie intraarticulaire des arthrites gonococciques. L'arthrite sérique. (L. BAZY. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 27 juin 1922, t. XLVIII, n° 22, p. 888-889.) — Dès la troisième ou quatrième injection, l'articulation malade peut devenir intolérante pour le sérum qu'on y introduit. L'injection est douloureuse ; l'article se tuméfie. On observe des malaises généraux (fièvre, courbature, vomissements). Ces phénomènes persistent tant que l'articulation n'est pas vidée de son contenu. Ce dernier est un liquide trouble contenant du sérum non résorbé et d'abondants polynucléaires. Pas de microbes à l'examen direct. L'ensemencement, sur différents milieux, reste stérile.

Ces phénomènes d'arthrite sérique sont comparables à ceux de la méningite sérique étudiée à propos du traitement sérothérapique de l'infection méningococcique.

En présence de pareils faits, il convient de suspendre les injections intraarticulaires de sérum et de vider l'articulation de son contenu. Ce peut être une indication formelle du traitement chirurgical.

Autosérumthérapie de la blennorragie et de ses complications. (SCHACHMAN. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 21 mars 1922, 3e série, t. LXXXVII, 86e année, n° 12, p. 331.) — L'auteur injecte, tous les deux jours, sous la peau 1 centimètre cube et demi chez l'adulte et un demi-centimètre cube chez l'enfant. Cette autosérumthérapie, accessible à tout médecin, est très bien supportée par les adultes et les nouveau-nés. Elle n'occasionne aucune réaction locale ou générale. La durée du traitement ne dépasse généralement pas vingt à trente jours ; mais la guérison s'obtient parfois en deux ou trois injections. La conjonctivite suppurée gonococcique des nouveau-nés guérit avec une remarquable promptitude.

Traitement de la blennorragie par la lymphothérapie. ARTAULT DE VEVEY. *Bull. de la Soc. de thérap.*, 12 oct. 1921, t. XXVI, n° 8, p. 214-218.) — L'auteur recueille la sérosité de deux petits vésicatoires appliqués sur le sujet et on injecte 10 centimètres cubes dans les muscles fessiers. Guérison en une vingtaine de jours.

Il recourt aussi à la pyothérapie injectant, dans la fesse, 5 centimètres cubes de pus urétral recueilli aseptiquement dans un tube stérile et guérit son malade en quinze jours.

Cf. — Deux cas de rhumatisme blennorragique guéris par la sérothérapie. Accidents sériques guéris par l'injection intraveineuse de chlorure de calcium. (WEILL-HALLÉ et CHABANIER. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 23 mars 1922, n° 10, p. 486.)

Septicémie gonococcique avec infection streptococcique et localisations pulmonaires pneumococciques intercurrentes ; traitement par sérothérapie gonococcique. (SACQUÉPÉE. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 30 mars 1922, n° 11, p. 493.)

PHYSIOLOGIE

Sur les phénomènes dits réflexes de l'appareil génito-urinaire. (BARTRINA. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, t. XIII, n° 5, mai 1922, p. 337, 341.) — Les plexus rénaux s'anastomosent avec le ganglion mésentérique inférieur. Par l'intermédiaire de ce dernier, ils exercent une action réflexe sur la vessie, l'appareil génital et le segment d'intestin irrigué par l'artère mésentérique inférieure. Bartrina explique ainsi la cystalgie des tuberculoses rénales, les troubles urétraux et urétro-prostatiques des calculs du rein et de l'uretère, des lithiasiques, des goutteux, des phosphaturiques. Ces derniers accusent aussi et par le même mécanisme des phénomènes génitaux : impuissance, éjaculation prématurée, spermatorrhée qu'une thérapeutique causale fait rapidement disparaître.

Beaucoup d'urinaires sont traités comme des colitiques : constipation, pseudo-occlusions, spasmes douloureux qui s'observent surtout dans la lithiase réno-urétérale.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



N° 65. — MARDI 22 & JEUDI 24 AOUT 1922. 95e ANNÉE. MARDI 22 & JEUDI 24 AOUT 1922. — N° 65.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Limoges. — M. Raymondaud, professeur d'anatomie, est nommé directeur pour trois ans, à partir du 1er mai 1922.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1922-1923, des fonctions de chefs de travaux :

MM. Raymondaud, professeur, anatomie; Durand, histologie.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Hygiène. — *Au grade de commandeur.* — MM. les professeurs Letulle et Marfan (de Paris).

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Raoul Baudet et Guisez (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Bonnefoy (de Sallanches), Raphaël Boyer (de Sanary), Henri Declerc (de Paris), Faguet (de Périgueux), Jean Gondoin (d'Argentan), Lionet (de Doué-la-Fontaine), Olivier (de Saint-Jeannet), Poirier (de Couture), Tissier-Guy (de Paris), Villemus (de Trets), Justin Weill (de Paris).

Mme Lecordier, surveillante à l'hôpital Beaujon.

Ministère de la Justice. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Rust (de Mulhouse).

Ministère des Colonies. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Cloître et Rabenjoro (de Madagascar).

Ministère de l'Intérieur. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Bregeat (d'Oran).

Ministère du travail. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Joseph Joly (de Mende).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Les récompenses ci-après ont été attribuées pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Jacquet (d'Haubourdin) et Patein (de Paris).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Colin (de Quimper), Estrada, Grimbert et Richardière (de Paris), Lapeyre (de Trèbes), Leplat (de Watrelos), Paris (de Mareville) et Vallée (d'Anzin).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Bellamy (de Saint-Brieuc), Th. Bourju (de Darnétal), Cartet, J. Laborde (de Paris), Denille (d'Alzonne), Durand (de Saint-Nazaire) et Tissot (d'Annecy).

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Une somme de 5.000 francs a été donnée à l'Académie de médecine par Mme Hélène Porgès pour être décernée sous forme de prix à la personne qui aura trouvé une amélioration au traitement de la névralgie faciale (non de tic douloureux proprement dit).

Ce prix devra récompenser non un travail théorique, mais une méthode thérapeutique dont l'efficacité aura été contrôlée.

COMITÉ DE L'HYGIÈNE DE LA SOCIÉTÉ DES NATIONS. — Le comité de l'hygiène de la Société des nations, organisation internationale créée par la deuxième assemblée de la Société pour lutter contre la propagation des maladies épidémiques, a inauguré lundi, à Genève, sous la présidence du professeur Madsen, du Danemark, sa quatrième session. La France est représentée dans ce comité par les professeurs Léon Bernard et Calmette.

Une des premières tâches du Comité de l'hygiène sera de désigner un membre allemand, et ceci conformément à la recommandation du conseil de la Société et suivant la résolution prise par la conférence internationale de l'hygiène de Varsovie, d'après laquelle tous les Etats intéressés dans la lutte contre les épidémies doivent être représentés dans l'organisation de l'hygiène de la Société. L'ordre du jour de cette session comporte des points très importants. C'est ainsi que le comité, qui a déjà publié trois fascicules contenant des renseignements épidémiologiques, s'efforcera de multiplier encore l'échange rapide des informations sur les maladies. Il se

préoccupera aussi de l'accord avec la fondation Rockefeller, cette dernière ayant proposé son aide financière sous forme d'une subvention de 90.000 dollars par an, pendant cinq ans, pour la publication d'un bulletin de renseignements épidémiologiques et pour faciliter l'échange du personnel sanitaire.

D'autre part, de nombreux rapports seront soumis au comité sur l'activité de la commission des épidémies de la Société des nations. Les uns sur l'application des décisions de la conférence internationale de l'hygiène de Varsovie, approuvées par la conférence de Gênes au sujet de l'adoption de la méthode offensive pour combattre les épidémies en Ukraine et sur la conclusion d'accords sanitaires entre les pays voisins de la Russie et la Russie elle-même; d'autres sur la situation sanitaire qui se montre beaucoup plus grave que l'année dernière. Tout le sud de la Russie est la proie du choléra, et le typhus, qui normalement devrait décroître en été, ne marque aujourd'hui aucune tendance à disparaître. Enfin, le comité prendra connaissance des rapports de la commission des épidémies sur l'emploi des 187.000 livres sterling qu'elle a reçues des gouvernements membres de la Société des nations. La commission des épidémies a pu donner une aide effective aux services d'hygiène polonais. Elle songe aujourd'hui à étendre son action en Lituanie, en Lettonie et dans les provinces orientales de la Russie.

Les dépenses prévues pour l'exécution des mesures offensives contre les épidémies et le renforcement de la barrière sanitaire prévue par la conférence de Varsovie ont été estimées à 1 million 1/2 de livres sterling. Des démarches seront entreprises par le conseil de la Société, l'assemblée plénière et le secrétariat général pour obtenir que les gouvernements mettent les sommes nécessaires à la disposition de la commission des épidémies.

Le comité de l'hygiène examinera encore les moyens de lutter contre les épidémies dans le Proche-Orient ainsi que contre les maladies tropicales, comme la maladie du sommeil et la tuberculose chez les indigènes de l'Afrique équatoriale. Il étudiera aussi la possibilité d'organiser entre les puissances mandataires une campagne contre ladite maladie du sommeil et transmettra au sujet des maladies tropicales un questionnaire à la commission des mandats. (*Le Temps*.)

REVISION COMPLÈTE ET RAPIDE POUR LE CONCOURS DE L'EXTERNAT. — La section de médecine de l'Association générale des étudiants de Paris, 13 et 15, rue de la Bûcherie, informe les candidats à l'externat qu'une conférence d'anatomie et de pathologie externe fonctionne dans les locaux depuis le 11 août.

Elle leur rappelle que, en 1920, tous les auditeurs ont été reçus.

Pour tous renseignements, s'adresser à la permanence de la section, ouverte de 14 à 18 heures.

JURISPRUDENCE ET LEGISLATION

BAIL A LOYER. LOI DU 31 MARS 1922

PROROGATION

CONVENTION POSTÉRIEURE AU 23 OCTOBRE 1919

L'article 23 de la loi du 31 mars 1922 décide que toute renonciation au bénéfice de la loi et antérieure à sa promulgation est réputée non écrite, sauf dans les cas formellement prévus par la loi. Le texte doit être combiné, pour interpréter sainement la loi, avec l'article 7 qui valide les renonciations intervenues postérieurement au 23 octobre 1919; c'est un des cas formant exception au principe posé par l'article 23. Le tribunal civil de la Seine (Chambre du Conseil), dans un jugement du 7 juillet 1922, a pu, dès lors, valablement décider que constituait une convention valable, la clause d'un bail, *en date du 1er novembre 1919* par laquelle le preneur s'engageait à renoncer à tout moratorium présent et à venir.

« Attendu, dit le jugement, que par acte sous seings privés du 1er novembre 1919, enregistré, T... a donné à bail au sieur D... un appartement dépendant d'un immeuble sis à Vincennes, 25, rue du Lieutenant-Heitz, au loyer annuel de 3.600 francs, plus 15 p. 100 de charges; que cette location a été consentie pour une durée d'une année courant du 15 octobre au 15 octobre, pouvant se renouveler par tacite reconduction; mais avec faculté formelle pour chacune des parties d'y mettre fin, chaque année, en se prévenant quatre mois avant l'expiration de celle-ci; qu'il a été versé par D... un cautionnement de 1.800 francs imputable sur les six derniers mois de jouissance;

Attendu, en outre, que l'article 22 du bail est ainsi libellé : « Le preneur s'engage à renoncer à tout moratorium présent et à venir, les conditions dudit bail devant, quoi qu'il arrive et en tout état de cause, recevoir leur pleine et entière application »;

Attendu que T... a donné régulièrement congé pour le 1er avril 1922; qu'à la suite du refus de ce dernier de vider les lieux, le juge des référés a, par ordonnance du 22 avril 1922, renvoyé les parties à se pourvoir en vertu de la loi du 31 mars 1922, D... se prévalant de l'article 7 de ladite loi, dont il revendique encore actuellement le bénéfice;

Mais attendu que la clause 22 du bail signé par D... *postérieurement au 23 octobre 1919*, ne lui donne droit à aucune prorogation; qu'en effet l'article 7 de la loi sus-visée est ainsi conçue : « En outre, à titre exceptionnel, et en l'absence de conventions contraires intervenues postérieurement au 23 octobre 1919, il pourra être accordé des prorogations de jouissance, etc... »

Attendu que la clause 22 du bail signé par D... constitue bien la convention contraire postérieure au 23 octobre 1919, et par suite l'un des cas formellement prévus, exceptés par l'article 23, de la nullité dont il frappe toutes les renonciations au bénéfice de la loi du 31 mars 1922, et antérieures à sa promulgation;

Attendu que c'est donc sans droit que D... s'est maintenu dans les lieux et qu'il échet de valider le congé et d'ordonner l'expulsion;

Attendu, d'autre part, que D..., resté en possession depuis le 1er avril 1922, devra subir une augmentation sur son loyer pour la période allant de cette date à l'exécution de son expulsion et que le tribunal possède les éléments nécessaires pour fixer cette augmentation;

Par ces motifs,

Dit que D... ne peut bénéficier de la loi du 31 mars 1922,

Valide le congé donné et ordonne l'expulsion de D... s'il n'a pas vidé les lieux avant le 15 octobre 1922,

Dit que D... devra payer depuis le 1er avril 1922 et jusqu'à ce qu'il ait vidé les lieux une indemnité d'occupation basée sur un loyer annuel de 4.140 francs et dans les conditions prévues au bail.

.... »

Il importe de remarquer que la partie de la décision qui vient d'être rapportée, relativement à l'augmentation qui a été imposée à l'occupant, n'est pas fondée sur l'article 7 de la loi du 31 mars 1922; car la majoration de loyer prévue par ce texte est une condition de la prorogation accordée; or, le jugement l'a refusée. C'est sur les principes du droit commun qu'est fondée la décision du tribunal; dans l'espèce, il n'y avait plus de locataire, le bail s'étant trouvé terminé par l'effet du congé; il n'y avait qu'un occupant sans droit. Dès lors, le tribunal était fondé à accorder au propriétaire une indemnité qu'il avait tout pouvoir pour apprécier.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

L'ENSEIGNEMENT DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DANS LES FACULTÉS FRANÇAISES

SON ORGANISATION. MODIFICATIONS QUE CELLE-CI APPELLE

Par G. POUJOL,
Professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie d'Alger.

Il ne paraît pas contestable que l'enseignement de l'anatomie pathologique tel qu'il existe à l'heure actuelle dans la majorité des Facultés de France, appelle des modifications profondes. Le mal dont souffre cet enseignement provient de deux causes principales : 1° Les difficultés que rencontre dans les hôpitaux la pratique des autopsies ; 2° un vice d'organisation sur lequel nous nous expliquons ci-dessous.

Les difficultés qu'on rencontre pour pratiquer les autopsies, tiennent à deux causes : 1° L'opposition des familles ; 2° l'application de ce qu'on pourrait appeler la règle des vingt-quatre heures. En l'état actuel des mœurs, l'opposition des familles est, pour ainsi dire, la règle; les règlements en vigueur donnent d'ailleurs à cette opposition toutes facilités pour se produire ; dans les hôpitaux de Paris, non seulement les ascendants ou descendants en ligne directe, l'époux survivant, les frères ou sœurs du décédé ont qualité pour s'opposer à l'autopsie, mais aussi les oncles et tantes, neveux et nièces. A Alger, une mention inscrite sur le registre mortuaire au dépôt des corps par une personne qui dit se présenter au nom de la famille est considérée, en pratique, comme une opposition valable. En dehors même des familles, l'opposition provient parfois d'autres initiatives. Sans parler des cas médico-légaux où les parquets se réservent d'ordonner l'autopsie, et en fait, l'interdisent souvent pendant un temps prolongé, il est de règle à Alger qu'on n'autopsie ni les « payants », ni les décédés ayant fait partie du personnel de service, ni les pupilles de l'Assistance publique ; c'est ici l'Administration elle-même qui fait opposition ; enfin, quand il s'agit d'israélites sans parents, ce sont des associations cultuelles qui interviennent pour empêcher l'autopsie, au besoin, nous a-t-on dit, en payant les frais de séjour à l'hôpital. En définitive, une opposition existe dans la majorité des cas.

Dans la plupart des villes françaises de Facultés, il est fait une application stricte de la disposition règlementaire en vertu de laquelle l'autopsie est différée jusqu'à la vingt-quatrième heure après le décès. Comme généralement les obsèques ont lieu peu après la vingt-quatrième heure, il suit de là que le délai pendant lequel l'autopsie est possible, en dehors de toute opposition, est souvent singulièrement court. Les cadavres autopsiés dans ces conditions sont toujours dans un état de putréfaction plus ou moins avancée, et ne fournissent que des pièces de médiocre valeur au point de vue de l'histologie pathologique.

La deuxième difficulté importante que rencontre l'enseignement de l'anatomie pathologique tient à la manière dont il est généralement procédé, en ce qui concerne, d'une part les autopsies, d'autre part les pièces provenant des services de chirurgie.

Pour les autopsies, il est de règle dans les hôpitaux que le droit de les pratiquer est réservé au chef du service dans lequel le décès s'est produit ; le chef de service peut se décharger de cette tâche sur un de ses collaborateurs ou sur un de ses élèves, ou réclamer le concours du personnel de l'anatomie pathologique ; mais nul ne peut s'emparer du corps sans l'autorisation écrite du médecin traitant. On peut trouver légitime qu'il en soit ainsi, et penser que nul n'est plus qualifié pour tirer de l'autopsie tout l'enseignement qu'elle comporte que celui qui a suivi l'évolution clinique. D'autre part, l'autopsie est, par la force des choses, la vérification du diagnostic clinique, et l'on peut estimer qu'il y a une question de convenance et de ménagement légitime à ce que cette vérification ne soit pas faite en dehors du service où le diagnostic a été posé. Toutefois, il faut voir où conduit l'application du principe en question. Or, toutes réserves faites quant aux cas particuliers, on peut dire que le plus souvent les choses se passent comme ceci : les autopsies ne sont pas sytématiquement pratiquées et celles qui sont faites sont fréquemment incomplètes et limitées à la vérification de la lésion jugée à priori principale, ou d'un point qui a particulièrement sollicité la sagacité des cliniciens ; et d'une façon générale, ce n'est ni le chef de service, ni le chef de clinique, ni souvent même l'interne qui pratiquent l'autopsie ; à l'heure de la visite, un externe, parfois un simple stagiaire, est détaché avec la mission d'aller faire l'ouverture, de constater et de rendre compte ; il s'en acquitte avec tout son zèle, mais aussi dans la mesure de ses connaissances anatomo-pathologiques, et il y a des chances pour que cette mesure soit faible (1).

En définitive, il arrive ceci de paradoxal : pendant des jours l'effort de la clinique se sera appliqué à diagnostiquer les lésions que l'opacité des parois du corps dérobe à la vue directe, et le jour où l'évolution fatale livre le mot de l'énigme et permet de recueillir, par un inventaire complet des lésions, les éléments d'une synthèse autrement pénétrante que ce que l'investigation clinique peut donner, on laisse tomber l'occasion, ou on en profite d'une façon incomplète. Comment se fait-il qu'il puisse en être ainsi ? On peut en donner plusieurs raisons. D'abord, il faut bien dire que ni le chef de service ni ses collaborateurs de degrés élevés ne disposent du temps matériel qu'il faudrait consacrer aux autopsies ; cliniciens, il se doivent avant tout aux malades ; pour un qui a succombé, cent restent qui réclament leurs soins, et c'est là pour eux le premier devoir. D'un point de vue analogue, une salle d'autopsie, même bien tenue, est un milieu éminemment malpropre et septique, et les cliniciens peuvent avoir le souci légitime de ne pas exposer leurs malades de l'hôpital ou de la ville à des contaminations médiates en séjournant trop longtemps dans un tel milieu. Mais il y a autre chose : il y a

(1) « Qui de nous, écrit M. Pierre Marie, n'a vu trop souvent un externe zélé mais novice, chargé de faire une autopsie, ne parvenant, après des efforts prolongés et surhumains, à placer sur la « table » que des viscères dilacérés, souillés de sang, presque méconnaissables, misérables lambeaux qui ne peuvent plus, au point de vue anatomo-pathologique, être d'aucune utilité ? Comment en serait-il autrement ? Le souci très légitime d'une asepsie, dont ils sont strictement redevables à leurs malades de l'hôpital et de la ville, éloigne, depuis bien des années déjà, des amphithéâtres d'autopsie un assez grand nombre de chefs de service ; beaucoup d'internes se trouvent dans l'obligation de sacrifier aux mêmes nécessités. Aussi combien d'externes et de stagiaires, je parle des plus laborieux, restent seuls à l'amphithéâtre, sans direction, sans autres conseils que ceux du garçon ou d'un camarade plus âgé, mais dont les connaissances anatomo-pathologiques sont également très sommaires ! » (G. ROUSSY et P. AMEUILLE. *Technique des autopsies*. Préface du prof. Pierre MARIE,)

ceci, que l'anatomie pathologique est, comme la plupart des autres branches des sciences médicales, une spécialité; la technique opératoire de l'autopsie peut être rapidement acquise; mais connaître les lésions, sous leur double aspect macroscopique et microscopique, être à même d'en faire le diagnostic anatomique, d'en rétablir la subordination, de porter un jugement d'ensemble sur les constatations d'une autopsie, tout cela demande une longue pratique de l'amphithéâtre et une connaissance approfondie de l'histologie pathologique qu'on ne possède guère sans s'y être spécialisé, et qui manque souvent à des cliniciens, même éminents, mais dont toute la carrière a été orientée vers l'étude du malade; c'est peut-être la raison principale pour laquelle ceux-ci, se sentant moins à l'aise sur ce terrain nouveau, se détournent rapidement des constatations nécropsiques.

Les habitudes des services de chirurgie sont également peu favorables à l'anatomie pathologique. Ici aussi c'est le point de vue clinique qui tire à lui toute l'attention, ce qui n'a rien que de légitime. Quant aux pièces provenant des opérations, ou bien elles demeurent inutilisées, ou bien elles sont remises à un des laboratoires de l'hôpital; s'il s'agit d'un laboratoire central des cliniques, auquel incombent des tâches nombreuses et variées, la réponse se bornera au diagnostic; s'il existe un laboratoire particulier annexé au service, le chef de laboratoire fera son profit personnel de la pièce; de toute façon celle-ci demeurera inutilisée pour l'enseignement général.

On voit combien l'ensemble d'une telle organisation rend précaires, dans nos Facultés, les conditions de fonctionnement de la chaire d'anatomie pathologique. Les démonstrations nécropsiques devraient ici être la base de l'enseignement. Or, le professeur, à moins d'être lui-même médecin des hôpitaux, n'a pas d'autopsies qui lui appartiennent en propre; il devra se mettre à la disposition de ses collègues, attendre qu'on l'appelle, à moins d'accords personnels avec les chefs de service. En fait, la plupart des autopsies auront lieu en dehors de lui. Il arrivera quelquefois, il est vrai, que des pièces prélevées au cours des autopsies lui seront apportées au laboratoire pour être soumises à son appréciation; mais, il ne pourra s'agir que de pièces parcellaires et peu volumineuses qui franchiront en cachette la porte de l'hôpital, dont les règlements interdisent de telles soustractions. Même chose pour les pièces chirurgicales : le professeur d'anatomie pathologique n'a pas d'autre ressource que de faire appel à l'obligeance des chirurgiens ou même de s'adresser directement aux internes pour que des pièces soient quelquefois réservées à son intention. Dans de telles conditions, il n'est pas exagéré de dire que le service d'anatomie pathologique vit de mendicité et de contrebande.

Un tel état de choses est aussi fâcheux pour les maîtres que pour les étudiants. En ce qui concerne ces derniers, la rareté des autopsies et les conditions d'incertitude où elles se pratiquent, font qu'il est de toute impossibilité de prévoir des démonstrations à jours fixes et de les y convoquer. Les seules autopsies dont ils profiteront seront donc celles que le chef du service où ils font leur stage aura pu leur confier ou celles où ils se seront faits les assistants bénévoles de l'externe délégué; mais, ceci n'a rien de régulier ni d'obligatoire; en fait, un étudiant peu zélé ou dépourvu de curiosité d'esprit peut, à la rigueur, accomplir toute sa scolarité sans avoir jamais vu, sur le cadavre ouvert, dans leur impressionnante réalité, ces lésions aux aspects multiples que toute sa vie de praticien se passera à tâcher de reconnaître chez les malades qui se seront confiés à ses soins. Il y a là dans l'enseignement une énorme lacune.

Quant au professeur d'anatomie pathologique et à ses collaborateurs, la situation qui leur est faite est paradoxale. Un enseignement leur est confié qui ne peut exister et porter de fruits que s'il est un enseignement de fait, un enseignement par la vue, une perpétuelle démonstration pratique; or, de cet enseignement, aucun des éléments matériels n'est mis à leur disposition par des voies normales et réglementaires; ils doivent tout se procurer par des moyens obliques et par des voies détournées. Conçoit-on cependant un professeur d'anatomie sans cadavres, ou un professeur de clinique sans malades? Qui ne voit, d'autre part, combien les conditions que nous avons exposées sont défavorables pour la formation même et le recrutement du personnel enseignant. Il en est des lésions comme des cas cliniques; leur variété est considérable; celui qui s'est voué à leur étude n'est jamais trop expérimenté; et c'est pour lui une nécessité pressante que d'avoir à sa disposition un champ suffisant d'observation, tant pour accroître incessamment son expérience que pour être à même de porter sur toutes les questions un jugement personnel. L'organisation actuelle ne lui assure pas ces possibilités d'information directe. Elle est également néfaste au point de vue du recrutement. Les nouveaux règlements prévoient une agrégation spéciale d'anatomie pathologique, des chefs de travaux et des préparateurs de carrière, ce qui est bien. Mais, il faut un réel amour désintéressé de la science pour s'engager dans cette voie ingrate et l'on ne peut espérer que beaucoup de jeunes gens en soient tentés, tant qu'il n'existera pas dans chaque Faculté, pour développer le goût de l'étude des lésions, un centre anatomo-pathologique autonome, assuré de matériaux d'étude suffisants.

Ayant ainsi dit, la « grande pitié » des services d'anatomie pathologique dans nos Facultés françaises, nous voudrions maintenant indiquer quelles réformes devraient être apportées pour que les conditions où cet enseignement est donné fussent d'accord avec son importance.

Un premier point est celui-ci. Il est mauvais que le laboratoire d'anatomie pathologique soit dans une Faculté séparée de l'hôpital, souvent par une grande distance; le laboratoire doit être contigu à la salle d'autopsie, ou, si l'on veut, comprendre dans ses annexes la salle d'autopsie et le dépôt mortuaire. Comme, d'autre part, les cours et les travaux pratiques d'histologie pathologique ont lieu l'après-midi, et que leur horaire est combiné avec d'autres enseignements, on est conduit à cette conclusion qu'il est désirable que les bâtiments de la Faculté tout entière soient compris dans l'enceinte même de l'hôpital, ainsi que la chose existe en France, à Strasbourg, et aussi dans beaucoup d'Universités étrangères. On peut toutefois imaginer que le laboratoire d'anatomie pathologique soit déplacé sans que toute la Faculté doive aussi déménager. Les cours de pathologie externe ou interne qui précèdent ou suivent ceux d'anatomie pathologique pourraient

sans difficulté être donnés dans une salle de cours annexée à l'Institut d'anatomie pathologique.

Un deuxième point concerne le personnel. Celui-ci devrait comprendre le professeur, un agrégé, un chef de travaux, deux préparateurs, deux garçons de laboratoire (ou deux garçons et une « laborantine ») et un garçon pour la salle d'autopsie. En ce qui concerne l'état-major, professeurs, chef de travaux, préparateurs, il faudrait qu'il fût de règle constante que les médecins qui le composent fussent exclusivement consacrés à leurs fonctions, à l'exclusion de toute clientèle. Sans doute il y aurait avantage à ce qu'ils eussent une sérieuse formation clinique et eussent passé, par exemple, par l'internat; mais du moment qu'ils prendraient rang au laboratoire, ils devraient se considérer comme étant purement hommes de laboratoire. Les dispositions récentes qui ont prévu une agrégation d'anatomie pathologique, qui d'autre part ont institué pour les Facultés de médecine des chefs de travaux et des préparateurs de carrière, rendent réalisable la condition désirée. On peut désormais faire une carrière dans l'anatomie pathologique, et il n'y a pas de raison pour que cette chaire ne trouve pas à se recruter comme d'autres chaires « à laboratoire » des Facultés de médecine, ou comme celles des Facultés des sciences.

Lever dans la plus large mesure possible l'obstacle provenant des oppositions trop fréquentes des familles fait également partie du plan de réorganisation. Sans heurter de front le sentiment du public, on peut tâcher d'agir sur ce sentiment, faire admettre l'autopsie comme une chose qui va de soi. Il serait nécessaire pour cela de gagner le concours de l'Administration. Roussy rappelle qu'en 1842 le ministre de l'Intérieur écrivait au préfet de police que « dans les hôpitaux l'autopsie doit demeurer la règle dans l'intérêt bien entendu des malades et de la science ». A cette époque donc, l'Administration favorisait la pratique des autopsies. Pourquoi n'en serait-il pas de même aujourd'hui? Sans doute y aurait-il déjà quelque chose de changé si, sur un mot d'ordre venu de haut, tout le personnel des hôpitaux, à commencer par les directeurs, se faisait sur ce point l'auxiliaire convaincu des médecins. On pourrait restreindre le droit de faire opposition à l'autopsie aux père, mère, fils, fille, frère ou sœur, et en exclure les parents à un degré moins proche. Et puis peut-être pourrait-on tirer parti des dispositions même de l'article 77 du Code civil; cet article défend qu'il soit procédé à l'inhumation moins de vingt-quatre heures après le décès, et l'on en a conclu que l'autopsie ne pouvait non plus être autorisée avant ce délai; c'est une extension abusive; le législateur a fixé un délai de vingt-quatre heures pour l'inhumation, probablement par la crainte de la mort apparente; il ne parle pas d'autopsies, et comme dans les conditions d'observation où se trouvent les sujets décédés dans les hôpitaux la réalité de la mort, dûment constatée par un nombreux personnel médical, ne saurait jamais faire de doute, il n'y a aucun obstacle légal à ce que le corps soit ouvert dès qu'il a été transporté au dépôt mortuaire; aussi voudrions-nous proposer ceci : le dépôt mortuaire comprendrait une chambre frigorifique (1) et il serait inscrit dans le règlement que les corps, dès qu'ils sont apportés au dépôt, doivent être placés dans la chambre froide et y rester jusqu'à la mise en bière, qui aurait lieu après la vingt-quatrième heure, sans qu'ils puissent en être extraits autrement que pour les vérifications indispensables; cette disposition paraîtrait naturelle aux familles, comme tendant à éviter en toute saison tout début de décomposition, et ainsi sauraient-elles qu'elles ne peuvent êtres admises à voir le corps qu'avant son transfert au dépôt ou au moment de la mise en bière. Quant aux médecins, ils auraient toute latitude pour pratiquer l'autopsie dès que le corps serait apporté au dépôt et jusqu'à l'heure de la mise en bière, sans avoir à compter avec la survenue possible des parents. En définitive, ce qui deviendrait la règle, ce serait l'autopsie avant vingt-quatre heures et non pas l'autopsie après ce délai prétendu légal. Enfin un moyen efficace d'agir sur l'esprit des familles serait sans doute que la mise en bière fût faite non seulement avec la plus grande décence, mais avec une certaine pompe. Le décor de la salle où les cercueils seraient déposés en attendant les obsèques serait particulièrement soigné; et ainsi l'idée même que le respect dû aux morts aurait pu être un seul instant perdu de vue serait écartée de l'esprit des parents.

(1) Cette chambre existe à Strasbourg.

La partie la plus importante des réformes à réaliser consiste sans aucun doute en ceci que les services cliniques devront abandonner les autopsies et en confier le soin au service anatomo-pathologique. On sait que c'est ainsi que les choses se passent dans tous les pays excepté la France. Les anatomo-pathologistes font toutes les autopsies auxquelles ils n'y a pas d'opposition et en rendent compte aux services cliniques. Les avantages du système sont évidents : toutes les autopsies sont pratiquées, et le sont par un personnel spécialisé; elles sont méthodiques et complètes; toutes les observations recueillies dans les cliniques se complètent de l'indispensable inventaire anatomique; en ce qui concerne l'enseignement, les étudiants trouvent l'occasion quotidienne de voir des autopsies, d'en pratiquer eux-mêmes non plus à l'aveugle, mais sous des directions éclairées, de se familiariser avec l'étude des lésions, fondement de la pathologie dont la solidité et la valeur explicative n'est pas contestable; enfin les documents journellement recueillis dans les Instituts anatomo-pathologiques constituent pour les travaux scientifiques un fonds pour ainsi dire inépuisable, que l'infinie variété des cas observés renouvelle incessamment. C'est, dira-t-on, le système allemand; en fait, c'est le système adopté par tous les pays, Italie, Suisse, Belgique, Russie, Angleterre, Etats-Unis, parce que la supériorité en est évidente; et notre pays ne peut différer de l'adopter aussi sans laisser subsister dans l'éducation de ses médecins une énorme lacune et sans se mettre dans une position d'infériorité dans la lutte avec les pays rivaux pour l'influence scientifique.

Il importera de maintenir le plus intime possible la liaison avec les services cliniques: car il ne s'agit aucunement, bien entendu, de dessaisir ceux-ci, mais de leur demander d'accepter le concours des anatomo-pathologistes. En réalité le jugement clairvoyant d'une autopsie est puissamment aidé par la connaissance des circonstances cliniques, souvent même ne saurait s'en passer; il sera donc utile non seulement que chaque corps soit accompagné d'une fiche faisant mention du diagnostic clinique, comme cela se pratique d'ordinaire, mais que le service clinique délègue à tout le moins un élève qui sera

chargé de communiquer l'observation clinique et qui assistera à l'autopsie.

On peut aussi imaginer dans l'application du nouveau régime des tempéraments qui dans une certaine mesure maintiendraient les prérogatives actuelles des chefs de service; ceux-ci pourraient par exemple faire savoir qu'ils entendent pratiquer eux-mêmes ou faire pratiquer par un de leurs collaborateurs de degré élevé l'autopsie de tel cas venant de chez eux, et dans ces conditions le corps leur serait de droit réservé jusqu'à une certaine heure.

La même centralisation par le service anatomopathologique serait également désirable pour les pièces provenant des services de chirurgie. Ici aussi il serait aisé, avec de la bonne volonté réciproque, de réaliser un fonctionnement qui donnât satisfaction à tous.

Ces principes admis, il serait facile de mettre sur pied un enseignement de l'anatomie pathologique répondant à ce que l'on doit désirer; ou du moins la solution se réduirait à une question de locaux et de crédits. Le professeur, l'agrégé, le chef de travaux, les deux préparateurs se répartiraient pendant la durée de l'année scolaire la tâche des autopsies; ce serait notamment une des fonctions essentielles du chef de travaux et des préparateurs (tous docteurs en médecine et spécialisés); les matinées y seraient consacrées. Une ou deux autopsies quotidiennes suffiraient à maintenir l'activité du service et un hôpital de 500 lits, par exemple, les fournirait aisément; mais il serait possible de suffire à une tâche même plus lourde, d'autant qu'on aurait l'aide matérielle des étudiants. Nous voudrions en effet proposer ceci qui serait, croyons-nous, une innovation et une innovation utile : c'est que les étudiants fussent astreints à un stage à la salle d'autopsies; ce stage durerait par exemple deux mois et se substituerait pendant ce temps au stage clinique; il serait accompli par les étudiants de quatrième année, à qui s'adresse, sous le nouveau régime, l'enseignement de l'anatomie pathologique. Si l'année comprenait par exemple 100 élèves, ils seraient répartis en 4 séries de 25, qui seraient successivement appelées à accomplir le stage dans le courant de l'année scolaire; on aurait donc là un personnel qui pourrait assumer une partie des besognes matérielles, recueillir sous la dictée les protocoles d'autopsies, etc..,

Dans l'organisation intérieure du laboratoire, les deux préparateurs, assistés chacun d'un garçon, assumeraient respectivement la tâche de suivre et monter en préparation d'une part les pièces d'autopsie, d'autre part les pièces des services de chirurgie. Dans le plus grand nombre des cas la méthode des coupes après fixation et congélation pourrait être appliquée et permettrait de donner rapidement les diagnostics, notamment aux chirurgiens. A la « laborantine » seraient confiées les préparations en série, dont les femmes s'acquittent plus volontiers que les hommes.

Quant à l'enseignement à donner aux étudiants, il comprendrait, en dehors des autopsies du matin, les cours et les travaux pratiques; les cours du professeur et de l'agrégé auraient lieu l'un en hiver, l'autre en été; les 80 leçons des deux cours permettraient de toucher au moins tous les sujets importants. Les séances pratiques, auxquelles présiderait le chef des travaux comprendraient d'abord et nécessairement l'histologie pathologique; l'expérience nous a montré que cet enseignement peut être donné à un grand nombre d'étudiants à la fois, 50 par exemple sans rien perdre de son efficacité; il suffit d'avoir assez de microscopes pour que chaque élève dispose d'un, et de constituer des stocks suffisants de préparations, commentées par des dessins et des notices descriptives; moyennant quoi chaque étudiant se tire très bien d'affaire tout seul; c'est donc une question d'outillage et d'organisation. Mais en outre, il serait très utile de faire dans les travaux pratiques une part à l'étude de pièces macroscopiques conservées en bocaux; la démonstration de ces pièces par le chef de travaux devant tous les étudiants assemblés serait peu pratique dès que l'assistance deviendrait un peu nombreuse. Il vaudrait mieux constituer par exemple 12 lots de bocaux avec notes descriptives et diviser aussi les étudiants en 12 groupes qui seraient convoqués tous ensemble, chaque groupe examinant chaque fois un lot de bocaux. Il faudrait 12 séances pour que chaque groupe eût tout vu.

La constitution d'un musée de pièces conservées en bocaux est, bien entendu, indispensable pour permettre d'accompagner les cours de démonstrations pratiques et donner aux étudiants un aperçu de l'ensemble des lésions. Constituer et renouveler ce matériel est la tâche permanente du personnel des Instituts. Mais il va de soi que le Musée ne saurait remplacer pour l'étudiant l'assistance aux autopsies.

Quant à la disposition des locaux, nous avons dit que nous ne comprenions pas un Institut anatomopathologique autrement que juxtaposé à la salle d'autopsies. A côté de celle-ci et communiquant avec elle il faudrait un local où pourraient être entreposées des pièces provenant de corps non réclamés et demandant un examen un peu minutieux, une véritable dissection; il y a intérêt en pareil cas à immerger la pièce dans un liquide formolé pour l'étudier tout à loisir, ce qui n'est pas possible dans les conditions ordinaires de l'autopsie. Par ailleurs, l'Institut devrait comprendre les divisions suivantes : deux pièces pour le professeur, une pour l'agrégé, une pour le chef de travaux, une pour chacun des préparateurs, une pour les travailleurs bénévoles, une salle commune de travail pour les garçons et la « laborantine »; les étudiants seraient reçus dans une vaste salle destinée à servir à la fois de salle de cours et de travaux pratiques, et dont les dimensions seraient en rapport avec les besoins à prévoir; les parois seraient garnies de vitrines d'exposition pour des pièces de collection choisies; la salle serait pourvue d'un dispositif pour la projection de clichés. Il faudrait encore un vestiaire, ou mieux deux vestiaires, un pour les vêtements d'autopsie, lequel serait pourvu de lavabos, un autre pour les vêtements de ville ou de laboratoire; une bibliothèque, une cuisine-atelier pour les opérations d'ordre chimique, la manipulation et le montage des grosses pièces; un dépôt de verrerie (qui pourrait être en sous-sol), des cabinets-lavabos respectivement pour le personnel médical et pour le personnel de service; enfin il serait utile que l'on gardât la disposition d'une salle un peu vaste, par exemple à l'étage supérieur, qui se prêtât à recevoir les pièces de collection successivement accumulées au cours des années.

Nous n'avons pas envisagé les aménagements de la salle d'autopsies, parce que son édification incombe généralement aux hôpitaux. S'il devait s'agir d'un

hôpital avec lequel la Faculté viendrait se confondre (ce qui devrait être la règle), il serait désirable que le professeur d'anatomie pathologique fût consulté sur l'organisation de la salle d'autopsies, puisque celle-ci ferait partie des locaux d'enseignement.

Il existe une Faculté française où l'enseignement de l'anatomie pathologique fonctionne ainsi que nous venons de l'indiquer, c'est la Faculté de Strasbourg; on n'a eu ici qu'à conserver ce que les Allemands avaient mis sur pied, et à quoi ils avaient appliqué des moyens matériels considérables. Il en résulte qu'on trouve à Strasbourg, pour cette branche d'enseignement, des moyens d'instruction et de perfectionnement dont nous ne croyons pas que l'équivalent existe nulle part ailleurs en France. Aussi faut-il conserver précieusement l'Institut pathologique de Strasbourg. Toutefois, il serait sans doute difficile de réaliser dans tous les centres d'enseignement une organisation d'une telle ampleur. C'est pourquoi nous avons présenté l'esquisse d'un projet de moindres proportions, mais dont la réalisation suffirait, croyons-nous, à pourvoir aux nécessités de l'enseignement dans une quelconque de nos Facultés, Paris excepté.

Même dans ces limites nous ne nous dissimulons pas à combien de difficultés la réforme que nous réclamons se heurtera. Changer les habitudes du public dans ses rapports avec l'hôpital, intéresser l'Administration à une réforme dont l'intérêt lui échappera, et dont elle verra surtout qu'elle risque de heurter le sentiment public et de susciter des complications, obtenir que les hôpitaux changent leurs règlements intérieurs, faire que les médecins d'hôpitaux, au nom de l'intérêt général, donnent leur concours à une réforme où ils croiront voir d'abord une diminution de leurs prérogatives, tout cela n'est évidemment pas facile; et même du seul point de vue matériel, qui ne voit que les Facultés sont partout (sauf à Strasbourg) séparées des hôpitaux, et que déserter les locaux existants pour rebâtir ailleurs est une grosse difficulté et une grosse dépense? D'avoir ainsi considéré les obstacles, il faut seulement retenir que sans doute la réforme demandera, pour être accomplie partout, du temps, de la patience et de la ténacité; il n'en faut pas moins s'y engager dès maintenant, ne pas la perdre un instant de vue et ne rien faire, par conséquent, qui ne s'accorde avec elle et en compromette la réalisation; en particulier, renoncer dès maintenant à édifier des bâtiments de Facultés en dehors des hôpitaux. S'il nous était permis d'émettre ici un vœu, ce serait que la Faculté de Paris prît l'initiative et organisât, dans un des grands hôpitaux de la capitale, un Institut anatomo-pathologique digne d'elle et conçu comme il est dit ci-dessus. Les Facultés de province ne tarderaient pas à suivre l'exemple. Mais, s'il le faut, que ces dernières commencent! D'où que parte l'initiative de la réforme, celle-ci s'impose; tant qu'on ne l'aura pas accomplie, une grave cause d'infériorité subsistera dans notre pays pour l'enseignement médical et le progrès même des sciences médicales.

Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen. II. *La région sous-thoracique de l'abdomen*, par Raymond GRÉGOIRE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux de Paris. 1 vol. gr. in-8 de 192 pages. avec 60 planches noires et coloriées comprenant 76 figures, — Prix : 30 fr. — Paris 1922, J.-B. Baillière et fils.

ACTUALITÉS

LA SÉROTHÉRAPIE ANTIPNEUMOCOCCIQUE

Le sérum antipneumococcique ne date pas d'hier, mais son emploi ne paraît pas être encore très répandu dans la pratique médicale; plusieurs communications importantes ayant été faites récemment sur cette sérothérapie (1), il est utile de la bien connaître.

Le sérum antipneumococcique, sérum de Truche, préparé à l'Institut Pasteur, est fourni par des chevaux ayant reçu des injections de pneumocoques virulents et s'étant ainsi immunisés. Ce qui complique le mode de préparation, c'est qu'il existe plusieurs variétés de pneumocoques, distinguées d'après l'agglutination en quatre types I, II. III, IV, et que les bactériologistes français ne décrivent pas le même type IV que les Américains. La fréquence relative de ces quatre pneumocoques ne paraît pas d'ailleurs la même en France qu'en Amérique; en France c'est le type II qui est le plus souvent trouvé, d'après Sacquépée. Un praticien n'ayant guère le temps ni les moyens matériels de déterminer quel pneumocoque envahit le poumon et le sang de ses malades, Truche prépare un sérum polyvalent correspondant aux trois types de pneumocoques, les plus fréquents; ce sérum possède une action antimicrobienne préventive et curative, prouvée par l'expérimentation.

Les médecins américains font aux pneumoniques la sérothérapie par voie intraveineuse; ils injectent lentement 90 à 100 centimètres cubes de sérum chauffé à la température du corps, répètent l'injection toutes les huit heures jusqu'à défervescence et emploient ainsi 200, 300, parfois jusqu'à 1.000 centimètres cubes. Pour empêcher les accidents anaphylactiques, qui sont assez fréquents avec cette technique, ils conseillent la méthode des injections subintrantes; si les accidents surviennent, injection sous la peau d'adrénaline. A signaler aussi la grande fréquence des accidents sériques tardifs.

En France, on utilise plutôt les injections sous-cutanées; la dose initiale sera de 50 à 70 centimètres cubes pour les adultes (Lassance), de 20 centimètres cubes pour les vieillards (Weill-Hallé), et les enfants, de 10 centimètres cubes chez les nourrissons (Rocaz). On répète l'injection les jours suivants, en diminuant la dose si la première injection a été massive. Les injections intraveineuses ont quelques partisans, mais doivent être réservées aux cas particulièrement graves. M. Renaud cherche, pour ceux-ci, à déclancher une crise salutaire par injection intraveineuse de 40 centimètres cubes de sérum avec un demi-milligramme d'adrénaline; on provoque ainsi une action brutale de l'adrénaline sur le sympathique se traduisant par des lypothymies avec angoisse, un pouls filiforme, puis des frissons et du refroidissement périphérique; cette crise dure dix à trente minutes, ensuite le pouls redevient ample, la peau se colore et le malade retrouve le bien-être. M. Renaud n'a jamais eu

---

(1) *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, juin-juillet 1921, fév.-avril-mai 1922. — PRUVOST. *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* de Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, t. XXX, p. 216. — CHEINISSE. *Presse méd.*, 21 janv. 1922. — COURCOUX. *La Clinique*, avril 1922.

d'accidents avec cette technique, mais il reconnaît que la mort subite est un danger qu'il faut faire entrer en ligne de compte ; c'est donc une « méthode d'exception ».

Signalons encore la possibilité d'introduire le sérum dans l'appareil respiratoire par voie laryngée ou trachéale.

Dans les pleurésies purulentes à pneumocoques, le sérum sera injecté directement dans la plèvre ; en cas de méningite, dans l'espace sous-arachnoïdien.

Quelles sont les indications du sérum antipneumococcique ? La première question qui se pose est celle du traitement de la pneumonie franche ; nous avons tous vu des malades adultes guérir de cette affection avec des ventouses scarifiées, de l'acétate d'ammoniaque et de l'huile camphrée ; nous en verrons encore. Que donne, dans ces cas, la sérothérapie ? un plateau thermique plus court, un état général moins touché ; elle a peu d'influence sur les symptômes fonctionnels et les signes physiques. Dans ces conditions, l'emploi du sérum ne paraît pas s'imposer absolument ; chaque médecin appréciera son opportunité.

Lorsqu'il s'agit d'un vieillard, il faut agir énergiquement ; le sérum sera donc très utile pour lutter contre le pneumocoque, pendant qu'on soutiendra le myocarde avec les tonicardiaques habituels. Les broncho-pneumonies des enfants, qui sont parfois des infections à pneumocoques, sont heureusement modifiées par le sérum ; la température s'abaisse, le pouls se ralentit ; le sérum paraît empêcher l'éclosion de foyers nouveaux. D'ailleurs, chez les adultes comme chez les enfants, toutes les pneumonies secondaires, toutes les broncho-pneumonies de la grippe, de la rougeole, dont le pronostic est plus grave que celui de la pneumonie franche paraissent devoir être aujourd'hui traitées par des injections de sérum.

Dans les pleurésies purulentes à pneumocoques, il est tout indiqué d'avoir recours à la sérothérapie ; Nobécourt et Paraf ont pratiqué, avec succès dans un cas, des injections veineuses, pulmonaires et pleurales de sérum.

Aucune hésitation pour utiliser largement le sérum dans les pneumococcémies, dans les localisations extrapulmonaires du pneumocoque. Ce sont des infections toujours graves, souvent mortelles. Les endocardites, les péricardites, les péritonites à pneumocoques auront ainsi un pronostic moins sévère. Dans la méningite à pneumocoques, ponctions lombaires et injections intrarachidiennes de sérum ont une action bien marquée.

Le sérum antipneumococcique peut aussi parfois être employé comme préventif au cours d'infections susceptibles de se compliquer de pneumococcie, dans les épidémies de grippe par exemple.

M. BRELET.

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, professeur de clinique médicale propédeutique, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité ; L. RIBADEAU-DUMAS, médecin de la Maternité ; L. BABONNEIX, médecin de l'hôpital de la Charité. Tome XXIII : **Maladies de la nutrition Rhumatisme chronique**, par MM. le prof. ACHARD, André WEIL, LAUDAT, prof. CHAUFFARD, Guy LAROCHE, LOEPER, MOURIQUAND, BLANC-PERDUCET, Paul MICHEL. In-8, 1922, 29 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

HYGIÈNE PUBLIQUE

MÉFIEZ-VOUS DES CHAMPIGNONS QUE VOUS CUEILLEZ ! ILS PEUVENT DONNER LA MORT

Le docteur Azoulay dont on connaît les beaux efforts pour instruire le public au sujet des champignons donne les conseils suivants auxquels on ne saurait donner trop de publicité.

Pour ne pas être empoisonné par les champignons il n'y a aucun autre moyen que les trois suivants :

1° Ne mangez et ne faites manger les champignons cueillis par vous ou par d'autres que si vous les connaissez *parfaitement*, si vous en êtes *absolument sûr*, et si vous avez l'*habitude d'en avoir mangé* ; malgré cela, ne les mettez à cuire qu'après les avoir soigneusement vérifiés, *un par un*, en les choisissant en bon état, entiers, non véreux, frais et plutôt jeunes.

Cueillez-en donc seulement deux ou trois espèces pour être bien sûr de vous et n'en mangez que chez les gens qui prennent ces précautions.

2° Ne mangez et ne faites manger les champignons cueillis par vous ou par d'autres qu'après les avoir fait vérifier, *un à un*, par une personne savante en champignons, connue ou désignée par l'autorité, ou bien après avoir appris avec elle à les très bien reconnaître sans jamais vous tromper.

Ne cueillez donc aucun champignon si vous ne le connaissez pas parfaitement et depuis longtemps ou si vous ne pouvez pas le faire vérifier.

3° Ne mangez et ne faites manger que les champignons de couche et les autres champignons achetés au marché ou aux marchands dans les localités où ils sont réellement vérifiés.

Exigez donc partout que les champignons soient vérifiés par les agents de l'autorité ou par les marchands autorisés eux-mêmes, et que, frais ou desséchés, ils soient signalés par un écriteau portant le mot « *vérifiés* » et le nom français du champignon.

Personne n'a le droit de risquer sa vie ou celle des autres en mangeant ou en faisant manger ou en vendant des champignons dont on n'est pas absolumunt sûr par les moyens précédents.

Par conséquent, en cas d'accident causé par vous, la justice pourra vous poursuivre pour empoisonnement par imprudence.

CONGRÈS

CONGRÈS DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE (médecine, hygiène, assistance médicale indigène, prévoyance sociale). (MARSEILLE, 11-17 septembre 1922.) — Présidents d'honneur : MM. Paul Strauss, sénateur, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale, membre de l'Académie de médecine ; le professeur Calmette, le docteur Flaissières, le professeur Gariel, le docteur Grall, le professeur Laveran, J. Payot, le professeur Roger, Jules Siegfried, le docteur Treille, Robert David et Léon Robelin.

Président : M. le docteur Paul Gouzien, médecin inspecteur général, président du Conseil supérieur de santé des colonies.

Vice-présidents : MM. le professeur Alezais, directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille ; le docteur Bassères, médecin inspecteur général, directeur du Service de santé du XVe corps d'armée ; le docteur Girard, médecin général de la marine, inspecteur général de l'hygiène et de la prophylaxie dans la marine ; le docteur Gustave Reynaud, professeur à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille ; M. L. Gamard, président de la Fédération de la Mutualité coloniale et des pays de protectorat ; M. L. Village, président du grand Conseil de la Mutualité des Bouches-du-Rhône.

Secrétaire général : M. Edmond Joucla, directeur du service colonial, secrétaire général de l'Exposition coloniale.

Secrétaires : MM. le docteur Ollivier, médecin principal des Troupes coloniales, en retraite ; le professeur A. Raybaud, rédacteur en chef du *Marseille médical* ; le docteur A. Sauvan, secrétaire du Comité médical des Bouches-du-

Rhône; M. J. Maisier, secrétaire général du grand Conseil de la Mutualité des Bouches-du-Rhône.

Programme. — I. SECTION DE MÉDECINE. — Président : M. A. Le Dantec, professeur des maladies exotiques à l'Université de Bordeaux.

1. *Rapports.* — *A.* Les *Spirochétoses* dans les Colonies françaises. (Rapporteur : M. le docteur Noc, médecin-major de 1re classe des troupes coloniales, ex-directeur de l'Institut de biologie de l'Afrique occidentale française.)

B. Les *Helminthiases* : indications de recherches intéressantes à effectuer aux Colonies. (Rapporteur : M. le docteur Joyeux, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.)

C. Les *Maladies vénériennes* dans les Colonies françaises. (Rapporteur : M. le docteur Thiroux, médecin inspecteur, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales à Marseille, membre correspondant de l'Académie de médecine.)

D. Les *Bilharzioses* ou *Schistosomoses* dans les Colonies françaises. Géographie médicale. Epidémiologie. Traitement. (Rapporteurs : MM. les docteurs G. Reynaud, médecin principal de 2e classe des troupes coloniales, en retraite, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille; M. Léger, médecin-msjor de 1re classe des troupes coloniales, directeur de l'Institut de biologie de l'Afrique occidentale française.)

E. Les *Amibiases. a.* Les données actuelles sur l'emploi de l'émétine dans les amibiases. (Rapporteur : M. le docteur Mattei, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.) — *b.* Les séquelles de l'amibiase. (Rapporteur : M. le docteur Monges, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.)

F. La *Tuberculose* chez les indigènes dans les Colonies françaises. Formes et évolution suivant les races. (Rapporteur : M. le docteur Kerandel, médecin-major de 1re classe, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales.)

G. Les *Pseudo-tuberculoses chirurgicales.* (Rapporteur : M. le docteur Silhol, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.)

2. *Communications.* — Les nouveaux traitements de la *Lèpre.* (M. le docteur Pringault, chef de clinique exotique à l'Ecole de médecine de Marseille.)

Les *Psychoses* sous les tropiques : Etiologie. Syphilis. Alcoolisme. Paludisme. Béribéri. Maladie du sommeil. Influences climatiques. Formes. Hygiène mentale. (MM. les docteurs G. Martin, médecin principal de 2e classe, ancien professeur à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales; Roussy, médecin-major de 2e classe des troupes coloniales; Robert, médecin-major des troupes coloniales; Cazanove, médecin-major de 1re classe des troupes coloniales.)

Etat mental des *Béribériques.* (MM. les docteurs Roger, agrégé, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille; Aymès, chef de clinique à l'Ecole de médecine de Marseille.)

Les lésions vasculaires dans le *Paludisme.* (M. le docteur Fontoynont, directeur de l'Ecole de médecine de Madagascar, membre correspondant de l'Académie de médecine.)

Réaction des *Paludéens* à la quinine. (M. le docteur Autric, médecin en chef de 2e classe de la marine.)

Etude comparée sur les *Maladies vénériennes* parmi les troupes indigènes de l'armée du Rhin; — Etude comparée sur l'*Evolution de la tuberculose* et sa fréquence parmi les troupes indigènes de l'armée du Rhin. (M. le docteur Lasnet, médecin inspecteur général des troupes coloniales, directeur du Service de santé de l'armée du Rhin.)

II. SECTION D'HYGIÈNE. — Président : M. A. Thiroux, médecin inspecteur des troupes coloniales, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé à Marseille, membre correspondant de l'Académie de médecine.

1. *Rapports.* — *A.* Topographie et prophylaxie de la *Maladie du sommeil* dans les Colonies françaises. (Rapporteur : M. le docteur G. Martin, médecin principal de 2e classe des troupes coloniales, ancien chef de la Mission française de la maladie du sommeil en Afrique équatoriale française.)

B. Prophylaxie et traitement de la *Peste.* (Rapporteur : M. le docteur Heckenroth, médecin-major de 1re classe, inspecteur mobile d'hygiène de l'Afrique occidentale française.)

C. Hygiène urbaine et rurale. Urbanisme et ruralisme aux colonies : I. Acclimatement tropical et ses facteurs industriels. (Rapporteur : M. le docteur Abbatucci, médecin principal des troupes coloniales.) — II. Types d'habitations hygiéniques, européennes et indigènes : *a.* Afrique du Nord. (Rapporteur : M. Prost, directeur du plan des villes au Maroc.) — *b.* Zone tropicale. (Rapporteurs : MM. Dervaux, architecte du gouvernement; Parenty, architecte urbaniste, président de la Société d'hygiène de France.)

D. Transports hôpitaux et navires convoyeurs. — *a.* Les *Transports hôpitaux* en temps de guerre et en temps de paix. Leur rôle dans les expéditions coloniales. Ce qu'ils ont été, ce qu'ils sont, ce qu'ils devraient être. (Rapporteur : M. le docteur Chastang, médecin général de la marine, membre du Conseil supérieur de santé.) — *b.* Les *Navires transports militaires.* (Rapporteur : M. le docteur Brunet, médecin en chef de la marine, médecin en chef de l'escadre de la Méditerranée.)

E. Les *Porteurs de germes* considérés au point de vue du recrutement indigène. (Rapporteur : M. le docteur Nattan-Larrier, professeur chargé de cours au Collège de France.)

F. Comment assurer, en France, des *soins spécialisés aux Coloniaux* de toutes catégories. (Rapporteur : M. le docteur Spire, médecin principal de 2e classe des troupes coloniales, en retraite.)

2. *Communications.* — Etiologie et prophylaxie du *Trachome.* Projet de ligue nationale et coloniale contre le trachome. (Rapporteur : M. le docteur Aubaret, agrégé des facultés, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille.)

Prophylaxie du *Paludisme* dans une armée en campagne. (M. le docteur Visbecq, médecin principal de 1re classe, médecin chef de la section technique au ministère de la Guerre.)

Paludisme et agriculture. (Rapporteur : M. le professeur Roubaud, chef de service à l'Institut Pasteur de Paris.)

Paludisme et rizipisciculture. (Rapporteur : M. le docteur J. Legendre, médecin principal des troupes coloniales.)

Multiplication des plantes utiles dans la lutte contre le *Paludisme* : quinquina, pambotano, plantes culicifuges. (M. le docteur Heim, professeur d'hygiène au Conservatoire des Arts et Métiers, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.)

Prophylaxie du *Paludisme* dans les villages ; équipes itinérantes. (M. le médecin inspecteur Thiroux, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé à Marseille.)

Emigration et Santé publique. (Rapporteur : M. le docteur Marcel Clerc.)

Prophylaxie des *Maladies vénériennes* au Maroc. Les dispensaires prophylactiques. (M. le docteur Colombani, sous-directeur de la santé et de l'hygiène publiques du Maroc, à Rabat.)

Essai d'organisation au Maroc d'une *Police sanitaire régionale.* Ses rapports avec le nomadisme. (M. le docteur Colombani, sous-directeur de la santé et de l'hygiène publiques du Maroc, à Rabat.)

Le *Nomadisme* et la propagation des maladies contagieuses au Maroc. (M. le docteur Prat, médecin-major.)

Projet de *Colonisation indigène* et de stabilisation des populations locales. (M. le docteur d'Anfreville de la Salle, directeur du bureau d'hygiène, à Casablanca.)

Etude sur la *Résistance physique comparée* des divers éléments de troupes indigènes de l'armée du Rhin. (M. le docteur Lasnet, médecin inspecteur général des troupes coloniales, directeur du Service de santé de l'armée du Rhin.)

Aviation sanitaire aux Colonies. (M. le docteur Gravellat, médecin-major de 1re classe des troupes coloniales, stagiaire à l'Ecole supérieure de guerre.)

Rôle de l'*Aviation sanitaire* au Maroc. (M. le docteur Epaulard, médecin-major de 1re classe, médecin chef de la région de Meknès.)

Les coloniaux aux eaux thermales. *Stations hydrominérales* en France et aux Colonies. (MM. les docteurs Matignon, de Châtel-Guyon, France ; Abbatucci, médecin principal des troupes coloniales, Colonies.)

Savons marins et parasiticides dans l'hygiène coloniale et maritime. (M. le docteur Brunet, médecin en chef de l'escadre de la Méditerranée.)

Hygiène scolaire dans les agglomérations indigènes, urbaines et rurales.

III. Section de l'assistance médicale indigène. — Président : M. le docteur Le Roy des Barres, directeur local de la santé au Tonkin.

1. *Rapports.* — *A. a.* Protection et développement de la *main-d'œuvre indigène* chez l'adulte. (Rapporteur : M. le docteur Camail, médecin inspecteur des troupes coloniales.) — *b. Mortinatalité* et *Mortalité infantile. a.* Leurs causes; — *b.* Leurs remèdes. Hygiène de la mère et de l'enfant. Fœticulture. Puériculture. (Rapporteurs : MM. les docteurs Nogue, médecin-major de 1re classe des troupes coloniales, sous-directeur de l'hôpital indigène d'instruction de Dakar; Adam, médecin de la Maternité à Dakar.)

B. La *Vaccination antivariolique* aux Colonies. (Rapporteur : M. le docteur Lucien Camus, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'Institut supérieur de vaccine.)

C. L'*Enseignement médical indigène* aux Colonies : Ecoles de médecine indigènes. Centres secondaires d'instruction. (Rapporteur : M. le docteur Le Dantec, directeur de l'Ecole de médecine de l'Afrique occidentale française, Dakar.)

2. *Communications.* — *Utilisation des indigènes dans les services et dans les œuvres d'assistance* : Médecins. Pharmaciens. Sages-femmes. Infirmiers et infirmières. Agents spécialisés : aides de laboratoire. Vaccinateurs (variole, choléra, peste...). Secteurs et brigades d'hygiène et de prophylaxie. Secteurs et équipes de prophylaxie de la maladie du sommeil. Equipes antitrachomateuses. Visiteurs et visiteuses de dispensaires d'hygiène sociale (tuberculose, syphilis, lèpre...).

Utilisation des indigènes musulmans nord-africains et particulièrement marocains dans les services hospitaliers (infirmiers, médecins, etc.). [M. le docteur Prat, médecin-major.]

Elevage et *Cultures vivrières* dans leurs rapports avec l'amélioration de l'état sanitaire et de la main-d'œuvre indigènes.

IV. Section de la Prévoyance sociale. — Président : M. E. Lairolle, ancien député, vice-président du Conseil supérieur de la Mutualité.

Rapports. — *A. Sociétés de secours mutuels aux Colonies.* Mutualité maternelle. Mutualité scolaire. Mutualité d'adultes. Sociétés françaises. Sociétés indigènes. Sociétés mixtes. Liste de ces sociétés; leur fonctionnement; situation d'ensemble. — *Sociétés de secours mutuels d'assurance au décès.* En existe-t-il dans la Colonie? Sous quelle forme? — *Lois et projets d'assurances sociales* : maladie, invalidité, retraites. Y a-t-il lieu d'appliquer aux Colonies les mesures adoptées ou en projet dans la métropole? — *Organisation supérieure.* Unions et fédérations. Les sociétés de secours mutuels sont-elles groupées? Raisons qui empêcheraient ce groupement? — *Législation mutualiste.* Les sociétés de secours mutuels de la Colonie sont-elles placées sous le régime de la loi du 1er avril 1898? Modifications apportées à cette loi ou qu'il y aurait lieu d'y apporter. (Rapporteur : M. L. Heller, vice-président de la Fédération de la Mutualité coloniale et des pays de protectorat.)

B. Mutualité agricole. Syndicats agricoles. Assurances mutuelles agricoles. Sociétés coopératives. Crédit mutuel agricole. Moyens et voies à employer pour le généraliser dans toutes nos colonies. Concours des banques coloniales. (Rapporteur : M. Paul Vimeux, secrétaire général de la Fédération nationale de la mutualité et de la coopération agricoles.)

C. a. Caisses d'épargne aux Colonies. — Caisses d'épargne ordinaires. Caisses d'épargne postales. Organisation et fonctionnement. Modifications qu'il y aurait lieu d'y apporter. (Rapporteur : M. Le Boucher, rédacteur au ministère des Colonies.) — *b. Habitations à bon marché.* — Extension de la législation sur les habitations à bon marché et la petite propriété aux Colonies et pays de protectorat. Modifications à apporter aux dispositions législatives métropolitaines. Concours financier. Faveurs fiscales. (Rapporteur : M. Raoul Mangot, docteur en droit, sous-chef de bureau au ministère de l'Hygiène et de la Prévoyance sociale.)

D. Sociétés indigènes de prévoyance, de secours et de crédit agricole. — Leur adaptation dans nos diverses possessions. Avances à leur consentir, soit par les Colonies, soit par les banques locales. Doit-on les rendre obligatoires pour tous les indigènes de la région? (Rapporteur : M. Maurice Besson, docteur en droit, ancien rédacteur au ministère des Colonies, publiciste colonial.)

Programme-horaire. — *Lundi 11 septembre.* — 16 h. : Séance d'ouverture dans la salle des congrès du grand Palais de l'Exposition; — 21 h. : Réception par la municipalité à l'Hôtel de Ville (tenue de ville).

Mardi 12 septembre. — 9 h. : Séances des sections médicales, au grand lycée; — 14 h. 1/2 : Séances des sections médicales, au grand lycée; — 21 h. : Conférence de M. le docteur Sergent, directeur de l'Institut Pasteur d'Alger, sur la prophylaxie du paludisme, dans le grand amphithéâtre de la Faculté des sciences.

Mercredi 13 septembre. — 9 h. : Séances des sections médicales, au grand lycée; — 14 h. 1/2 : Séances des sections médicales, au grand lycée; — 21 h. : Réception par les sociétés médicales de Marseille.

Jeudi 14 septembre. — 9 h. 1/2 : Visite accompagnée à l'Exposition coloniale; — 14 h. 1/2 : Visite des ports et de la rade, en bateau à vapeur, par les soins de la Chambre de commerce (départ du quai des Belges, retour à 18 h.).

Vendredi 16 septembre. — 9 h. : Séances des sections médicales et de prévoyance, au grand lycée; — 14 h. 1/2 : Séances des sections médicales et de prévoyance, au grand lycée; — 21 h. : I. Conférence de M. le professeur Borrel, directeur de l'Institut d'hygiène de Strasbourg, sur l'hygiène des troupes coloniales en France; II. Projections cinématographiques du docteur Commandon sur des sujets d'hygiène et d'épidémiologie tropicales (grand amphithéâtre de la Faculté des sciences).

Samedi 16 septembre. — 9 h. : Séances des sections, au grand lycée; — 11 h. : Visite du lazaret aux îles du Frioul, avec déjeuner (15 francs). S'inscrire avant le 1er septembre; — 16 h. 1/2 : Séance de clôture, dans la grande salle de la Maison de la mutualité (rue François-Moisson), sous la présidence de M. Paul Strauss, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale; — 20 h. : Banquet offert aux congressistes par M. le Commissaire général de l'Exposition, sous la présidence de M. le ministre Strauss. A l'issue du banquet, fête de nuit.

Dimanche 17 septembre. — 8 h. : Excursion à la Sainte-Baume en auto-cars (départ de la place de la Bourse, retour à 18 heures). Voiture et déjeuner : 30 francs. S'inscrire avant le 1er septembre.

Le montant de l'adhésion au Congrès est de 25 francs. Les dames sont admises.

Les membres du Congrès ont droit au demi-tarif individuel sur les Chemins de fer P.-L.-M. Les permis leur seront adressés par le Comité.

Une liste d'hôtels est adressée aux congressistes et l'office du logement se charge de satisfaire à toute demande.

Pour l'entrée à l'Exposition, les congressistes sont informés que sur présentation de leur carte de membre à la porte des abonnés ils seront reçus gratuitement.

LIVRES NOUVEAUX

La Psychoanalyse des névroses et des psychoses, ses applications médicales et extramédicales (1), par E. Régis, professeur de clinique psychiatrique à l'Université de Bordeaux, correspondant de l'Académie de médecine, et A. Hesnard, professeur à l'Ecole de médecine navale, assistant de clinique psychiatrique à l'Université de Bordeaux.

Ce livre est le seul ouvrage français qui expose de façon synthétique l'ensemble des travaux de Freud et de ses élèves; la curieuse doctrine du maître de Vienne, le pansexualisme, vaste système de psychologie normale et pathologique, y est

(1) Deuxième édition revue et mise à jour, 1 fort vol. in-16. Prix : 12 fr. — Paris, F. Alcan.

condensée de la manière la plus scrupuleusement objective et aussi clairement qu'il est possible. Illustré de nombreuses observations et exemples résumés, il constitue un travail de la plus haute importance scientifique. Il comporte de plus deux chapitres de critique à la fois médicale et psychologique.

Cette deuxième édition, considérablement augmentée et remise à jour, est au courant des travaux les plus récents de la psychoanalyse. Elle expose en particulier les conceptions actuelles du symbolisme en psychologie scientifique, les applications de la théorie de Freud aux névroses de guerre, à l'aliénation mentale, ses applications extramédicales contemporaines (art, littérature, pédagogie, etc.), ainsi que les systèmes psychologiques des élèves de Freud; Adler, Jung, etc., qui ont, avec lui, contribué à orienter les sciences psychologiques modernes dans une voie entièrement nouvelle.

L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES EMBOLIES PULMONAIRES (1)

II. **Les embolies moyennes.** — Ce type est classique depuis la description par Laënnec de l'*infarctus hémoptoïque*. L'embolie moyenne est d'ordinaire liée à la mobilisation d'un embolus de volume moyen chez un *cardiaque*. Nous avons vu précédemment que les maladies mitrales, le rétrécissement en particulier, s'accompagnaient de dilatation du cœur droit; d'où la formation de caillots fibrineux lancés dans la petite circulation. C'est également le tableau clinique assez fréquent au cours des phlébites.

Le *début* n'est nullement précédé de prodromes. Brusquement apparaissent les signes fonctionnels.

PÉRIODE D'ÉTAT. — Le *point de côté* est brusque, déchirant; il augmente avec les efforts, le mouvement, l'examen, la palpation.

La *dyspnée* est vive, angoissante. La *toux* quinteuse, répétée, et provoque l'apparition de l'*hémoptysie* qui est le phénomène capital. Le crachement de sang apparaît en général deux à trois jours après le point de côté.

Rarement il s'agit d'une hémoptysie franche. Mais presque toujours il s'agit de *crachats hémoptoïques* peu abondants, de 50 à 100 grammes à peine en vingt-quatre heures. Ils sont fractionnés, c'est-à-dire par crachats espacés. Ce sont donc des petits crachats tantôt rouges sanglants, tantôt couleur ocre, jus de réglisse, tantôt noirâtres, rarement rouillés. Ils sont visqueux et adhérents, d'odeur aigrelette, aliacée (Guéneau de Mussy).

Cette expectoration caractéristique est souvent remarquable par sa persistance; elle dure huit, quinze jours et plus.

Histologiquement, on trouve dans ces crachats des cellules cardiaques classiques, des cellules pigmentées macrophagiques, souvent en placard, et des cellules endothéliales avec du mucus (I. de Jong), des globules rouges dégénérés; les cellules macrophages pigmentées ne sont autres que des leucocytes phagocytant les globules rouges plus ou moins dégénérés.

Les *signes physiques* sont variables. Tantôt la seule symptomatologie est constituée par l'existence de cette expectoration caractéristique, et à l'examen on ne trouve aucun signe physique.

D'autres fois, au contraire, il y a des signes physiques nets. Pour Laënnec, on peut trouver deux symptômes :

a. L'obscurité ou l'absence de respiration en un point circonscrit du poumon;

b. La présence de râles sous-crépitants qui s'entendent par bouffées autour du point où le murmure vésiculaire ne s'entend pas.

Ces signes sont en rapport avec l'oblitération du poumon, avec la congestion et l'hépatisation périphériques.

A l'inspection, on constate une immobilité du côté atteint; à la palpation, on trouve de l'exagération des vibrations à une base; à la percussion, on met en évidence de la submatité en ce même point.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 60, p. 975, et n° 62, p. 1007.

Et dans les cas, enfin, où le foyer peut être considérable et très étendu, on peut avoir des signes nets : matité franche plus étendue, souffle tubaire, râles sous-crépitants. Après l'évacuation du foyer, apparaissent des signes cavitaires. Mais c'est là une éventualité assez rare.

Au contraire, la survenue d'une irritation pleurale sèche ou liquide est beaucoup plus fréquente.

ÉVOLUTION. — Par l'hémorragie qu'il provoque, l'infarctus ne présente pas de gravité. Mais il frappe d'imperméabilité respiratoire et circulatoire un territoire pulmonaire souvent étendu. A ce titre il peut être chez les cardiaques une cause d'aggravation pouvant précipiter l'apparition de l'asystolie.

1. La *guérison* est possible : la résorption du foyer se produit en deux à trois semaines. Mais les récidives sont possibles.

2. La *mort* peut survenir, soit par complications, soit par de nouvelles embolies, au cours d une crise dyspnéique.

3. *Complications*. — De nombreuses complications peuvent être décrites :

a. La *pneumonie*, consécutive à l'infarctus, siège autour de lui et affecte le type de pneumonie interstitielle ou de broncho-pneumonie.

Les signes fonctionnels sont : le frisson, une fièvre assez élevée, de la dyspnée plus vive et l'apparition d'une expectoration rouillée.

A l'examen, on trouve de la matité, un souffle tubaire, des râles fins. En cinq à six jours en général, la résolution se produit et la guérison survient.

b. *La suppuration de l'infarctus*. — Elle se produit, soit par infection primitive et par embolie septique, soit par infection par voie broncho-pulmonaire (infection secondaire du foyer). Elle débute par la périphérie de l'infarctus.

Les signes fonctionnels sont le frisson, la fièvre élevée à grandes oscillations, les sueurs abondantes. L'expectoration purulente est continue et fractionnée ou bien elle se produit par vomiques (liquide purulent et rougeâtre).

Rapidement, il se produit une caverne avec tous les signes classiques : respiration caverneuse, souffle cavitaire, gargouillement, pectoriloquie, retentissement de la toux.

L'évolution est toujours grave. La formation d'un pyopneumothorax est fréquente et la mort par hecticité n'est pas rare.

c. *La gangrène pulmonaire*. — Elle se produit, si l'embolus contient des anaérobies, comme par exemple au cours d'une embolie septique d'endocardite végétante, ou provenant d'une thrombose des sinus de la dure-mère ou des veines mésentériques.

L'expectoration est sanieuse, abondante, à odeur fétide, avec détritus pulmonaires. Les signes généraux sont graves, et l'évolution fatale est la règle.

d. *La sclérose pulmonaire*. — Elle peut être primitive, soit consécutive à la suppuration. Parfois on voit se produire des foyers de pneumonie chronique.

e. *Les pleurésies*. — Elles sont très fréquentes et presque constantes au cours des infarctus superficiels. D'après Charcot, chez le vieillard, toute pleurésie serait due à un infarctus sous-pleural.

La pleurésie peut être *latente* et passer inaperçue. Seule sa recherche systématique et la ponction exploratrice la révèlent.

Ou bien, l'attention est attirée par une douleur vive, un point de côté, et à l'auscultation on trouve des signes d'épanchement pleural. La ponction exploratrice montre un liquide peut-être clair et citrin, mais le plus souvent hémorragique. L'examen histologique montre, soit de la fibrine avec des placards endothéliaux, soit de la fibrine et des polynucléaires, des hématies en grand nombre. A côté des pleurésies franchement hémorragiques, on peut voir des pleurésies histologiquement hémorragiques.

FORMES CLINIQUES. — En dehors de cette forme classique d'infarctus hémoptoïque, on peut décrire aussi :

1. Une forme latente, chez les asystoliques ou les vieillards; il n'y a pas d'hémoptysie et c'est une trouvaille d'autopsie;

2. Une forme douloureuse;

3. Une forme hémoptoïque : rétrécissement mitral au début.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement des maladies cardio-vasculaires par le massage, le mouvement et les agents physiques, par les docteurs P. MATHIEU (de Brides), G. RICHARD et HARANCHIPY (de Royat). 1 vol. in-16 de 1?4 pages avec figures dans le texte. — Prix : 5 fr. — Paris, G. Doin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Questions de garde d'accouchement, par Ch. Gonnet, accoucheur des hôpitaux de Lyon, et H. Bouget, ex-chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon. In-8, 1922. 192 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Les lois de la cicatrisation des plaies cutanées, par Auguste Lumière, correspondant national de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 de 122 pages avec 25 figures dans le texte. — Prix : 8 fr. — Paris, G. Doin.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

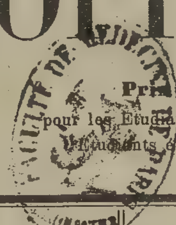
La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.



Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — Sont nommés, sur leur demande, à partir du 1er novembre 1922 :

Professeur de clinique chirurgicale : M. Estor, professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie, en remplacement de M. Tédenat.

Professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie: M. Massabuau, professeur d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Estor.

— NANCY. — Est nommé, sur sa demande, à partir du 1er novembre 1922 :

Professeur de clinique chirurgicale : M. Michel, professeur de médecine opératoire, en remplacement de M. Weiss.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT-FERRAND. — M. le docteur Dionis du Séjour, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, est nommé professeur de clinique chirurgicale infantile (chaire nouvelle).

Nous sommes heureux d'adresser nos bien vives félicitations à notre excellent collaborateur et vieil ami.

— TOURS. — M. Guillaume, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, du 1er mai au 31 octobre 1922 (durée du congé accordé à M. Baudouin), d'un cours d'anatomie.

CONCOURS POUR LES EMPLOIS DE MÉDECIN ET PHARMACIEN AIDE-MAJOR DE 2e CLASSE DES TROUPES MÉTROPOLITAINES (ARMÉE ACTIVE). — Un concours sera ouvert le 12 décembre 1922 à 9 heures au Val-de-Grâce pour l'admission à vingt emplois de médecin aide-major de 2e classe et à cinq emplois de pharmacien aide-major de 2e classe.

Il faut, en particulier, pour être admis à concourir, être docteur en médecine ou pourvu du diplôme de pharmacien et avoir eu moins de vingt-neuf ans au 1er janvier 1922, déduction faite du temps passé sous les drapeaux au cours des hostilités.

Les titres universitaires (interne des hôpitaux dans une ville de Faculté) et militaires (blessures, décorations, citations, temps de présence aux armées) donnent lieu à des majorations de points.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées avec toutes les pièces à l'appui au ministre de la Guerre. (Direction du service de santé. Bureau du personnel), avant le 1er novembre 1922.

Pour tous renseignements complémentaires : voir les affiches et s'adresser, le cas échéant au directeur de l'Ecole d'application du service de santé militaire au Val-de-Grâce.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON. — Les anciens élèves du Prytanée militaire qui ont obtenu en 1921 au Prytanée un diplôme universitaire donnant accès aux études médicales, et qui ont pris leur certificat d'études physiques, chimiques et naturelles à la fin de l'année scolaire 1922, pourront être admis à la division préparatoire du Prytanée militaire à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon, dans la limite des places disponibles. Pour tous renseignements, s'adresser d'urgence à M. le commandant du Prytanée militaire à la Flèche.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE LA MARINE. — *Au grade de chevalier.* — M. le médecin de 1re classe de réserve Le Bunetel.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un arrêté en date du 16 août 1922 alloue aux œuvres ci-après désignées, reconnues comme établissements d'utilité publique, dans le but de poursuivre en 1922 la lutte pour la préservation de l'enfance contre la tuberculose, des subventions se répartissant ainsi qu'il suit :

Société de l'orphelinat de la bijouterie, Paris, 58, rue du Louvre, 2.000 francs; Œuvre des tuberculeux adultes, Paris, 66, rue Vercingétorix, 2.000 francs; Société du dispensaire du XIIe arrondissement, Paris, 7, place Lachambaudie, 1.000 francs; Maison maternelle à Paris, 38 *dis*, rue Manin, 10.000 francs; L'œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose (œuvre Grancher), 4, rue de Lille, 151.000 francs; La ligue fraternelle des enfants de France, 50, rue Saint-André-des-Arts, 5.000 francs; Œuvre parisienne des colonies maternelles scolaires, 10, rue Boursault, Paris, 5.000 francs; Ligue du Nord, à Lille, 4.000 francs; Œuvre des enfants

heureux, à Saint-Aubin-sur-Mer (Calvados), 10.000 francs; Œuvre antituberculeuse de Marseille, filiale de l'œuvre Grancher, 20.000 francs; Œuvre du solarium Lerch, Le Havre, 5.000 francs. Total : 215.000 francs.

GUERRE. — Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 2 août 1922, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent, gratuitement, aux militaires de la gendarmerie (fin) [voir p. 1009-1010 et 1026] :

Médailles d'argent (délivrées après vingt années de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. Blasart (d'Aubervilliers), Bernard (de Saint-Ouen), Fourniols (de Magny-en-Vexin), Levêque (du Perreux), de Brye (de Saint-Ouen), Roynet (de Paris).

1re légion : MM. Leroux (de Licques), Brulin (de Montreuil), Bels (de Bailleul), Pluvinage (de Marcoing), Gamblin (de Fruges), Rançon (de Samer), Six (de Laventie).

2e légion : MM. Menu (de Hirson), Lefebvre (de Bohain), Andrieu (de Neuilly-en-Thelle), Cruard (d'Attichy), Renard (de Poix).

3e légion : M. Chevillot (de Pont-l'Evêque).

4e légion : MM. Jullien (de Bellême), Cavart (de Voves), Chouet (de Maintenon), Jardin (de Bouère), Castaing (de Montmirail), Jamet (d'Exmes), Sevrai (de Trun).

5e légion : M. Mascarel (de l'Isle-sur le-Serein).

7e légion : MM. Dessevre (de Saint-Laurent-de-l'Ain), Metoz (de l'Isle-sur-le-Doubs), Armand (de Lagnieu).

8e légion : MM. Amelin (de Culan), Henry (de Bois-Sainte-Marie), Cortet (d'Arc-sur-Tille), Fié (de Saint-Amand-en-Puisaye), Chamaillard (de Pouilly-sur-Loire).

9e légion : MM. Salvage (d'Issoudun), Lebard (de Vatan), Michiels (de Chauvigny), Ruais (de Doué-la-Fontaine), Hamon (de Candé), Audureau (de Jallais), Poirier (de Durtal), Good (de La Mothe-Saint-Héraye), Cholous (d'Angers), Ruais (de Martigny-Briand), Lhopitallier (de La Membrolle), Prévot-Maisonnay (de l'Isle-Jourdain).

10e légion : MM. Trégoat (de Callac), Dorion (de Moncontour), Joubaire (de Rennes), Hamon (d'Hénanbihen).

11e légion : MM. Gabory (de Varades), Boudet (de Sainte-Pazanne), Richard (de Rosporden), Pineau (de La Caillère), Guérin (de Saint-Jean-de-Monts).

12e légion : MM. Pissard (de Ruffec), Boissel (de Saint-Cyprien), Penot (de Bellac), Murat (de Belvès).

13e légion : MM. Andraud (de Bromont-Lamothe), Borderie (de Saint-Cernin), Gardel (de Cunlhat), Maltrait (d'Arlanc), Gigante (de Sainte-Florine).

14e légion : MM. Lépine (de Belleville-sur-Saône), Albert (d'Amplepuis), Long (de Nyons), Carrez (de Mornant).

14e légion *bis* : MM. Collomb (de Douvaine), Lochon (de Thonon-les-Bains), Trombert (d'Evian-les-Bains), Fodéré (de Saint-Jean-de-Maurienne).

15e légion : MM. Boissin (de Gardanne), Santi (d'Orgon), Vigné (de Châteaurenard), Roche (de Saint-Pierreville), Jean (de Lussan).

15e légion *bis* : MM. Ollivier (de Guillaumes), Raiberti (de Saint-Martin-Vésubie), Cavasse (de Vallauris).

15e légion *ter* : M. Filippi (de Sainte-Lucie-de-Tallano).

16e légion : MM. Cairel (de Castries), Bouissou (de Cransac), Vergnes (de Camarès).

16e légion *bis* : MM. Dambre (de Lisle-sur-Tarn), Cros (de Montréal).

17e légion : MM. Chassereau (de Baziège), Larrieu (de Montesquieu-Volvestre), Deméjean (de Saint-Lys), Vernet (de Cajarc), Dabasse (de Beaumont-de-Lomagne).

18e légion : MM. Casedevant (de Saint-Jean-Pied-de-Port), Foix (d'Oloron), Puyo et Saint-Po (de Grenade), Duprat (de Labrit).

19e légion : MM. Espérandieu (de Souk-Abras), Meinard (de Rébeval), Dechenne (de Saint-Eugène), Guelpa (de Birkadem).

20e légion : MM. Szezypiorski (de Mont-Saint-Martin), Durouaux (de Longuyon), Mathieu (de Neuves-Maisons).

21e légion : MM. Michel (de Bourmont), Vichard (de Granges-sur-Vologne), Jacquot (de Plombières).

Médailles de vermeil (délivrées après vingt-cinq années de soins gratuits). — Légion de Paris : M. Fort (de Draveil).

1re légion : MM. Fourmeaux (de Saint-Amand), Vaille (de Caudry), Quiret (d'Iwuy), Vallé (d'Anzin), Dehaine (d'Aire-sur-la-Lys), Vienne (de Bouchain).

2e légion : M. Froehlicher (de Sissonne).

3e légion : MM. Lainé (de Touques), Lemoine (de Mézidon), Loisnel (de Lisieux), Lallier (de Grainville-Langannerie), Paumelle (de Gonneville-la-Mallet).

4e légion : MM. Lelandais (de Flers), Petit (de Couterne), Gigon (de Saint-Calais).

5e légion : MM. Simon (de Jouy-le-Châtel), François (de Vezelay).

7e légion : MM. Barbier (de Saint-Julien-sur-Suran), Coutemoine (de Morteau).

8e légion : MM. Robet (de Saint-Pierre-le-Moutier), Piard (de Rouvray), Lebœuf (de La Charité), Baudrand (de Montceau-les-Mines).

9e légion : MM. Chabert (de Seiches), Dupont (d Yzernay), Tardif (de Longué), Roy (d'Argenton-Château), Fringuet (de Brioux), Giberton (de Sainte-Sévère), Simon (de Beaupréau).

10e légion : MM. Chambrin (de Plancoët), de Caze (de Piélan-le-Grand), Marie (de Gavray), Radier (de Châteaubourg), Herbert (de Liffré).

11e légion : MM. Bréchotteau (de Coëx), Baudin (de Chantonnay), Guillemot (de Lanmeur).

12e légion : MM. Fays (de Ruffec), Bonnetblanc (de Chatelus-le-Marcheix).

13e légion : MM. Carrière (de Pradelles), Darteyre (de Saint-Amant-Tallende), Godonnèche (de Tauves).

14e légion : M. Berger (de La Côte-Saint-André).

15e légion : MM. Pargoire (d'Aubenas), Daurand (de Valréas).

15e légion *bis* : M. Robert (de la Garde-Freinet).

15e légion *ter* : M. Lanfranchi (de Sainte-Marie-Siché).

16e légion : M. Fournier (de Capdenac-gare).

16e légion *bis* : MM. Bellissent (de Villeneuve-des-Corbières), Peaudecerf (de Narbonne).

17e légion : MM. Gélis (de Cahors), Biar (de Miradoux), Grand (de Montréjeau), Saint-Martin (de Saint-Béat), Constans (de Saint-Antonin).

18e légion : MM. Baylac (de Coudures), Juppé (d'Arudy), Darbouet (du Boucau), Garcy (de Pau), Larricq (de Bedous), Garreau-Fonneuve (de Sainte-Foy-la-Grande).

19e légion : MM. Lécuyé (de Bou-Medfa), Koziell (de Duperré).

21e légion ; MM. Fayet (de Dompaire), Brallet (du Thillot), Vatin (du Val-d'Ajol).

PRIX DAGNAN-BOUVERET. — L'Académie des sciences morales et politiques a décerné le prix Dagnan-Bouveret pour la seconde fois à M. R. Mourgue, médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Auxerre (Yonne).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Aimé Burlot (de Marseille), Jean Descaves (d'Hauteville, Ain) et Léon Perrin, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, membre correspondant de l'Académie de médecine.

CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — Sous la direction du professeur P. Sebileau, un cours de médecine opératoire spéciale en dix leçons aura lieu à partir du lundi 18 septembre 1922, à 2 heures, à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux et continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants.

Droit à payer : 150 francs.

S'inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

REVUE GÉNÉRALE

LE TUBAGE DUODÉNAL

Par René DAMADE,
Médecin des hôpitaux de Bordeaux.

Historique. — Le premier auteur qui tenta de recueillir directement les sucs digestifs dans le duodénum semble être Hemmeter en 1897. En effet, Boas, Boldiref, puis Volhard se contentèrent de faire refluer le liquide duodénal dans l'estomac au moyen de procédés divers (massage du foie, absorption d'huile, etc.), et de l'en retirer par une sonde gastrique.

L'instrumentation d'Hemmeter était si compliquée, si peu pratique que son inventeur s'empressa de l'abandonner quand Kuhn en 1898 publia sa technique. Cet auteur employait un long tube semi-rigide et tentait d'aller à l'aveuglette cathétériser directement le duodénum. Les rares médecins qui voulurent appliquer ce procédé échouèrent et le silence se fit bientôt sur ces méthodes.

Il était réservé à Max Einhorn (de New-York) de créer et de perfectionner peu à peu l'instrument et la technique dont nous disposons aujourd'hui.

Il commença par faire avaler au malade des perles de verre auxquelles étaient attachées diverses substances dont il voulait étudier la digestion. Ces perles étaient fixées à un long fil sortant par la bouche (1908). Comme ces perles franchissaient aisément le pylore il eut l'idée de les remplacer par un petit godet métallique dont il pouvait repérer la situation par les rayons X. Il ramena ainsi une faible quantité de suc duodénal pur (1909). Peu après il remplaçait le godet par une petite olive métallique à parois perforées, olive en communication avec l'extérieur par un mince tube de caoutchouc. C'est le 11 novembre 1909 qu'il donnait une démonstration de ce procédé devant la Société clinique des médecins de l'hôpital allemand de New-Nork. Quelques semaines après, Gross (de New-York) présentait un tube analogue.

Depuis, cette méthode fut en Amérique l'objet de multiples travaux dus à Einhorn, Rehfuss, Palefski, Jutte, Hess, Aaron, etc.

Le seul travail de langue française fait avant la guerre est l'article de Sante Pisani, paru dans les *Archives des maladies de l'appareil digestif* de juillet 1915 : il était basé sur une centaine de tubage. Pendant et depuis la guerre les travaux toujours très nombreux en Amérique, furent, en France, un Mouvement médical de Romme dans la *Presse médicale* du 4 juin 1917, les communications de Carnot et Mauban, de Damade, à la Société de biologie, de René Gaultier à la Société médicale des hôpitaux sur l'examen chimique du suc duodénal, de Rathery et Cambassedès, de Mauban, de Gosset et Lœwy sur le liquide duodénal dans les ictères, de Carnot et Libert sur la présence du bacille tuberculeux dans ce liquide ; de Damade, de Carnot et Libert, sur des cas d'alimentation duodénale.

En 1919 Vincent Lyon, utilisant les recherches antérieures de Melzer montra qu'une solution de sulfate de magnésie injectée par le tube duodénal déclanchait une excrétion biliaire abondante. Il en tirait des conclusions très importantes sur la possibilité de drainer médicalement les voies biliaires, comme nous le verrons dans la suite ; la vérification de la méthode de Lyons donna lieu à des travaux de Einhorn, de Crohn, Reiss et Badin, etc.

Chez l'enfant, Hess a réalisé le cathétérisme du duodénum au moyen d'une simple sonde de Nelaton (1912).

Instrumentation et technique du tubage. — Le tube duodénal se compose d'une petite olive métallique et creuse de 23 millimètres de circonférence et de 14 millimètres de longueur ; les parois sont percées d'un certain nombre de trous : la partie supérieure de l'olive est unie à l'inférieure par un pas de vis, ce qui permet un nettoyage facile de la cavité. L'olive est attachée par quelques tours de fils à un tube en caoutchouc de 3 à 4 millimètres de diamètre et de 1 mètre de longueur ; les parois des tubes sont résistantes de façon à ne pas être trop facilement écrasées par la contraction du pylore ou par la simple aspiration du liquide. A 40, 56 et 70 centimètres de l'olive sont tracées des marques qui permettent d'en repérer approximativement la situation. Quand la marque I (40 centimètres) atteint les arcades dentaires, c'est que l'olive a franchi le cardia ; quand c'est la marque II (56 centimètres), l'opérateur sait que la quantité de tube déglutie est suffisante pour que l'olive atteigne le pylore. Un robinet à deux voies et une seringue de 10 ou 20 centimètres cubes sont montées sur l'extrémité supérieure du tube de caoutchouc : l'on peut ainsi aspirer du liquide et le refouler dans un flacon par une simple manœuvre du robinet (1).

Rehfuss, Palefski emploient des olives plus pesantes pour faciliter le franchissement du pylore : elles ont l'inconvénient de traumatiser la muqueuse. Sante Pisani s'est bien trouvé de l'emploi d'une olive en laiton de 7 à 9 millimètres de longueur, 4 à 5 millimètres de largeur. Carnot a parfois employé un embout de verre à parois épaisses ; le repérage radioscopique est alors impossible.

La technique du tubage est des plus simples. L'on prie le malade de déglutir comme une pilule l'olive lubrifiée avec un peu de lait ou d'eau chaude ; il est bon d'aider la progression en enfonçant légèrement le tube. Au cas de réflexes trop vifs, un badigeonnage du pharynx avec une solution de cocaïne à 1/100e serait de mise : nous n'avons jamais été obligé de recourir à ce moyen. Pour les sujets pusillamines ou qui n'ont jamais pu avaler une pilule, Einhorn a récemment fait construire un introducteur à tige flexible.

Quand le tube a suffisamment pénétré pour que la marque II soit près des arcades dentaires, il est bon d'aspirer une seringue de liquide gastrique, ce qui indique que l'olive a bien franchi le cardia. L'on fait alors coucher le malade sur le côté droit et au bout de vingt minutes à une heure dans les cas favorables, quelquefois au bout d'un temps beaucoup plus long, l'olive franchit le pylore. La marque III est alors dans le voisinage des dents. Le médecin est souvent averti que le tubage duodénal est réalisé par l'écoulement spontané par le tube d'un liquide visqueux, plus ou moins teinté par la bile et de réaction alcaline. D'autre fois il faut aspirer au moyen de la seringue ; quand l'olive est dans l'estomac il vient soit du suc gastrique, soit de l'air ; une seringue d'eau est facilement réaspirée. Au con-

(1) En France, l'on trouve le tube duodénal de Einhorn chez Drapier et fils, à Paris ; aux Etats-Unis chez Tieman and Co, 107, East 28 th. street, New-York City.

traire quand l'olive est dans le duodénum ou bien l'on obtient du suc duodénal, ou bien l'aspiration est impossible : une seringue d'eau tiède ne peut plus être réaspirée au bout d'une demi-minute et c'est de la bile qui monte dans le corps de pompe.

L'examen aux rayons X enfin en indiquant la position exacte de l'olive enlève tous les doutes.

Il peut arriver que plusieurs heures après l'absorption de l'olive, le tubage ne soit pas réalisé. Parfois il s'agit du syndrome décrit par F. Ramond sous le nom de « dislocation pylorique ». Le pylore ou la deuxième portion du duodénum restent en place alors que le bas fond gastrique est très abaissé et atone; le decubitus latéral droit ne suffit pas à faire pénétrer la sonde dans la deuxième portion du duodénum : il faut en outre relever le siège du patient.

S'il s'agit d'un spasme et c'est le cas le plus fréquent, il faut tâcher de le vaincre en faisant absorber au malade 1 milligramme de sulfate d'atropine ou XL gouttes de teinture de belladone, nous nous sommes bien trouvé dans deux cas de ce genre de faire absorber 40 grammes de carbonate de bismuth dans 100 grammes d'eau et de remettre le patient en decubitus latéral droit : le poids du bismuth forçait le spasme et entraînait le tube.

Dans le cas de sténoses organiques moyennement serrées, Einhorn conseille le procédé suivant : il plie une petite perle de verre dans un peu de gaze et la relie à la terminaison de l'olive par un fil de soie de 20 à 25 centimètres de long. Le faible volume de la perle lui permet de franchir le pylore et d'entraîner à sa suite l'olive et le tube.

L'examen terminé le détubage se fait en tirant doucement sur le tube. Une bonne précaution pour éviter au patient l'amertume de la bile consiste à injecter au préalable une ou deux seringues d'eau.

Faut-il donner une nourriture quelconque avant le tubage? Einhorn donne une tasse de thé sucré, ou de bouillon; René Gaultier conseille de laisser le malade à jeun. Nous-même le laissons à jeun quand nous désirons pratiquer l'épreuve de Melzer-Lyon ou étudier la cytologie du liquide duodénal. Quand les ferments digestifs nous intéressent surtout, nous donnons une tasse de lait sucré.

Le liquide duodénal à l'état normal. — Le liquide duodénal est un mélange de bile, de suc intestinal et de suc pancréatique.

D'après Sante Pisani la *quantité* chez l'individu normal varierait de 40 à 70 centimètres cubes à l'heure; lorsque le liquide s'écoule spontanément par le tube on remarque un certain rythme dans l'excrétion : pendant une à trois minutes l'on compte I goutte par seconde; l'écoulement s'accélère pendant une à trois minutes à raison de II à III gouttes par seconde, pour cesser brusquement pendant deux ou trois minutes, puis le cycle recommence. Les émotions désagréables suspendraient l'écoulement, les sensations agréables l'accéléreraient.

L'*aspect* du suc duodénal pur est limpide, mais une seule goutte de suc gastrique acide le trouble.

La *couleur* est le plus souvent jaune d'or : elle peut varier du jaune paille au jaune foncé. Einhorn conseille de reproduire la teinte de chaque échantillon au moyen d'un mélange de diverses couleurs. Il est plus simple d'étalonner le suc duodénal en mesurant sa teneur en pigments biliaires, par la méthode de Fouchet (1); par exemple la teinte jaune d'or correspond à environ 1/15.000 de bilirubine.

La *densité* oscille entre 1.007 et 1.010, la *viscosité* est notable à l'œil nu; elle serait de 1,15 à l'appareil de Walter-Hesse (Sante Pisani).

La *réaction* du suc duodénal pur est alcaline en présence d'hélianthine; elle est toujours acide en présence de phtaléine du phénol. Ce dernier indicateur ne convient donc pas pour doser l'alcalinité réelle du liquide duodénal. Si l'on fait des prélèvements à des moments différents de la digestion l'on note des variations assez considérables de l'alcalinite comme l'a montré Einhorn. Nous avons trouvé des valeurs oscillant entre 1,4 et 5, ces chiffres représentant le nombre de centimètres cubes de soude N/10 nécessaires pour neutraliser 10 centimètres cubes de suc duodénal.

L'étude des *ferments digestifs* est un point capital de l'examen du suc duodénal; ils proviennent de la muqueuse intestinale pour une faible part et surtout de la sécrétion externe du pancréas.

L'amylase, la trypsine, la steapsine et accessoirement un lab ferment sont à rechercher et à doser.

AMYLASE. — Einhorn et Rosembloom préconisent l'emploi de tubes capillaires remplis de gélose additionnée d'amidon et de teinture d'iode comme indicateur. Des fragments de tube de 3 centimètres de long sont immergés pendant vingt-quatre heures dans le liquide à examiner, à une température de 37 degrés. L'amylopsine transforme l'amidon en glucose, la réaction bleue due à l'iode disparaît sur une hauteur plus ou moins grande. La valeur amylolytique est représentée par le nombre de millimètres ainsi décolorés.

Carnot et Mauban emploient des boîtes de Petri à la gélose-amidon sur lesquelles ils font tomber des dilutions progressives de suc duodénal; après vingt-quatre heures ils font agir à chaud sur chaque godet une goutte de liqueur de Fehling; ils notent la dernière dilution du suc donnant une tache rouge d'oxyde cuivreuse avec la liqueur cupro-potassique. De l'avis même de ces auteurs, cette méthode « ne donne pas de différences susceptibles d'interprétation nette ».

René Gaultier recommande de mettre 1 centimètre cube de suc duodénal en présence de 5 grammes d'empois d'amidon, de laisser une heure à l'étuve à 37 degrés et de doser le sucre produit, au moyen de la liqueur de Fehling.

Nous-même utilisons la technique suivante : 1 centimètre cube de suc duodénal est laissé une heure à 37 degrés en présence de 5 centimètres cubes d'un empois à 2 p. 100 fait avec de l'amidon soluble (Poulenc). La valeur amylolytique du suc duodénal est représentée par le nombre de milligrammes de glucose que contiennent les 5 centimètres cubes du mélange précité. Nous opérons sur 5 centimètres cubes de liqueur de Bonnans qui sont pratiquement réduits par 8 milligrammes de glucose. Si, par exemple, 2 centimètres cubes du mélange réduisent la liqueur de Bonnans, nous dirons que le pouvoir amylolitique = 20. Il peut arriver que les 5 centimètres cubes du mélange ne contiennent pas les 8 milligrammes de glucose; dans ce cas nous achevons la réduction au moyen d'une liqueur titrée de glucose et retranche de 8 le nombre de milligrammes de sucre ainsi ajoutés.

(1) FOUCHET, *Journ. de pharmac. et de chimie*, 16 janv. 1918.

Le pouvoir amylolytique varie dans une large mesure, le plus habituellement il oscille entre 20 et 35, sans que la prise d'un repas ou l'état de jeûne semble avoir une grande influence.

Trypsine. — Einhorn et Rosembloom déterminent ce ferment au moyen de tubes capillaires remplis d'un mélange de gélose et d'hémoglobine; ils les coupent en fragments de 3 centimètres et les immergent pendant vingt-quatre heures dans du suc duodénal à 37 degrés. D'après Sante Pisani, la préparation de ces tubes est assez délicate. La trypsine digère l'hémoglobine et éclaircit la gélose : l'on évalue le pouvoir de ce ferment d'après le nombre de millimètres digérés.

Carnot et Mauban préconisent l'emploi de boîtes de Petri dans lesquelles l'on a coulé de la gélatine à 5 p. 100; on dépose de place en place une goutte de suc duodénal progressivement dilué et au bout de vingt-quatre heures l'on note jusqu'à quelle dilution l'on observe un godet.

Mendelbaum, Roux et Savignac emploient un mélange à parties égale de gélose à 2 p. 100 et de lait coulé en boîtes de Petri. La digestion est indiquée par une tache claire.

René Gaultier a préconisé le dosage des acides aminés pour évaluer le pouvoir du ferment tryptique. Ces acides sont dosés par la méthode de Sœrensen, de technique très simple. 1 centimètre cube de suc duodénal est mis pendant une heure à l'étuve à 37 degrés en présence de 50 centimètres cubes d'une solution de gélatine à 5 p. 100. Le mélange est neutralisé au préalable, en présence de phtaléine du phénol; l'on titre d'abord au moyen de soude N/10 l'acidité dégagée par la digestion; l'on opère sur 20 centimètres cubes du mélange. C'est le dosage n° 1. L'on ajoute ensuite un mélange neutralisé de 5 centimètres cubes de formol du commerce et de 5 centimètres cubes d'alcool à 95 degrés. La teinte rosée disparaît; ajouter de la soude N/10 jusqu'à ce qu'elle réapparaisse : c'est le dosage n° 2. L'on additionne les centimètres cubes de soude de ces deux dosages et l'on a un chiffre qui exprime la valeur du ferment tryptique.

Nous avons employé cette méthode dans 20 cas et avons obtenu des valeurs moyennes de 2cc10 pour le premier dosage, de 3cc25 pour le deuxième dosage.

Ce qui fait une valeur globale moyenne de 5,35; la plus faible était de 4,9, la plus élevée de 7,5.

Lipase. — Einhorn emploie des tubes capillaires remplis d'un mélange de gélose et d'huile d'olive neutralisées en présence de phtaléine. Sous l'effet de la lipase des acides gras sont mis en liberté et le mélange décoloré; on mesure le nombre de millimètres de la colonne de gélose ainsi décolorée, pour avoir la valeur lipolytique.

Carnot et Mauban utilisent une émulsion de beurre ou de saindoux au 1/20e dans de la gélose à 2 p. 100, le mélange est coulé en boîte de Petri; comme pour le dosage de l'amylase et de la trypsine, ils déposent de place en place une goutte de suc duodénal progressivement dilué; au bout de vingt-quatre heures à la température ordinaire ou après deux heures d'étuve à 37 degrés, la saponification est effectuée; on répand sur la plaque une solution de sulfate de cuivre à 5/100; les savons se colorent en bleu; on apprécie la valeur de la lipase en notant avec quelle dilution extrême s'est produite une tache bleue nettement visible.

La méthode de René Gaultier est plus rapide; 1 centimètre cube de suc duodénal est mis en présence d'une émulsion de lécithine à 1/50e dans de l'eau distillée; après une heure d'étuve l'on titre en présence de phtaléine l'acidité produite par la saponification.

L'action de la stéapsine sur la lécithine nous a paru extrêmement inconstante et variable : Stassane et Billon nient d'ailleurs que la lécithine puisse être décomposée en choline et acides gras libres par la stéapsine (1). Deux fois sur 20 cas nous avons observé une acidité neutralisée par 1 centimètre cube de soude N/10; dans la plupart des cas l'acidité dégagée était neutralisée par 0,2 à 0,4 centimètre cube de soude N/10.

Aussi dosons-nous le pouvoir lipolytique du suc duodénal en le faisant agir sur le butyrate neutre d'éthyle ou éther butyrique pur (Poulenc), 1 centimètre cube d'éther butyrique est émulsionné dans 9 centimètres cubes d'eau distillée neutre; l'on ajoute 1 centimètre cube de suc duodénal neutralisé; après une heure d'étuve à 37 degrés l'on dose en présence de phtaléine l'acidité mise en liberté. Le nombre de centimètres cubes de soude N/10 employé évalue le pouvoir lipolytique. Il varie à l'état normal entre 1,5 et 3.

Présure. — Einhorn a étudié l'action du suc duodénal sur le lait et montré qu'il contenait un lab ferment différent de celui de l'estomac. Vernon avait fait des constatations analogues en étudiant l'action du suc pancréatique. Dans la pratique, la recherche de ce ferment est négligée par les auteurs.

La *cholestérine* a toujours été trouvée dans le suc duodénal normal par Sante Pisani : le taux moyen serait de 0,50 à 0,60 p. 1000.

L'examen du *culot de centrifugation*, si important à l'état pathologique ne montre chez l'homme sain que quelques flocons de mucus et de très rares éléments cellulaires (leucocytes, cellules épithéliales). Nous avons souvent rencontré des levures et une flore bactérienne banale.

Epreuve de Melzer-Lyon — Jusqu'en 1919 les auteurs se contentèrent de rechercher les éléments précités dans le liquide duodénal. A cette époque Vincent Lyon eut l'idée d'injecter par la sonde une solution de sulfate de magnésie à 30 p. 100; Melzer avait en effet montré quelques années avant que ce sel relâchait le sphincter d'Oddi. A la suite de cette épreuve, Lyon obtint d'abord une bile claire (bile A), puis 60 à 100 centimètres cubes d'une bile plus foncée (bile B), enfin, de nouveau, une bile claire (bile C). Se basant sur les résultats de 2.240 tubages chez 309 sujets, il en conclut que les biles A et C venaient des voies biliaires extravésiculaires; la bile foncée ou bile B provenait de la vésicule. Einhorn, Crohn, Reiss et Badin reprirent ces expériences et confirmèrent l'exactitude des résultats. Mais ils combattirent l'interprétation de Lyon : la bile foncée ne vient pas seulement de la vésicule (on l'obtient chez les cholecystectomisés), elle provient d'une modification de la secrétion du foie sous l'effet de la solution saline et non d'une simple action d'excrétion vésiculaire. En France, Carnot et Libert soutiennent cette opinion. Gosset et Lœwy ont rapporté deux cas avec vérification opératoire qui plaident en faveur de l'opinion de V. Lyon. Comme on le voit la

(1) Cf. Lambling. *Précis de biochimie*, 2e édition, p. 173.

question nécessite de nouveaux travaux. Il n'en reste pas moins que l'injection de sulfate de magnésie augmente le flux biliaire et devient ainsi un moyen important de savoir le degré d'oblitération du cholédoque dans les ictères par rétention.

Le liquide duodénal à l'état pathologique. — A l'état pathologique le liquide duodénal subit des modifications diverses dont l'importance est grande pour le diagnostic.

Maladies du duodénum. — Dans les *dyspepsies duodénales.* René Gaultier a montré que l'insuffisance des ferments digestifs confirmait le syndrome coprologique.

Dans l'*ulcère*, la présence de sang et de quelques leucocytes peut rendre des services, mais ce syndrome peut se rencontrer aussi dans la lithiase biliaire.

Dans le *cancer*, le sang est beaucoup plus abondant et donne souvent au liquide l'aspect d'une boue plus ou moins foncée. L'existence de très nombreux leucocytes jointe à l'abondance des hématies plaident en faveur d'une ulcération néoplasique. La présence de cellules cancéreuses n'a jamais été signalée, peut-être à cause d'une technique défectueuse. Il faut laver le duodénum avec du sérum physiologique et additionner le liquide, obtenu après ce lavage, du tiers de son volume d'une solution de formol à 10 p. 100; puis mettre le tube au bain-marie bouillant pendant trois minutes pour détruire les ferments et empêcher leur action destructrice des cellules (Rothman Manheim).

L'existence de parasites intestinaux est parfois décelée par le tubage. Trois fois, nous avons trouvé des lamblias; dans un cas, il existait des kystes dans les selles, mais dans les autres cas, la recherche des kystes avait été négative, malgré l'emploi du procédé de simili-homogénéisation de Carles et Barthélemy.

Maladies du pancréas. — L'étude des ferments digestifs prend ici le premier rang. Mais étant donnée la variabilité de leur action à l'état normal, il est nécessaire de constater plusieurs fois la même anomalie pour tirer des conclusions solides.

Dans le *cancer de la tête du pancréas*, la valeur digestive du liquide duodénal est diminuée la plupart du temps; dans les *pancréatites* aiguës, d'après Einhorn, il en serait de même, dans les *pancréatites chroniques*, l'insuffisance peut être globale ou porter seulement sur l'un des ferments; dans le *diabète maigre*, l'insuffisance pancréatique externe est constante, mais dans le *diabète gras* elle peut être normale. Dans un cas de ce genre, nous avons observé une valeur normale pour la stéapsine; plus forte que la moyenne pour l'amylase et la trypsine.

Maladies du foie et des voies biliaires. — Le tubage duodénal est le seul moyen pratique que nous ayons d'étudier la *bile*, non seulement dans les maladies du foie, mais dans toutes les infections en général. Dans la tuberculose fermée, Carnot et Libert ont pu déceler le bacille de Koch dans la bile, soit directement, soit par inoculation au cobaye. Dans des infections typhoïdes à hémoculture négative, Carnot et Weill-Hallé ont obtenu des colonies de bacille d'Eberth par « biliculture » sur des plaques de gélose tournesolée.

Dans les *ictères*, le degré exact de la rétention ne peut être fourni que par le tubage duodénal : Brulé et Spillaert ont montré combien la coloration des selles était trompeuse à ce sujet.

Hatieganu a utilisé les variations dans l'élimination biliaire de substances colorantes (indigo carmin), introduites sous la peau pour déceler l'insuffisance hépatique.

La cause de l'ictère peut être élucidée par la « biliculture » dans les ictères infectieux, par la recherche de l'arsenic dans les ictères chez les syphilitiques traités par le néosalvarsan. Dans un cas de Carnot et Libert, la proportion élevée d'arsenic trouvée dans le liquide duodénal permit d'éliminer une étiologie syphilitique.

Dans les ictères par rétention, le siège de l'obstacle peut souvent être précisé. La présence de ferments pancréatiques normaux permet d'éliminer les lésions du pancréas ou de l'ampoule de Vater et d'incriminer un obstacle siégeant sur les voies biliaires.

Carnot et Libert, Rathery et Cambassédès, nous-mêmes avons rapporté des observations dans lesquelles le diagnostic fut singulièrement éclairé.

Dans les *inflammations du foie et des voies biliaires* (hépatites, angiocholites) le liquide duodénal est souvent trouble et le culot de centrifugation contient de nombreux éléments cellulaires groupés en amas arrondis, véritables cylindres biliaires. Dans un cas d'hépatite amibienne, nous avons aussi rencontré des cylindres composés de leucocytes, de grandes cellules arrondies à noyau central. Dans un cas d'*abcès du foie* opéré ultérieurement, le liquide duodénal avait une teneur en bile élevée, mais pas d'éléments cellulaires.

Dans les *cholécystites*, Rothman Manheim aurait trouvé peu d'éléments cellulaires dans la bile claire et beaucoup plus dans la bile foncée succédant à une injection de peptone par la sonde. Einhorn dans les cholécystites avec occlusion du cystique note que la bile a sa coloration jaune habituelle ; quand la vésicule communique librement avec le cholédoque, la bile est verte plus ou moins foncée et trouble. Rappelons que V. Lyon, Gosset et Lœwy, etc., ont observé que la bile foncée ne se produisait pas après injection de sulfate de magnésie, quand le cystique était oblitéré.

Au dire de V. Lyon, la *lithiase biliaire* s'accompagnerait parfois de nombreux cristaux de cholestérine et même de calculs à facettes. Sante Pisani a trouvé un taux de cholesterine un peu plus élevé que normalement dans le liquide duodénal des lithiasiques.

Weiss a observé que des calculs vésiculaires non décelables aux rayons X avant l'épreuve de Melzer-Lyon, devenaient visibles quand les voies biliaires avaient été drainées.

Hatieganu a trouvé des crochets dans des cas de *kystes hydatiques* du foie communiquant avec les voies biliaires.

L'on voit par ces quelques exemples, les renseignements précieux que le tubage duodénal peut apporter au diagnostic.

Les applications thérapeutiques du tubage duodénal. — Par la sonde d'Einhorn, il est possible de réaliser un véritable *lavage* du duodénum analogue au lavage gastrique. Ce procédé rendrait des services dans les cholécystites ou les inflammations chroniques du duodénum (Einhorn).

L'*instillation* de solutions salines ou médicamenteuses a été fréquemment employée. Dans les cho-

lécystites Einhorn recommande l'injection de 15 à à 20 centimètres cubes de solutions d'argyrol ou de protargol à 1/200e; dans l'ulcère du duodénum, l'instillation de 100 centimètres cubes de nitrate d'argent à 1/20.000 a donné de bons résultats (Satterlee); l'emploi de pansements bismuthés, à la gélose-gélatine, à l'aristol sont réalisables. Carnot et Blamontier obtinrent la guérison d'une dysenterie rebelle à l'émétine, à l'ipéca, aux capsules de novarsenobenzol, par l'instillation tous les deux jours d'une solution de 0g30 de néoarsenobenzol.

Il est possible de réaliser de grands lavages intestinaux par la sonde duodénale en injectant doucement 1 litre à 1 litre et demi d'une solution tiédie de sulfate de magnésie à 5 p. 100. Des cas d'anémie pernicieuse furent améliorés par cinq ou six lavages de ce genre (Bottner et Werner). Dans la stase intestinale, Jutte, Aaron employèrent une solution au millième de savon médicinal. Ces lavements sont rendus sans coliques, au bout de trois quarts d'heure. Willy-Meyer, dans des cas de maladie de Raynaud ou d'artérite oblitérante conseille l'emploi d'un goutte à goutte duodénal : 9 à 10 litres par jour de solution de Ringer sont instillés. La sonde est laissée à demeure pendant quatre semaines, le malade est nourri par la bouche comme à l'ordinaire. Cette méthode « apparaîtrait, pour le moment, comme le remède par excellence de cette terrible maladie de Raynaud ».

Dans certains cas d'entérites graves, Schmidt, Einhorn firent des instillations intraduodénales d'oxygène. Un demi-litre de ce gaz doit être injecté lentement (15 à 20 minutes).

L'*alimentation duodénale* constitue, sans contredit, la plus importante application thérapeutique de la méthode d'Einhorn. Ce procédé est théoriquement très séduisant dans les gastropathies, puisqu'il permet le repos complet de l'estomac, tout en assurant une nutrition parfaite. Les résultats, comme nous le verrons, réalisent cette espérance.

Le principe de la méthode est de laisser une sonde duodénale à demeure pendant plusieurs semaines et de donner par ce moyen une alimentation liquide au patient.

L'olive étant dans le duodénum Einhorn donne huit fois par jour, à deux heures d'intervalle, un repas composé de 200 grammes de lait sucré et d'un jaune d'œuf. Un demi-litre de sérum physiologique est instillé en deux fois en dehors des repas.

Carnot et Libert conseillent l'emploi unique de la méthode du goutte à goutte afin d'éviter l'intolérance du duodénum. Cela paraît une complication inutile de la méthode (sauf dans certains cas spéciaux de vomissements incoercibles). Dans sept cas de tubage duodénal à demeure, nous avons suivi le procédé d'Einhorn; il y a parfois de légères coliques postprandiales pendant les deux ou trois premiers jours : avec quelques gouttes de teinture de belladone, ces troubles disparaissent vite.

La composition des repas peut être modifiée, l'on peut donner du jus de viande, du jus de fruits, des bouillies maltosées, etc. Le point important est de bien tamiser les repas et de ne pas dépasser un volume de 200 à 250 centimètres cubes à la fois. A la suite du repas il est bon de laver la sonde au moyen de 15 à 20 centimètres cubes de sérum physiologique ou d'une solution d'acide chlorhydrique à 1/2000e en cas d'insuffisance des ferments digestifs.

La sonde sera fixée à la joue au moyen d'une bande de gelloplaste ou à l'oreille par un cordonnet.

Le tubage peut se faire pendant deux semaines, mais peut rester facilement trois semaines en place. Le détubage est aussi facile au bout de ce long séjour qu'après un tubage de deux heures.

Toute gastropathie, tant soit peu sévère, relève de l'alimentation duodénale et en première ligne, l'ulcère gastro-duodénal.

Pour Einhorn, les cas simples de moyenne ou de longue durée constituent les indications de choix. S'il existe des hémorragies, on peut recourir à la sonde à demeure, mais si l'ulcus saigne de nouveau il vaut mieux opérer. Les cas compliqués de sténose du pylore ou de périgastrite relèvent de la chirurgie. Toutefois, si la sténose est modérée et le malade cachectique, on peut le soumettre à l'alimentation duodénale, afin de lui donner plus de force pour supporter l'intervention. Les dyspepsies sévères avec dilatation de l'estomac, l'anorexie mentale, les vomissements incoercibles d'origine névropathique constituent d'autres indications. Si par les injections d'atropine ou par d'autres procédés thérapeutiques, l'on permet à la sonde d'atteindre le duodénum, les vomissements la rejettent très rarement (Einhorn).

Carnot et Libert ont rapporté un beau succès obtenu par cette méthode dans un cas d'anorexie mentale avec vomissements répétés et dénutrition intense. Les perforations de l'estomac ou du duodénum, quand l'intervention chirurgicale est impossible, tirent également bénéfice de la méthode.

En somme, l'alimentation duodénale est indiquée toutes les fois qu'il faut mettre l'estomac au repos.

Les résultats obtenus sont très encourageants. Einhorn, sur un total de près de 400 cas d'ulcères gastro-duodénaux échelonnés entre 1910 et 1917, a obtenu ainsi 90 p. 100 de guérison. La suppression des douleurs est un des premiers résultats au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures; le sommeil revient ainsi que les forces. Le poids augmente et l'ulcus cesse de saigner. Nous avons rapporté un cas de cicatrisation à peu près complète d'une très volumineuse niche de Haudek. Aucune méthode médicale ne peut donner des résultats aussi satisfaisants en aussi peu de temps. Les résultats éloignés rapportés par les statistiques américaines sont également favorables. Il demeure entendu qu'après le détubage le patient doit continuer à suivre un régime lacto-végétarien et une médication de saturation pendant plus ou moins longtemps.

Notons, enfin, que la sonde duodénale à demeure peut servir à distinguer une gastropathie primitive d'une gastropathie secondaire à une lésion d'un autre organe. Chez deux de nos malades les résultats immédiats de l'alimentation duodénale furent à peu près nuls. Dans un cas, il s'agissait d'une péricholécystite avec brides velamenteuses réunissant la vésicule au duodénum. La résection des brides et de la vésicule amena la guérison. Dans un autre cas, il s'agissait d'une cholécystite calculeuse évoluant sous le masque d'un syndrome ulcéreux de l'estomac.

***

Le tubage duodénal constitue donc une méthode de diagnostic et de traitement aussi simple qu'inoffensive. Il est regrettable qu'elle soit aussi mal connue dans notre pays. Aussi devons-nous souhai-

ter que d'ici peu elle entre dans la pratique médicale courante pour le plus grand bien de nos malades.

BIBLIOGRAPHIE

Max Einhorn. *The duodenal Tube and its possibilities.* Un volume, Sanders Co, Philadelphia and London, 1920. (Cet ouvrage contient un grand nombre d'indications bibliographiques qui n'ont pas été rapportées ici.); — Résultats de l'alimentation duodénale dans les ulcères peptiques, *Med. Record,* New-York, 19 juillet 1919; — Fistule duodénale traitée par l'alimentation duodénale et jéjunale, *Journ. of amer. med. Assoc.*, 20 mars 1920; — Résultats de l'alimentation duodénale dans l'ulcère de l'estomac et du duodénum, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, t. X, n° 12; — De l'action de diverses solutions salines et d'autres substances sur le foie après leur introduction dans le duodénum, *New-York med. Journ.*, 7 sept. 1921; — Examen fractionné du contenu duodénal dans l'ulcère peptique; étude de 40 cas, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 5 nov. 1921.

A. Bottner et G. Werner. Lavages du duodénum dans l'anémie pernicieuse, *Deut. med. Woch.*, 22 déc. 1921.

Brulé. *Recherches sur les ictères*, 3e édition, Paris 1922, Masson.

P. Carnot. L'examen fonctionnel du pancréas, *Journ. méd. franç.*, janv. 1921.

P. Carnot et Mauban. Réaction colorée de la stéapsine sur plaque de gélose, graisse émulsionnée par production de savons de cuivre, *Soc. de biol.*, 26 janv. 1918; — Recherche clinique du pouvoir tryptique dans le suc duodénal retiré par tubage direct, *Soc. de biol.*, 13 avril 1918.

P. Carnot et Libert. Le liquide duodénal dans le cancer de l'ampoule de Vater, *Soc. méd. des hôpit.*, 1921; — De la présence du bacille tuberculeux dans le liquide duodénal retiré par tubage, *Soc. méd. des hôpit.*, 8 juillet 1921; — Goutte à goutte duodénal dans l'anorexie mentale et les vomissements incoercibles, *Paris méd.*, 1er avril 1922; — De quelques applications pratiques du tubage duodénal au diagnostic et au traitement, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 avril 1922.

Crohn, Reiss et Badin. Expériences avec le test de Lyon, *Journ. of amer. med. Assoc.*, 4 juin 1921.

René Damade. Technique de l'alimentation duodénale (avec présentation de malade), *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 10 mars 1922; — Le tubage duodénal; sa technique, *Journ. méd. de Bordeaux*, 25 avril 1922; — Le tubage duodénal : ses applications au diagnostic, *Journ. méd. de Bordeaux*, 10 mai 1922; — Le tubage duodénal; ses applications au traitement, *Journ. méd. de Bordeaux*, 10 juin 1922; — Méthode pour l'examen chimique du liquide duodénal retiré par tubage, *Soc. de biol.*, 2 mai 1922; — Résultats immédiats de l'alimentation duodénale dans deux cas d'ulcère de l'estomac, *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, séance du 12 mai 1922.

Friedenwald et Sindler. Analyse fractionnée du contenu duodénal chez les sujets sains, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 6 nov. 1921.

Gosset et Lœwy. Valeur diagnostique de l'exploration des voies biliaires au moyen du tubage duodénal, *Soc. de chir.*, séance du 15 fév. 1922.

René Gaultier. Dyspepsies duodénales étudiées comparativement à l'aide du chimisme duodénal et de l'analyse coprologique. Présentation d'une technique pour l'étude du chimisme duodénal, *Soc. méd. des hôpit.*, 5 juillet 1918.

Hatieganu. Résultat du cathétérisme duodénal dans les maladies du foie, *Soc. méd. des hôpit.*, Bucarest, 21 juin 1919; — Un nouveau procédé pour l'examen de la fonction sécrétoire du foie, *Ann. de méd.*, t. X, n° 5.

Vincent-Lyon. Diagnostic et traitement de la maladie de la vésicule biliaire et des voies biliaires, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 27 sept. 1919, et *New-York med. Journ.*, juillet 1920; — Les voies biliaires et le foie peuvent-ils être drainés médicalement? *Amer. Journ. of med. sc.*, oct. 1920.

Annibal Cardo Leal. *Sondage duodénal.* Un vol., Santiago de Chili, 1920.

Mauban. Mesure quantitative de la lipase et de l'amylase du suc pancréatique extrait par tubage duodénal direct, *Soc. de biol.*, 14 fév. 1920; — Caractères biologiques et chimiques du liquide duodénal dans les ictères, *Soc. de biol.*, 1er mai 1920.

Sante Priani. L'exploration directe des fonctions du duodénum dans ses rapports avec la clinique, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, juillet 1915.

Rathery et Cambessédès. Le tubage duodénal dans le diagnostic des ictères chroniques, *Soc. méd. des hôpit.*, 15 juin 1921.

Rothman Manheim. Recherches sur les cellules contenues dans la bile extraite par la sonde duodénale et sur leur valeur pour le diagnostic, *Mitt. aus den Grenz. der Med. und Chir.*, 1921, t. XXXIII, cahier 4.

M. Renaudeaux. Technique du tubage gastrique et duodénal, *La Clinique*, mars 1922.

Romme. Le tubage duodénal, *Presse méd.*, 4 juin 1917.

Tvilstergaard. Sur le cathétérisme du duodénum, notamment dans les affections du foie, *Hosptit.*, 21 et 28 avril 1920.

S. Weiss. Le drainage non chirurgical de la vésicule biliaire, moyen auxiliaire de diagnostic radiologique de la cholécystite calculeuse, *New-York med. Journ.*, 7 sept. 1920.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LES DEVOIRS ACTUELS DU CHIRURGIEN

Par Ch. LEFEBVRE,

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Toulouse.

Le diagnostic vient d'être établi et l'indication opératoire fixée à échéance plus ou moins rapprochée. Peut-on impunément exécuter l'intervention sans précaution, sans être autant que possible certain que cet acte ne nuira pas au malade (*primum non nocere*, écrit Doyen comme sous-titre aux « droits et devoirs du chirurgien »...), ensuite, sans avoir préparé le patient en vue de l'intervention appropriée? Les chirurgiens de la seconde moitié du siècle dernier avaient longuement étudié les rapports existant entre les états constitutionnels et les traumatismes opératoires ou accidentels. Les travaux de Boyer (Th. d'agrégation, 1845), de Puget, de Verneuil surtout et de ses élèves envisagent la question sous toutes ses formes. Mais, comme le fait remarquer Potel (1) rapportant l'opinion de Villemin (2), les observations légitimant les restrictions opératoires reposaient sur une « base bien fragile »; la moindre tare retrouvée dans les antécédents du malade servait à marquer les échecs d'une intervention.

La conséquence fut l'oubli rapide de ces prescriptions plus ou moins impérieuses. Ce fut la réaction.

Malgré tout il devait rester des faits précédents une part de vérité. C'est cette part que les travaux plus récents ont mis en lumière quand le résultat des interventions ne fut plus entaché des défauts de technique ou d'asepsie.

Reclus (3) voudrait inscrire sur les murs de nos salles d'opérations :

« Retourne le couteau sept fois dedans la main avant que de tailler dans la peau du prochain », et Fiolle (4) écrit : « L'ère des opérateurs brillants

(1) Potel. *Introduction à l'étude de la chirurgie*, Doin, 1907.

(2) Villemin. *Traumatismes, infections et diathèses*, Paris 1901.

(3) Reclus. Origine et tendances de la chirurgie contemporaine, *Presse méd.*, 18 mai 1904.

(4) J. Fiolle. La réorganisation des services de chirurgie après la guerre, *Presse méd.*, 4 mars 1918.

capables d'étourdir l'assistance par des tours de force semble aujourd'hui révolue ». Tout récemment, Pauchet (1) rappelle énergiquement le rôle du médecin dans le pronostic des interventions : « La perfection de la technique entre pour la plus grande part dans le succès des interventions, mais ce facteur reste insuffisant et une grande part des résultats sont fonction d'un diagnostic bien posé, de soins et de préparatifs bien compris. »

Pour être un bon chirurgien il ne suffit donc pas d'opérer seulement « vite et bien » comme l'écrivait Doyen dans son *Traité de technique chirurgicale*. L'opération chirurgicale n'est pas seulement un acte d'adresse manuelle exécutée par un individu entraîné à ce genre d'exercice. Une telle opération faite pour la galerie peut paraître très brillante pour les profanes, mais un averti ne se laissera pas prendre à ce jeu : il se demandera si les suites seront aussi brillantes à la faveur des précautions prises dans ce but. A côté de ces manœuvres purement manuelles, il existe toute une série de conditions à observer. Il y a la préparation à l'intervention, il y a l'anesthésie; il y a les suites opératoires dont dépend le plus souvent une grande partie du succès.

Si bénigne soit-elle toute opération est susceptible d'occasionner au malade des accidents peut-être très graves, hors de proportion parfois même avec la bénignité et la simplicité de l'intervention exécutée.

Le chirurgien doit être plus qu'un travailleur des mains. Sa dextérité opératoire peut rendre l'intervention moins irrégulière, moins longue mais ne lui permettra pas d'éviter des conséquences fâcheuses parfois, qu'il eût pu détourner en s'assurant par avance des meilleures chances de succès Le chirurgien « coupe toujours » devient « coupe à bon escient ». Entre le moment où l'intervention a été décidée et celui de son exécution, si bref que soit cet intervalle, le chirurgien a le devoir de procurer à son sujet tous les éléments de succès. C'est trop demander au chirurgien, dira-t-on! Aux difficultés du diagnostic chirurgical, à la nécessité de connaître les nouvelles techniques opératoires, c'est ajouter un surcroît de connaissances qu'il ne peut acquérir! C'est exiger de lui un effort que la majorité ne peut fournir!

Et cependant il a le devoir de connaître toutes ces conditions. L'extension que prend chaque jour la chirurgie ne se comprend qu'avec l'innocuité des actes exécutés. Le malade a un droit impérieux à cette garantie. Dans certains cas l'acte opératoire est insignifiant et les suites dépendent presque entièrement des précautions prises : telle est l'ablation de l'adénome prostatique.

Nous répondrons très facilement à cette argumentation.

Le chirurgien a seulement à savoir qu'il doit connaître à fond la valeur de son futur opéré : mais il n'est pas tenu de pratiquer lui-même toutes les recherches nécessaires. Il ne le peut, car personne n'est universel, et le serait-il ce serait au détriment de son instruction spéciale. Mais, connaissant ses devoirs, il aura recours aux compétences de son entourage; le médecin et l'homme de laboratoire seront prêts à le seconder : ensemble ils devront constituer, grâce à la bonne entente nécessaire, une trinité, une sorte de symbiose dont le but couronnera superbement les efforts. C'est là l'esprit qui nous a guidé dans la rédaction d'un travail sur *La Période préopératoire* récemment publié (1).

Le chirurgien devra commencer par connaître ce que vaut son sujet, sa résistance, son coefficient de vitalité, en examinant à fond la fonction de ses divers organes, systèmes et appareils. Il aura ensuite à mettre en balance la capacité vitale du patient avec le genre d'intervention à pratiquer. Il se décidera dans certains cas à sérier son action en opérant en plusieurs temps, ailleurs il reculera son intervention après avoir provoqué chez son malade un rétablissement des diverses fonctions, suffisant pour lui permettre d'agir. Ceci fait et l'intervention paraissant permise de par l'intégrité suffisante des divers appareils, le chirurgien aura à préparer son malade à l'opération elle-même, en entraînant les divers systèmes à un fonctionnement encore meilleur, en les mettant à même de supporter sans défaillances et sans dangers le traumatisme indubitable que représente tout acte chirurgical.

Il évitera de diminuer la résistance de son sujet par des manœuvres préopératoires intempestives.

Il choisira, enfin, dans la gamme des anesthésiques celui qui lui paraîtra le mieux répondre aux circonstances.

Enfin, suivant chaque région opératoire, suivant chaque intervention, il devra s'assurer que le futur champ d'action sera à même de subir le traumatisme local de l'acte chirurgical avec le maximum d'aisance pendant son exécution et le maximum de sécurité pour les suites opératoires.

(1) PAUCHET. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Paris*, séance du 10 juin 1921, n° 11.

(1) Ch. LEFEBVRE. *La Période préopératoire*, Paris 1922, Maloine, éditeur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 AOUT 1922)

Variation de la pression osmotique du sang de l'anguille en fonction des modifications de salinité du milieu extérieur. — MM. Paul PORTIER et Marcel DUVAL.

Action du tribromoxylénol sur les bacilles tuberculeux. — Mlle T. DUBOC.

Influence de l'humidité et de l'état vésiculaire sur la diffusion des gouttelettes microbiennes dans l'air. — M. A. TRILLAT. Dans certaines conditions atmosphériques, les gouttelettes microbiennes produites par une intervention mécanique (pulvérisation, toux, parole, etc) peuvent être transportées à une distance bien plus grande que celle qui leur avait été assignée par certains auteurs auxquels le rôle de l'humidité et celui de son état vésiculaire avait échappé. Elles expliquent une fois de plus l'influence des facteurs météorologiques dans l'épidémiologie et le parti que l'on pourrait tirer de leur interprétation dans le domaine de l'hygiène.

(SÉANCE DU 16 AOUT 1922)

Mesure de la pression des « fluides superficiels ». Étude détaillée de l'acide oléique. — M. A. MARCELIN.

REVUE DES THÈSES

Le Pneumothorax artificiel dans le traitement en cure libre de la tuberculose pulmonaire (1), par le docteur Roger AMSLER.

Cet excellent travail est basé sur un ensemble de 90 observations et a été conçu à un point de vue spécial : celui du traitement dans la clientèle courante d'un certain nombre de tuberculeux, sans hospitalisation spéciale.

A ce titre, les conclusions qui suivent sont de nature à intéresser particulièrement les praticiens :

« I. Le pneumothorax artificiel est une méthode de traitement de la tuberculose pulmonaire possédant des indications précises. Lorsque celles-ci sont réalisées chez un malade qui n'a pu être amélioré en quelques mois par un traitement médical ordinaire, le médecin, sans plus attendre, doit recourir dans sa pratique au pneumothorax artificiel qu'il pourra entretenir en cure libre sans hospitalisation spéciale.

II. Les résultats obtenus seront d'autant plus satisfaisants qu'on ne considérera pas cette méthode comme l'ultime ressource à employer, mais bien comme un traitement précoce à appliquer aussitôt après l'échec des médications habituelles.

III. Dans ce cas, il est susceptible de donner les résultats allant depuis la sédation immédiate des symptômes douloureux, la rémission temporaire, très prolongée, jusqu'à la guérison contrôlée de nombreuses années après. Et, dans l'état actuel de notre thérapeutique, il est seul à pouvoir donner dans les cas où l'on doit l'appliquer des résultats semblables.

IV. Le pneumothorax artificiel est susceptible d'avoir d'excellents effets sur d'autres affections coexistant avec la tuberculose pulmonaire.

V. Sur un ensemble de 90 cas traités en cure libre, nous estimons à 40 p. 100 le nombre des résultats très bons ou satisfaisants ; 60 p. 100 des malades ne retirent qu'un bénéfice passager, souvent très appréciable, du traitement, puis voient leurs lésions évoluer à nouveau ou bien ensemencer leur poumon opposé, ou bien encore sont victimes de maladies intercurrentes.

VI. Il nous semble qu'une application précoce de la méthode, réservée strictement aux cas précisés aux indications, améliorera notablement ce pourcentage.

VII. Au point de vue social, l'intérêt du traitement par le pneumothorax artificiel est très grand et multiple :

a. Le malade, dans de nombreux cas, mène son existence normale, peut travailler à ses occupations habituelles, gagner sa vie, en suivant son traitement, au lieu d'être condamné à l'immobilité, à l'inaction;

b. Le malade ne toussant plus, ne crachant plus, n'est plus un foyer de contagion pour son entourage, dont il n'a plus besoin de redouter l'ensemencement;

c. Des tuberculeuses traitées par le pneumothorax artificiel ont pu mener à bout, sans incidents, des grossesses normales dont les suites éloignées furent excellentes. Certaines ont pu allaiter sans encombre leurs enfants. »

Syndrome pseudo-pleurétique de la base dans les pleurésies interlobaires (2), par le docteur Louis EPAGNEUL.

Les épanchements interlobaires avec syndrome pseudopleurétique de la base ne sont pas d'un intérêt purement théorique, d'abord parce qu'ils ne sont pas d'une extrême rareté, ensuite parce qu'il y a nécessité absolue à en faire le diagnostic le plus rapidement possible pour pouvoir intervenir chirurgicalement en temps vraiment opportun.

Leur diagnostic est difficile, et cependant il peut être fait si on étudie le malade avec méthode.

1° La vomique, la fétidité de l'haleine, les signes généraux souvent mettent sur la voie;

2° La radiologie, dans 50 p. 100 des cas, nous renseigne d'une manière très exacte en nous faisant voir une bande sombre — « en écharpe » — entre deux zones claires. Mais, dans l'autre moitié des cas, elle nous induit plutôt en erreur, nous faisant croire à l'épanchement de la grande cavité. Donc, dans tous les cas, on devra faire la radiographie : si on voit une bande sombre, le diagnostic sera facile; si toute la base est sombre, il ne faudra pas pour cela éliminer le diagnostic d'épanchement interlobaire, auquel on aura été amené par d'autres signes, mais alors il faudra faire intervenir un facteur décisif : la ponction exploratrice;

3° Les ponctions exploratrices seront faites en série, à différentes hauteurs et seront profondes. Elles nous fourniront les trois facteurs les plus nécessaires au diagnostic : l'existence d'un épanchement, sa localisation, sa nature.

Quant aux indications thérapeutiques, en dehors des médications internes dont le rôle ne peut être qu'adjuvant, elles se résument à trois : sérothérapie, antisepsie du foyer par injections et intervention chirurgicale. Seule, cette dernière, comme le montrent les observations, est de toute nécessité. Seule, elle amène la guérison rapide si elle a été faite en temps utile. La sérothérapie, la désinfection du foyer par injections antiseptiques, les lavages de la plèvre ne sont que des moyens secondaires que nous qualifierons d'adjuvants au même titre que les médications internes et qui, certes, peuvent avoir une grande utilité mais qui ne sauraient jamais dispenser de l'intervention chirurgicale.

(1) *Th. de Paris.* — Angers, imprimerie du Commerce, 1922.
(2) *Th. de Paris.* — Paris, librairie Le François, 1922.

NOTES DE PRATIQUE

AMAUROSE TRANSITOIRE SUIVIE D'HÉMIANOPSIE PERMANENTE APRÈS RACHIANESTHÉSIE

La rachianesthésie est une excellente méthode qui, malgré ses inconvénients, rend les plus grands services aux chirurgiens. Il faut néanmoins penser à quelques troubles graves qu'elle peut occasionner et que viennent de rappeler MM. Monthus et Drécourt dans une récente communication à la Société d'ophtalmologie de Paris (22 juillet 1922).

MM. Monthus et Drécourt, après avoir rapporté deux nouveaux cas de paralysie de la VIe paire survenus après rachianesthésie, communiquent l'observation d'une malade opérée le 17 janvier 1922 d'hystérectomie abdominale totale pour salpingite double et fibrome. Rachianesthésie. Cécité brusque et complète après l'opération. Troubles intellectuels. Pas de troubles de la motilité, pas de troubles des sphincters. Sensibilité normale. Au point de vue oculaire, dilatation des pupilles avec abolition du réflexe pupillaire à la lumière. Pas de lésions du fond de l'œil. Quelques jours après réapparition progressive du réflexe lumineux et retour partiel de la vision. Constatation d'une hémianopsie homonyme gauche accompagnée de troubles aphasiques qui s'amendent peu à peu et disparaissent par la suite.

Les auteurs rappellent les publications de Blanluet et Caron, de Terrien et Prélat, les observations consignées dans la *Neurologie* de Wilbrand et Jaenger et concluent que : 1° la paralysie de la VIe paire après rachianesthésie peut se rencontrer d'après les statistiques de Bonnefoy, Ach, Œlsner, Lindenstein, Hauber, 4 à 6 fois sur 1.000 rachianesthésies; 2° d'autres nerfs peuvent être également intéressés : pathétique (Loeser), facial et hypoglosse (Lonnenburg), acoustique (Terrien et Prélat), sphincter pupillaire (Pilotti); 3° enfin, à titre exceptionnel, on peut rencontrer des troubles graves de l'appareil visuel comme le cas qui vient d'être rapporté (hémianopsie persistante).

CHLOROSE DYSPEPTIQUE

Selon le conseil de Huchard, il importe de « soigner les voies digestives d'abord, la chlorose ensuite ».

1° Pendant deux à quatre semaines, traitement antidyspeptique : alimentation surtout lacto-végétarienne, alcalins à faible dose, une demi-heure avant les repas, lavages d'estomac. Combattre la constipation (une cuillère à dessert ou à soupe de sel de Seignette dans un demi-verre d'eau).

2° S'abstenir du fer, qui exagère la dyspepsie, et instituer le traitement arsenical : Vanadarsine (v à x gouttes dans un verre d'eau, avant les deux principaux repas) ou Vanadarsine

injectable (une injection de 1 ou 2 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours).

LIVRES NOUVEAUX

L'Hépatisme (1), par le docteur Roger GLÉNARD, docteur ès sciences, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant à Vichy.

Ce livre est le pieux hommage d'un fils à son père. Ce volume de 460 pages, avec nombreuses figures et planches explicatives, est écrit dans une langue sobre et précise; il est fortement documenté.

C'est un véritable traité didactique, de ce que Franz Glénard a appelé lui-même, en 1890, l'*Hépatisme*, c'est-à-dire un ensemble de manifestations pathologiques dérivant de l'arthritisme et d'autres diathèses.

En 1912, Glénard écrivait : « Si je plaide encore aujourd'hui la cause de l'hépatisme, c'est que je conserve sur sa valeur pratique la même et profonde conviction avec laquelle j'ai proposé cette doctrine, il y a plus de vingt ans... de nombreuses et belles conquêtes de laboratoire de l'école de Paris sont survenues qui la justifient ». C'est donc un travail de longue haleine qu'a poursuivi là l'auteur des *ptoses viscérales*.

Mais il ne faudrait pas s'y tromper, ce n'est pas un plaidoyer par simple hommage filial que publie M. Roger Glénard ; c'est un traité classique de l'hépatisme et, tout en n'omettant aucune découverte, aucun des travaux paternels, il n'oublie pas de citer les auteurs qui ont étudié la même question, ni de rappeler les noms de Bazin, Bouchard, Hanot, Robin, Widal, Chauffard, Mathieu, Gilbert, Richardière, Sicard, Soupault et bien d'autres. Il est incontestable, ainsi que nous le faisions nous-même observer dans une notice nécrologique consacrée à Franz Glénard (voy. *Gaz. des hôpit.*, mai 1920, p. 770) que, de son vivant, il n'a pas occupé la place qu'il méritait et que ses travaux, qui sont ceux d'un novateur, n'ont pas toujours été appréciés à leur juste valeur. Cela tient-il à ce qu'il ne fut pas, à proprement parler, un officiel? Cependant, l'Académie de médecine a fini par lui ouvrir ses portes.

Il appartenait à son fils de réparer cette injustice et il l'a fait, non seulement avec son cœur, mais aussi avec toute la compétence scientifique désirable ayant dirigé ses études dans la même voie que son père.

Quel chemin parcouru de 1890 à 1922 ! La possibilité d'un rôle pathogénique quelconque, joué par le foie, dans nombre de maladies du tube digestif et de la nutrition était presque entièrement insoupçonné, lors des premières publications de Franz Glénard. Depuis lors, les recherches se sont multipliées et la doctrine de l'hépatisme se trouve correspondre aux idées courantes.

En ouvrant le volume, on trouve d'abord une biographie de Franz Glénard. « C'est un fait assurément peu commun, écrit M. Roger Glénard, que de voir un fils entreprendre la biographie paternelle. Mais une pareille initiative n'apparaît-elle pas toute naturelle et parfaitement justifiée, lorsqu'aux liens du sang sont venus se joindre les sentiments vénérés du disciple pour celui qui fut constamment l'éducateur de sa pensée. »

L'auteur nous présente alors son grand-père, professeur de chimie et directeur de l'Ecole de médecine de Lyon et qui a surtout attaché son nom aux luttes retentissantes qui aboutirent à la transformation de l'ancienne école de médecine de Lyon en la Faculté actuelle. C'est sous d'aussi favorables auspices que Franz Glénard grandit à la vie studieuse. Arrive la guerre de 1870, Franz Glénard s'engage, est fait prisonnier, est envoyé à Stettin où il fait la connaissance de Brand, se fait remarquer par lui, est attaché à son service et y apprend la méthode de traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, l'introduit en France, non sans difficultés. Ce fut sa première œuvre. Elle est d'importance à en juger par le succès qu'elle obtint et qui persiste, malgré toutes les découvertes modernes relatives aux vaccins. Mais, il n'a pas fallu moins de vingt ans de luttes acharnées et persévérantes pour en arriver là.

Vient ensuite l'énumération des divers travaux paternels : sa découverte du larynx artificiel, sa thèse inaugurale sur les causes de la coagulation spontanée du sang à son issue de l'organisme, son étude physiologique sur le souffle maternel et la paroi abdominale des femmes enceintes, son arrivée, en 1882, à Vichy où il rassemblera d'innombrables documents pour ses recherches ultérieures, la technique de la palpation, les ptoses viscérales, les maladies du tube digestif et de la nutrition, les maladies dites de l'arthritisme, enfin le rôle du foie, l'hépatisme. Voilà pour le savant. Qu'était l'homme?

« Il possédait, dit son fils, toutes les qualités de l'homme du monde accompli. Aimable, vif, alerte, avec un air surprenant de jeunesse, fort éclectique, il joignait à ses hautes connaissances médicales une culture générale très étendue, portant sa curiosité, toujours en éveil, dans tous les domaines de la pensée. »

Survient la tourmente de 1914, Glénard n'a plus d'autre but, d'autre souci que de suivre, avec angoisse, les événements. Une maladie cruelle et la perte d'une épouse bien-aimée achevèrent de détruire sa résistance et il succomba le 10 mai 1920, « accueillant la mort comme une délivrance ».

Que notre confrère, Roger Glénard, se rassure, son ouvrage n'aura pas « trahi la mémoire à laquelle, il est consacré ».

Entrant alors dans le cœur de son sujet, M. Roger Glénard nous donne d'abord un aperçu général de la doctrine de l'hépatisme. Qu'est-ce que l'hépatisme? Voici la propre définition de Franz Glénard : « Une maladie chronique du foie, à lente évolution, à poussées successives séparées par des intervalles plus ou moins longs, d'état silencieux et caractérisée par une insuffisance fonctionnelle ou acquise de la cellule hépatique. Ce trouble fonctionnel forme le terrain propice à l'éclosion des maladies dites arthritiques ou de la nutrition, aux côtés desquels viennent se grouper un certain nombre de névropathies, de dyspepsies, et de maladies propres du foie. »

La diathèse, qui avait été, depuis longtemps déjà, un peu abandonnée, est remise en honneur par M. Roger Glénard, qui lui consacre un chapitre spécial. Nous voyons alors apparaître, successivement, l'arthritisme, l'herpétisme auxquels vient se joindre une notion plus nouvelle, l'endocrinisme.

C'est ensuite un historique des conceptions sur le rôle du foie dans la pathologie. Ce rôle, d'après les idées des auteurs, devient considérable. Ensuite, c'est la séméiologie, à laquelle Franz Glénard a apporté des conceptions nouvelles et personnelles sur les différents modes d'exploration qu'il a d'ailleurs bien perfectionnés.

Le nom de Glénard restera également toujours attaché à l'étude des ptoses.

Parmi les procédés d'exploration, l'auteur insiste sur le procédé du pouce. Cette étude de l'hépatisme est, pour ainsi dire, l'étude de toute la pathologie viscérale, Nous ne pourrions suivre l'auteur dans cette étude si complète et si complexe, ni dans l'argumentation de la doctrine de l'hépatisme, qui va de la simple ptose à la cholémie familiale, à la lithiase, aux troubles nerveux, etc.

Dans cette étude si précise, si détaillée, un seul chapitre est consacré à la radiologie du foie. Nous sommes un peu surpris que l'auteur n'y attache peut-être pas toute l'importance qu'elle mérite.

Contrairement, à ce qu'on observe habituellement dans les traités classiques, M. Roger Glénard consacre une grande attention au traitement, traitement par le régime alimentaire, par la physiothérapie, par l'hygiène intellectuelle et morale, par la fameuse sangle Glénard, par les médicaments pharmaceutiques, enfin par le traitement hydrominéral (Vichy).

M. Roger Glénard, en publiant ce volume, a fait œuvre utile, en mettant très judicieusement au point cette pathologie du foie, véritable monument auquel son père et lui-même ont apporté chacun leur pierre. Il sera consulté avec fruit par les élèves et les praticiens. L'auteur mérite tous nos éloges, non seulement pour le pieux sentiment qui l'a inspiré, mais aussi pour le service qu'il a rendu à la science.

A. BROCHIN.

(1) L'Expansion scientifique française, 23, rue du Cherche-Midi.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 67. — MARDI 29 & JEUDI 31 AOUT 1922. 95e ANNÉE. MARDI 29 & JEUDI 31 AOUT 1922. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — La chaire de bactériologie de l'Ecole de médecine de Nantes est transformée en chaire de bactériologie et hygiène.

La chaire de médecine légale et hygiène est transformée en chaire de médecine légale.

M. Rappin, professeur de bactériologie, admis à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé professeur honoraire.

M. Guillemet, professeur de clinique obstétricale, admis à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé professeur honoraire.

M. Mirallié, professeur de pathologie interne et pathologie générale, est nommé directeur pour trois ans, à partir du 1er juin 1922.

M. Grosse, suppléant de la chaire d'accouchements, est nommé, à partir du 1er novembre 1922, professeur de clinique obstétricale, en remplacement de M. Guillemet, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Bureau (G.), professeur de thérapeutique, est nommé, sur sa demande, professeur de bactériologie et hygiène.

M. Bureau (M.), professeur de médecine légale et hygiène, est nommé professeur de médecine légale.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur de Sard, sujet espagnol.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Léon Cheinisse (de nationalité russe), Wassermann (citoyen américain).

PALMES ACADÉMIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Amelin (de Culan), Angot (de Laval), Aubry (de Nantes), Barré (de Tours), Baudrimont (de Bordeaux), Bonnamour (de Lyon), Bonnemaison (de Saint-Germain-en-Laye), Bosc (de Montpellier), Brelet (de Nantes), Brunschwig (d'Avignon), Cadéac (de Lyon), Campagne (d'Avignon), Candegabe (de Paris), Carles (de Bordeaux), Cayla (de Neuilly), Collon (de Niort), Croste (de Bayonne), Delaunay (de Bordeaux), Delbosc (de Castelsarrasin), Delétang (d'Arcy-sur-Eure), Diard (de Tonnerre), Dubrac (de Saint-Gaudens), Froment (de Lyon), Gallerand (de Marseille), Garin (de Lyon), Girard (de Châtillon-sur-Marne), Godart (de Suippes), Gosselin (d'Argenteuil), Grosset (de Paris), Guyard (de Tonnerre), Job (de Nancy), Joltrain (de Paris), Lande (de Bordeaux), Langeron (de Paris), Ledoux (de Besançon), Legrand (de Montauban), Mestrezat (de Montpellier), Moureyre (de Clermont-Ferrand), Payrau (de Saint-Gaudens), Petges (de Bordeaux), Poix (du Mans), Powilewiez (du Havre), Richard (de Mâcon), Tavernier (de Lyon), Telle (de Reims), Tesson (d'Angers), Thévenot (de Lyon), Thierry (d'Ancy-le-Franc), Tixier (de Paris), Vaissade (d'Aix), Veillon (de Nantes), Weitz (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Augier (de Paris), Bagilet (d'Aurillac), Barraud (d'Angoulême), Benoit (de Lille), Bidot (de Paris), Billout (d'Autun), Buisson (de Mortain), Bulliard et Busquet (de Paris), Carrieu (de Montpellier), Castagnary (de Nantes), César (de Nancy), Collard (de Strasbourg), Crambes (de Puilaurens), Daugeois (de Saint-Valéry-en-Caux), Deroye (de Dijon), Desribes (de Beyrouth), Disser (d'Altkirsch), Dorlencourt (de Paris), Douboucher (d'Alger), Duhot (de Lille), Fort (de Fontainebleau), Fouchet (d'Angers), Georget (de Pontoise), Girode (de

Paris), Grémeaux (de Dijon), Hergott (de Guebwiller), Herrenschmidt (de Paris), Humbert (de Strasbourg), Jacoulet (de Vierzon), Jamin (de Creully), Janicaud (de Guéret), Jeandelize (de Nancy), Joyeux (de Paris), Lacoste (de Bordeaux), Lebailly (de Caen), Lelièvre, Le Serrec de Kervilly et Leveuf (de Paris), Lévy (de Châlons-sur-Marne), Maire (de Strasbourg), Odinet (de Paris), Peyron (de Marseille), Rebierre (de Bonnières-sur-Seine), Réchou (de Bordeaux), Renault (de Cherbourg), Retrouvey (de Besançon), Sineau (de Châteauroux), Thibaut et Troisier (de Paris), Trotin (de Sceaux), Vagnon (de Lyon), Zaepffel (de Paris).

GUERRE. — Par décret en date du 11 août 1922, ont été nommés dans le cadre des officiers du corps de santé de réserve :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe. — MM. les docteurs en médecine Biecheler, Bricka, Dreyfus, Gachot, Gossel, Hecker, Lang, Lévy, Lix, Lanter, Schmitten, Schwab, Toepfer, Vogt, Jacobs, Peterschmitt, Wohlhüter (Georges), Wohlhüter (R.-J.-M.).

MM. les médecins auxiliaires Bloch, Glasser, Hoeffel.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de Blois. (*J. O.*, 28 août 1922.)

LA LUTTE CONTRE LES ÉPIDÉMIES DANS L'EST DE L'EUROPE. — La Société des nations publie le communiqué suivant :

« Le comité d'hygiène de la Société des nations a entendu le rapport du docteur Norman White, haut commissaire de la commission des épidémies.

Ce rapport, après avoir retracé l'œuvre de la commission et rappelé avec éloge les efforts du service d'hygiène polonais, indique combien il serait désirable que la commission des épidémies étendît son activité à la Lettonie et à la Lituanie.

La Lettonie, qui a aujourd'hui un peu moins d'un million et demi d'habitants, doit recevoir 130.000 réfugiés de Russie, ainsi que 30.000 optants. De son côté, la Lituanie attend 60.000 Lituaniens rapatriés de Russie et 20.000 prisonniers de guerre.

Le docteur Norman White a insisté sur l'intérêt qu'il y aurait à monter une importante station de quarantaine dans l'ancienne forteresse russe de Dvinsk, où existait un grand hôpital pourvu d'une installation moderne.

Cette entreprise, dont le coût serait de 20.000 livres sterling, permettrait non seulement de recevoir tous les réfugiés lettons et lituaniens, mais encore d'assurer le contrôle du trafic sur la Dvina.

A l'examen, la réalisation de ce projet a paru difficile, attendu que la plus grande partie des fonds dont disposait la commission des épidémies sont épuisés et que la donation de 50.000 livres sterling faite par le gouvernement français a été réservée, à sa demande expresse, au service sanitaire de Pologne.

Dans ces conditions, sir George Buchanan, membre britannique, a déclaré que son gouvernement offrait 100.000 livres sterling pour aider à maintenir un système de quarantaine et contrôler les déplacements des réfugiés des deux côtés de la frontière russe.

Sir George Buchanan a ajouté que son gouvernement ne mettait à cette offre que la condition que les autres membres de la Société devront contribuer à cette œuvre pour une somme de 200.000 livres sterling. »

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Le train rapide de jour « Paris-Vichy », composé de voitures de lits-salon, de 1re classe et d'un wagon-restaurant, continuera à circuler dans les deux sens :

Jusqu'au 7 septembre, les mardi, jeudi et samedi, au départ de Paris ;

Jusqu'au 8 septembre, les lundi, mercredi et vendredi, au départ de Vichy ;

Départ de Paris : 10 h. 40 ; arrivée à Vichy : 16 h. 07 ;

Départ de Vichy : 10 h. 22 ; arrivée à Paris : 16 h.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

BAIL A LOYER. ENTRÉE EN JOUISSANCE RETARDÉE
DEMANDE EN DOMMAGES-INTÉRÊTS CONTRE LE PROPRIÉTAIRE NON RECEVABILITÉ

Le propriétaire est tenu de délivrer la chose louée ; si, par sa faute, il s'est mis dans l'impossibilité de remettre cette chose au locataire, il est passible de dommages-intérêts, en raison du préjudice causé à ce dernier à l'égard duquel la convention n'a pas été exécutée. Mais l'article 1148 du Code civil dispose qu'il n'y a lieu à aucun dommages-intérêts, lorsque, par suite d'une force majeure ou d'un cas fortuit, le débiteur a été empêché de donner ou de faire ce à quoi il était obligé ou a fait ce qui lui était interdit.

Il est arrivé fréquemment qu'un propriétaire a reloué un appartement ou une maison à un locataire nouveau, alors cependant que ledit appartement ou ladite maison était encore occupé. La relocation était faite pour le jour où le locataire occupant devait partir, soit en raison de l'expiration de son bail, soit en raison de la cessation de la prorogation à laquelle il avait droit. Mais de nombreuses lois sont intervenues — nous les avons fait connaître — qui ont permis de maintenir les locataires dans les lieux qu'ils avaient primitivement loués pour un temps plus ou moins long ; de telle sorte que l'occupant qui devait partir à une date déterminée est resté dans les lieux au delà de cette date, empêchant le nouveau locataire d'obtenir la délivrance de la chose qui lui avait été régulièrement louée.

Le propriétaire peut-il être responsable de cette situation, et est-il exposé à payer des dommages-intérêts au locataire qui n'a pu entrer à la date fixée par la convention qui fait la loi des parties ?

La Cour d'appel de Paris, dans un arrêt du 30 mai 1922, a répondu négativement à cette question, en estimant que le retard apporté à l'entrée en jouissance du nouveau locataire devrait être considéré comme un cas fortuit rentrant dans les prévisions de l'article 1148 du Code civil.

« Considérant, dit-elle, que si D... n'a pu mettre P... en possession de l'appartement qu'il lui avait loué, c'est que le juge des référés, en accordant des délais au précédent locataire bien que son bail fût expiré, a mis le bailleur dans l'impossibilité de remplir son obligation ; que les décisions judiciaires intervenues constituent le cas fortuit prévu par l'article 1148 du Code civil, lequel exonère le débiteur de tous dommages-intérêts.

« Considérant que c'est donc à tort que les premiers juges ont prononcé une condamnation en faveur de P...

.... »

La décision de la Cour aurait sans doute été différente, si le bailleur avait commis une négligence, notamment dans le cas où le propriétaire, prévoyant la résistance du locataire, a conclu un bail au moment même de la promulgation d'une de ces lois qui maintenaient les locataires en jouissance.

Ajoutons que la loi du 31 mars 1922 a prévu le cas faisant l'objet de la décision de la Cour d'appel et décidé qu'il n'y a pas lieu à dommages-intérêts, lorsque le propriétaire subit la prorogation en vertu de l'article 1er (art. 3). En outre, l'article 16 de la loi nouvelle dispose que « les prorogations accordées par les différentes lois, y compris la présente, ne pourront ouvrir droit à des dommages-intérêts au profit, soit d'un acquéreur de l'immeuble, soit d'une personne ayant loué à bail dans cet immeuble, antérieurement à la présente loi. D'autre part, si la prise de possession d'un local loué à bail dans ces conditions se trouve retardée, le locataire futur qui voudrait résilier la convention devra déclarer sa volonté de résilier la convention dans les trois mois de la promulgation de la présente loi ».

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.


ANÉMIES
HÉMOGLOBINE
CACHEXIES
FER VITALISE
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE
CONVALESCENCES

XXXIVe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTORHINOLARYNGOLOGIE

(Paris, 17-18 juillet 1922.)

Deux questions avaient été mises à l'étude et ont fait l'objet de rapports.

I

LA CLASSIFICATION DES SURDITÉS CHRONIQUES

Rapporteurs : MM. Escat et Rigaud (de Toulouse).

Les auteurs entendent sous le nom de surdité chronique les hypoacousies à évolution apyrétique, indolente, continue ou discontinue, lente, insidieuse et progressive. Dans l'état actuel de la science, une classification purement étiologique est malheureusement impossible ; il en est de même des clas-

Première classe. — Oto-dystrophies systématisées.

Premier groupe. — Oto-scléroses.

Oto-dystrophies par dégénérescence atrophique des organes de l'appareil sensoriel périphérique de l'audition.

TYPES ANATOMO-TOPOGRAPHIQUES et SYNDROMES	ESPÈCES OTOPATHIQUES	AGENTS PATHOGÉNIQUES ET ÉTIOLOGIQUES
1° **Tympano-scléroses.** (Syndrome habituel : *Surdité tympanique*)	1° *Otite moyenne chronique sèche*	Affection catarrhale tubo-tympanique : a. Catarrhe tubaire aigu ou subaigu à répétition. b. Otite moyenne catarrhale aiguë ou subaiguë à répétition. c. Otite moyenne catarrhale chronique
	2° *Otite moyenne chronique cicatricielle*	Suppuration de la caisse du tympan : a. Otite purulente aiguë prolongée. b. Otorrhée non spécifique vulgaire. c. Otorrhée tuberculeuse.
2° **Capsi-scléroses** (Syndrome habituel : *Surdité ankylo-stapédienne*)	1° *Ostéo-spongiose de la capsule labyrinthique* (espèce banale, très fréquente et symétrique)	Processus ostéo-dystrophique spécial, d'origine vraisemblement endocrinienne.
	2° *Périostite de la paroi labyrinthique de la caisse* (espèce peu connue, peu fréquente et souvent unilatérale)	Syphilis secondo-tertiaire ou tertiaire de l'oreille moyenne.
3° **Labyr.-scléroses** (Syndrome : *Surdité cochléaire*)	1° *Labyrintho-coptoses* (de κόπτειν, user, fatiguer)	a. Sénescence de l'organe de Corti (surdité sénile). b. Malmenage auditif par sons délétères (surdités professionnelles).
	2° *Labyrintho angioses*	— Artério-sclérose générale avec ou sans localisation organique à l'artère auditive interne.
	3° *Labyrintho-toxies*	a. Intoxications (quinine, salicylate de soude, alcool, tabac, etc.). b. Endotoxies diathésiques (hyperazotémie, hyperuricémie, hyperglycémie, oxalémie, cholestérinémie, etc.).
	4° *Labyrintho-traumatoses*	— Endostose traumatique de la capsule par cal vicieux, et toute autre lésion traumatique ayant intéressé l'organe de Corti.
	5° *Labyrinthites chroniques*	a. Syphilis acquise. b. Syphilis héréditaire. c. Paludisme. d. Infections inconnues (groupe d'attente).

Deuxième groupe. — Oto neuroses.

Oto-dystrophies par dégénérescence atrophique des organes nerveux, sensoriels ou trophiques, de l'audition.

TYPES ANATOMO-TOPOGRAPHIQUES et SYNDROMES	ESPÈCES OTOPATHIQUES	AGENTS PATHOGÉNIQUES ET ÉTIOLOGIQUES
1° **Oto-Cochléo-neuroses** Oto-neuroses par lésion des voies ou des centres cochléaires. (Syndrome : *Surdité rétro-labyrinthique*, sauf la 1re)	1° *Labyrintho-névrites chroniques*	a. Syphilis acquise. b. Syphilis héréditaire. c. Paludisme. d. Infections inconnues (groupe d'attente).
	2° *Stélécho-névrites chroniques du VIIIe* (de στέλεχος, ου, tronc)	Lésions compressives ou envahissantes diverses atteignant le tronc nerveux dans le conduit auditif interne : Tumeurs diverses, gliome, etc. Endostoses (traumatique, syphilitique). Gommes. Ostéite gommeuse du rocher.
	3° *Méningo-névrites chroniques du VIIIe*	Lésions méningées de la base du cerveau : Hérédo-syphilis. Syphilis secondaire. Syphilis tertiaire. Tubercules méningés. Tumeurs diverses, gliome, etc., de la région ponto-cérébelleuse.
	4° *Polio-encéphalites chroniques du VIIIe*	Lésions des noyaux cochléaires (noyau antérieur et tubercule acoustique) : Gomme circonscrite. Tubercule isolé. Foyer de ramollissement par artério-sclérose. Tumeurs diverses, gliome, etc.
2° **Oto-tropho-neuroses** Oto-neuroses par lésion ou trouble des centres tropho-neurotiques de l'appareil auditif. (Syndrome : *Surdité tropho-neurotique*).	1° *Oto-tropho-neurose d'origine centrale*	Lésion agissant par compression ou destruction sur les noyaux trophiques de la Ve paire : Tabes. Tubercules isolés. Gommes. Tumeurs (gliome, fibrome, etc.).
	2° *Oto-tropho-neurose d'origine réflexe*	Lésions siégeant dans le domaine de la Ve paire, en particulier les lésions graves ou prolongées des dents et des maxillaires ; peut-être aussi des lésions des fosses nasales, des lésions latentes des sinus de la face ; voire même des lésions primitives de l'oreille opposée ayant entraîné l'*otite neuro-trophique sympathique*.

DEUXIÈME CLASSE. — **Oto-dystrophies diffuses.**

Cette classe comprend tous les états dystrophiques d'apparence complexe dus à l'association, sur un même appareil auditif, de deux au moins des espèces oto-dystrophiques systématisées indiquées dans le tableau ci-dessus.

sifications pathogénique, anatomo-topographique, anatomo-pathologique et physiopathologique. Les auteurs ont donc adopté une classification mixte dont nous donnons ci-dessus le tableau.

II

LA VACCINOTHÉRAPIE EN OTORHINOLARYNGOLOGIE

Rapporteurs : MM. L. BALDENWECK (de Paris), M. JACOD (de Lyon) et A. MOULONGUET (de Paris).

C'est sur plus de 200 observations inédites et suivies que les auteurs ont appuyé leurs conclusions.

Pour eux la méthode de Wright donne les résultats les plus constants et les plus probants dans la furonculose du nez et de l'oreille, comme d'ailleurs dans la furonculose en général. La vaccinothérapie est à la fois, dans ces cas, curative pour les furoncles en évolution, préventive, en empêchant la production de nouveaux éléments.

Dans le rhume des foins, les auteurs ont délaissé systématiquement l'étude de la désensibilisation pollinique qui sortait du cadre limité de leur travail; ils ont étudié seulement l'action des vaccins microbiens. Pour eux ces derniers ne doivent être employés que contre les complications infectueuses du « hay fever », soit au début d'une crise intense, soit dans le cours de l'affection, afin de calmer les symptômes généraux.

Ne les conseillant pas à titre curatif, puisque la désensibilisation pollinique est le traitement de choix, ils déconseillent à plus forte raison de les employer à titre préventif. Les stockvaccins polymicrobiens sont préférable aux autovaccins.

Dans la rhinite atrophique ozéneuse, les auteurs ont été obligés d'envisager la question, soit au point de vue laboratoire, soit au point de vue clinique. Ils ont tenu à refaire toutes les recherches expérimentales, inoculations électives aux animaux (25 lapins), étude de l'agglutination sérique ou de la déviation du complément. Dans leurs observations, ils se sont servis de toutes les méthodes vaccinales, stock-vaccins mono ou polymicrobiens, autovaccins.

Pour eux, il n'existe encore aucun moyen sûr de posséder, par des inoculations aux animaux, un vaccin monomicrobien électif, ou d'avoir un séro-diagnostic de l'ozène. Ayant pris comme malades des patients déjà traités sans succès par tous les autres traitements, ils recommandent l'utilisation des autovaccins, faits après culture en milieu aérobie et anaérobie et ils rapportent dans leurs cas, traités par cette méthode, 20 p. 100 d'échecs, 45 p. 100 d'améliorations, 35 p. 100 de guérisons, soit 80 p. 100 de résultats favorables, là ou toute autre médication avait échoué.

Dans les coryzas à répétition, les auteurs s'appuient surtout sur les observations américaines; les résultats sont variables. En tous cas, la vaccinothérapie au cours du coryza aigu devra être prudente. Dans les rhinopharyngites purulentes chroniques, sans sinusites, les résultats sont favorables surtout lorsque le staphylocoque est en cause, seul ou associé.

Les autovaccins sont les meilleurs.

La vaccinothérapie a peu de raison d'être dans les sinusites aiguës franches. Elle en a davantage dans les sinusites aiguës traînantes, pour aider la guérison qui tarde à se produire.

Dans les sinusites chroniques, on ne peut en attendre de résultats que lorsque l'affection est de date relativement récente et les lésions localisées à la muqueuse, à condition également qu'il n'y ait pas de rétention purulente aiguë. Dans certains cas, on peut l'employer avant l'opération pour chercher à atténuer la virulence de l'infection. Les meilleurs seront les autovaccins.

Dans l'otite moyenne suppurée aiguë, si on excepte la méthode abortive par injections intraveineuses qui est à l'étude, les résultats sont peu encourageants. Pour les auteurs, il faut être très circonspect dans les phases initiales de l'otite aiguë, car il semble, d'après leur expérience clinique, qu'on augmente les chances de complications, sans influencer la durée des cas non compliqués. Le rôle de la vaccinothérapie peut donc être dangereux.

Dans les otites moyennes suppurées chroniques, il y a lieu de distinguer :

Dans celles qui s'accompagnent d'ostéite, bourgeons ou cholestéatome, les vaccins n'ont donné que des échecs.

Par contre, sous la forme d'autovaccins, ils ont donné des résultats très favorables, dans les otorrhées tubaires, soit 63 p. 100 de guérisons.

Pour les mastoïdites les auteurs estiment que la vaccinothérapie doit céder le pas à l'intervention et que les indications opératoires ne doivent pas être actuellement modifiées.

Il en est de même dans les complications intracraniennes et générales des otites. Dans ces cas il est difficile d'apprécier l'influence de la vaccination sur des manifestations essentiellement graves, mais qui ont une évolution clinique irrégulière. On est obligé de mettre en œuvre toutes les thérapeutiques connues, les vaccins y compris, mais on ne peut rien conclure.

Au cours des suites opératoires, si la persistance de la suppuration est liée à un foyer d'ostéite, les vaccins n'ont aucune raison d'être, mais il y a tout avantage à employer des autovaccins quand cette cause n'existe pas ou quand il se produit des résorptions septiques sans existence d'un foyer suppuré en rétention.

La vaccinothérapie prend à nouveau une grande importance dans les phlegmons amygdaliens. Les auteurs préconisent là la méthode de Mauté, basée sur l'emploi de stock-vaccins staphylococciques sodiques, en injections intraveineuses, à dose moyenne de 1/2 à 1 milligramme par jour de substance staphylococcique, pendant toute l'évolution de la phase aiguë.

Les phlegmons et les adénophlegmons bénéficient de la vaccinothérapie à doses massives.

La vaccination antituberculeuse dans les laryngites tuberculeuses ne leur a donné aucun résultat.

***

Communications et discussions.

VACCINOTHÉRAPIE

M. COULET à côté de quelques bons résultats a obtenu parfois des effets franchement mauvais notamment dans les otites aiguës.

MM. BRINDEL et JACQUES en dehors de la furonculose ont vu peu de résultats favorables.

M. PORTMANN préconise surtout l'emploi de bouillon de Delbet sauf en cas de lésion rénales ou cardiaques. Cet auteur a également employé la méthode antianaphylactique dans le traitement du coryza spasmodique; sur neuf malades traités par ingestion de peptone il a obtenu cinq fois la guérison en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

MM. WORMS et DELATER confirment les bons résultats de la vaccinothérapie dans la furonculose. Ayant remarqué que beaucoup de sinusites étaient d'origine streptococcique, ils ont traité avec succès un certain nombre de sinusites aiguës avec des autovaccins streptococciques préparés sur des milieux spéciaux; mais ces auteurs faisant remarquer la tendance naturelle qu'ont les sinusites aiguës à guérir se refusent à porter des conclusions fermes et définitives.

M. RENDU rapporte sa propre observation de rhinobronchite descendante où la vaccinothérapie fut un échec.

M. DESCARPENTRIES préconise les injections d'autosang hémolysé, comme moyen de lutte contre les infections. Le sang est recueilli dans un ballon, mélangé à un volume égal d'eau distillée et directement injecté sous la peau.

Cette thérapeutique a amené de rapides guérisons dans les phlegmons amygdaliens où douleurs et trismus disparaissent en quelques heures; dans l'otite moyenne aiguë, il a pu obtenir la guérison sans paracentèse.

Cette méthode a été également avantageusement utilisée dans la plupart des infections mastoïdites, furonculoses, etc.

M. SCHMIEGELOW rapporte une observation curieuse de

sarcome inopérable du maxillaire supérieur qui avait résisté à une intervention et aux rayons X et qui fut guéri par un érysipèle intercurrent, mais il a essayé depuis, sans succès, de traiter plusieurs cas de sarcome par des érysipèles artificiellement produits.

OREILLES

M. DE PARREL étudie **l'étiologie et pathogénie de la surdimutité**; il distingue :

1° Les surdimutités héréditaires relevant de la syphilis (50 p. 100 des cas), de la consanguinité des géniteurs, des traumatismes physiques ou moraux subits par la mère en cours de grossesse, de la surdité familiale;

2° Les surdimutités acquises prénatales ou postnatales, d'origine traumatique ou infectieuse : manœuvres obstétricales, méningite cérébrospinale (surtout), labyrinthites infectieuses (scarlatine). Ces notions sont importantes à connaître car elles forment la base de l'organisation des mesures prophylactiques contre la surdimutité.

M. MOLINIÉ pour rechercher le **nystagmus galvanique** conseille d'employer comme électrode une pince spéciale enserrant le manche du marteau. L'excitation électrique porte ainsi sur un point aussi limité et aussi rapproché que possible du nerf. Dans ces conditions le nerf réagit à des excitations très faibles, égales ou inférieures à un milliampère.

M. BAR étudie **l'otite moyenne catarrhale aiguë, point de départ de névralgies rebelles du trijumeau**. Ceci s'explique par l'innervation de l'organe auditif par d'importantes branches sensitives venant du trijumeau, mais il faut savoir que parfois aussi une névralgie faciale et une otite peuvent évoluer parallèlement l'une à l'autre dépendant d'une cause commune.

M. RENDU a observé dix cas de **syncinésie auriculo-papébrale dans la paralysie faciale**.

Les syncinésies sont des mouvements associés apparaissant dans certains territoires musculaires à l'occasion de mouvements volontaires ou réflexes. Aux trois types déjà décrits de palpébrobuccal, palpébrofrontal et palpébropeaussier, l'auteur ajoute le type palpébroauriculaire caractérisé par un mouvement volontaire et inconscient d'ascension du pavillon de l'oreille synchrone du clignement palpébral.

M. Brissaud attribuait ses syncinésies à une diffusion de l'incitation motrice.

M. MIÉGEVILLE présente un **audiomètre basé sur un nouveau principe**. Cet appareil émet des sons dont la hauteur varie de 30 vibrations à 100.000 et dont l'intensité varie de 0 jusqu'à l'assourdissement. Cet appareil permet d'interroger simultanément ou séparément les oreilles et d'établir ainsi des fiches auditives complètes; il se compose d'un tube à vide émetteur d'ondes hertziennes et d'un circuit capable de modifier la fréquence des oscilations électriques.

M. CITELLI **à propos de deux nouveaux cas de présclérose tympanique** étudie l'action du traitement iodé qui, fait à temps, a sauvé les enfants de la vraie sclérose.

NEZ ET RHINOPHARYNX

M. JACQUES étudie la **syphilose polypoïde du nez**. En dehors des tumeurs et des infiltrations syphilitiques jusqu'à présent décrite comme manifestation hypertrophique de la syphilis tertiaire des fosses nasales, il existe une autre forme d'altération hyperplasique, à évolution lente, simulant la polypose banale, dont elle se distingue par la diffusion des lésions, la teinte gris jaunâtre des végétations, leur consistance relativement ferme, leur mobilité réduite, leur surface grenue ou muriforme. Cette forme de dégénérescence spécifique tardive, fréquemment compliqué d'empyèmes annexiels, rebelle au traitement chirurgical, cède plus ou moins rapidement à la médication antisyphilitique.

M. BRINDEL rappelle que depuis longtemps en présence d'une sinusite surtout maxillaire, il institue toujours le traitement d'épreuve. Il ne croit pas que cliniquement les polypes syphilitiques puissent se distinguer des autres.

M. TRETROP étudie le **traitement rationnel des pseudo-adénoïdiens**. Il rappelle son travail de 1914 décrivant la déformation des maxillaires supérieurs chez le pseudo-adénoïdien : aplatissement latéral et projection en soc de charrue de la partie antérieure du maxillaire, bascule des os incisifs par coincement entre les apophyses palatines trop étroites, chevauchement des dents, voûte ogivale déterminant de l'insuffisance respiratoire.

L'auteur applique un appareil à ressort écartant les deux parties du maxillaire par une pression douce et constante pendant six mois; l'application doit être faite entre cinq et dix ans. La cavité nasopharyngienne est rendue libre par un traitement approprié et de bonne heure une gymnastique de respiration nasale est instituée, pour faire de la contre-pression endo-nasale et obliger le plancher nasal à descendre vers la cavité bucale.

L'écartement de deux parties du maxillaire peut atteindre en six mois 5 à 6 millimètres.

M. DUTHEILLET DE LAMOTHE emploie l'appareil à vis du professeur Jacques qui a permis d'obtenir un écartement de 1 centimètre et demi. Pour assurer un bon engrènement dentaire il conseille de propulser le maxillaire inférieur en avant.

M. BALDENWECK fait remarquer combien souvent les stomalogistes s'opposent à cet élargissement du maxillaire supérieur de peur de provoquer un défaut d'articulation avec l'arcade dentaire inférieure; il faudrait attirer l'attention des stomalogistes sur l'importance de cet élargissement du maxillaire supérieur.

M. TRETOP croit que le développement du maxillaire suit celui du maxillaire supérieur. L'engrènement des dents se fait de lui-même; il est dès lors inutile d'agir sur le maxillaire inférieur.

M. HIGGUET, **à propos du traitement chirurgical de l'ozène** rappelle la technique de Lautenschlager qui lui a donné des résultats intéressants : *a*. trépanation large de la fosse canine et curettage du sinus; *b*. effondrement et mobilisation vers la fosse nasale de la paroi intersinusonasale; *c*. tamponnement très serré du sinus pendant huit à dix jours.

L'auteur se propose de combiner cette intervention chirurgicale avec la vaccinothérapie.

M. VAN DEN WILDENBERG préfère la voie endonasale. Après incision de la muqueuse, il sectionne à la gouge la paroi intersinusonasale sur une ligne antérieure passant en avant de la tête du cornet inférieur et en bas au niveau du plancher. Avec une rugine mousse introduite dans l'incision osseuse verticale il refoule la paroi intersinusonasale contre la cloison et la maintient par tamponnement.

M. RAMADIER a pratiqué le **traitement chirurgical de l'ozène** sur six malades.

Il a suivi la voie transmaxillaire, mobilisant la paroi intersinusonasale grâce à deux sections osseuses antérieure et inférieure; cette opération est laborieuse mais l'auteur n'a jamais observé les accidents qu'on peut redouter a priori : obstruction du canal lacrymonasal, séquestration du fragment mobilisé, formation de croûte dans le sinus. Résultat : 1° phase de réaction durant quatre à six semaines pendant laquelle la guérison paraît obtenue; 2° phase de régression partielle; l'amélioration de l'ozène ne persiste qu'au niveau des points rétrécis de la narine. Comme il n'existe pas de technique susceptible de mobiliser la partie supérieure de la cloison intersinusonasale, l'auteur pense que ces opérations doivent s'adresser surtout aux cas d'ozène limités à l'étage inférieur des fosses nasales.

MM. LANNOIS et JACOD rapportent un cas de **sarcome mélanique du nez**. Ces sarcomes se rangent en trois catégories : les uns viennent par propagation de l'organe voisin (orbite), d'autres, très rares sont d'origine matastatiques; les autres enfin sont les sarcomes primitifs des fosses nasales. Chez leur malade la tumeur était implantée sur la cloison; métastases hépatiques et mammaires deux mois et demi après l'intervention. Ces mélanomes sont très rares, les auteurs n'ont trouvé que quinze cas de publiés; leur pronostic est très grave à cause de la précocité des métastases. L'ablation locale sera donc précoce et large, les auteurs préconisent une exentération en bloc de toute la muqueuse nasale sans toucher à la tumeur, sorte d'évidement intranasale dont ils donnent la technique.

M. REVERCHON rapporte **deux cas de tumeur du rhino-**

pharynx avec considérations anatomocliniques et thérapeutiques sur les néoplasmes à implantation péritubaire. Ces cas ont évolué en deux étapes : 1° étape auriculaire avec otite et mastoïdite; 2° étape endocranienne présentant le syndrome pétro-sphénoïdal de Jacod. Grâce à un traitement Roentgen thérapique le deuxième malade est actuellement vivant et amélioré sinon guéri (traitement remontant à un an).

M. BRINDEL s'appuie **sur un cas de tumeur maligne de la fosse nasale et du sinus maxillaire traité par la radiumthérapie**, pour apprécier les résultats de cette méthode. Il s'agissait d'un épithélioma baso-cellulaire chez lequel une seule application de radium pendant quarante-huit heures amena la disparition momentanée de la tumeur, mais aussi une nécrose de la voûte palatine, du vomer, de la branche montante du maxillaire du rebord orbitaire et de l'inguis. Au bout d'un an récidive sur le plancher orbitaire. Par contre un cas de gliosarcome cérébral présenté l'an dernier au Congrès reste guéri huit mois après le traitement.

MM. BLOCH et TARNEAUD rapportent **un cas de néoplasme du sinus maxillaire opéré et traité par la radiumthérapie.** Cette observation concerne un malade qui souffrait de névralgies violentes sous-orbitaire gauche accompagnées de trismus, qui présentait une opacité de la région du maxillaire supérieur gauche. La trépanation exploratrice et la biopsie consécutive révélèrent un épithélioma spino-cellulaire du toit du sinus propagé à la fosse ptérygomaxillaire. Traitement radiumthérapique récidive in situ six mois après. Le siège de pareilles néoplasies, leur début insidieux sont autant de facteurs qui rendent le pronostic sévère.

M. JACQUES a observé un cas de guérison d'un sarcome à petites cellules par radiumthérapie.

M. LEMAITRE rapporte deux guérisons de lymphocytomes remontant à trois ans et à neuf mois.

M. DUTHEILLET DE LAMOTHE fit de la rœntgenthérapie dans un sarcome du sinus maxillaire, il y eut guérison locale, puis généralisation péritonéale.

M. CANUYT attire l'attention sur les **sinusites postérieures latentes** et **leurs complications oculaires** c'est-à-dire sur ces affections non suppurées de l'ethmoïde et du sphénoïde qui occasionnent des troubles oculaires notamment la névrite optique rétrobulbaire. Ces accidents oculaires guérissent par l'intervention nasale précoce.

M. DUTHEILLET DE LAMOTHE dans deux cas de névrite rétrobulbaire a obtenu la guérison par curettage de l'ethmoïde.

M. VACHER en présence d'une névrite rétrobulbaire commençante institue un traitement mercuriel intensif; s'il échoue il ouvre l'ethmoïde.

M. DUFOURMENTEL a trouvé des lésions ethmoïdales suppurées, causes de troubles oculaires alors que l'exploration radiographique avait été négative.

M. BLOCH croit que l'unilatéralité de la névrite est en faveur de l'origine ethmoïdale.

M. CHEVAL considère que plus l'opération est précoce, meilleurs sont les résultats.

MM. REVERCHON et HIRTZ décrivent leur technique de **radiographie de la base du crâne appliquée à l'étude clinique et anatomique du rocher, des sinus de la face et spécialement de l'ethmoïde postérieure et du sinus sphénoïdal**, ils présentent d'intéressants clichés et ces auteurs sont chargés par la Société de faire un rapport sur ce sujet pour le prochain congrès.

M. BOURGUET étudie la **chirurgie plastique du nez, présentation d'opérés.**

M. KOWLER présente un nouvel **ostéotome nasal tranche-crête.**

LARYNX

M. GAREL étudie sous le nom de **vergeture des cordes vocales, séquelles de laryngites chroniques** les cas dans lesquels on observe sur les cordes vocales un petit sillon longitudinal siègeant plus ou moins près du bord libre; il s'agit généralement d'adultes dont les troubles vocaux remontent à l'enfance, le traitement est toujours inefficace.

M. PORTMANN a essayé le **traitement de la tuberculose laryngée par la radiothérapie-splénique.** Amélioration des symptômes fonctionnels.

M. AMADO rapporte **un cas de chondrome du larynx.**

M. BONAIN s'étonne que l'**emploi de l'acide trichloracétique dans la tuberculose ulcéreuse du nez de pharynx et du larynx** ne soit pas plus répandu. Ce corps est très supérieur aux produits tel que acide lactique, phénol sulfoririciné, etc.

M. KOWLER rapporte **un cas de laryngite tuberculeuse guéri par l'héliothérapie avec son appareil.**

M. SAUPIQUET. **Présentation d'un appareil pour héliothérapie laryngée.**

PHARYNX

M. SEBILEAU expose ses impressions sur les résultats de la **staphylorraphie à l'hôpital Lariboisière.** Bien que souvent il s'agisse de cas défavorables (malades déjà opérés ou jugés inopérables) l'auteur obtient une guérison anatomique totale dans 75 p. 100 des cas, mais les résultats fonctionnels sont bien souvent médiocres; il expose brièvement sa technique.

M. LEMAITRE opère sous anesthésie locale quand il s'agit d'adultes, mais avec cette technique le danger d'hémorragie secondaire est plus grand.

M. DE KÉRANGAL décrit son procédé d'**amygdalectomie par énucléation et tension du pédicule.**

M. LABERNADIE, **à propos du traitement des amygdalites cryptiques** fait remarquer que la discision peut être insuffisante; l'auteur lui adjoint l'expression ou « torchage » de l'amygdale qui vide les cryptes de leurs dépôts caséeux.

M. KOENIG rapporte **un cas d'abcès froid amygdalien se réveillant tous les mois à l'occasion des règles.** Amygdalectomie, guérison. L'auteur n'a jamais vu de cas ou la voix aurait été endommagée par une amygdalectomie bien faite.

M. SIEMS rapporte **un cas de tertiarisme rhino-pharyngolaryngé pris pour un lupus.**

ŒSOPHAGE

MM. WORMS et GAUD étudient la **paralysie de l'œsophage dans le botulisme**, à propos d'un soldat atteint de cette affection a la suite de l'ingestion d'un pâté de conserve. L'œsophagoscopie et la radioscopie mirent en évidence la paralysie de l'œsophage : élargissement, absence de mouvement péristaltiques. Les auteurs admettent une origine centrale (poliomésoencéphalites partielles).

M. GUISEZ rapporte **quelques résultats éloignés du traitement par le radium de cancer de l'œsophage et du larynx.** Trois cancers laryngés traités par thyrotomie et radium sont guéris, depuis trois ans dans deux cas, deux ans dans un cas. Un cas de cancer de l'œsophage reste guéri depuis onze ans, trois autres datent de cinq ans et deux de trois ans.

L'auteur critique l'emploi des sondes courtes qui ne restent pas en place et préfère les longues sondes fixées en bonne position.

M. LE MÉE ayant observé des accidents graves notamment une hémorragie foudroyante à la suite de ce traitement conseille la radiothérapie profonde.

M. DUFOURMENTEL place la sonde radifère pendant vingt-quatre heures, puis fait faire un substantiel repas au malade, puis repose la sonde radifère pendant vingt-quatre heures.

M. MOULONGUET reste fidèle aux sondes courtes qu'il n'a jamais vu se déplacer; seules elles permettent les applications longues quatre à six jours, théoriquement nécessaire à la guérison du cancer. La fréquence des insuccès de cette méthode tient à la précocité des métastases ganglionnaires plus ou moins lointaines. Contre ces dernières la radiothérapie profonde est indiquée.

M. LEMAITRE. **L'endoscopie chez le nourrisson** est une manœuvre simple non dangereuse ne nécessitant aucune anesthésie; l'auteur en rapporte cinq cas.

M. JACQUES n'a jamais pratiqué l'endoscopie avant un an et donne toujours quelques gouttes de chloroforme.

M. GUISEZ rapporte **sept cas de tuberculose de l'œsophage**; dans deux cas lésions sclérocicatricielles, dans trois cas ulcération de l'œsophage, dans deux cas ganglions tuberculeux ouverts secondairement dans la trachée.

M. TARNEAUD rapporte **deux cas d'ostéonécrose diffuse du massif facial supérieure d'origine dentaire**, ces deux cas guérirent mais avec séquelles importantes, dans un cas atrophie papillaire et cécité.

M. BRINDEL dans un cas semblable chez un enfant de cinq mois obtint la guérison par ablation d'une grosse portion du maxillaire supérieur. La déformation consécutive fut minime.

M. JACQUES attire l'attention sur l'origine souvent syphilitique de ces formes et la nécessité d'un traitement d'épreuve.

M. ARMENGAUD étudie le **rôle des maladies générales dans l'étiologie des rhinites hypertrophiques et des pharyngites chroniques**.

M. LE MÉE utilise l'**anesthésie générale au chlorure d'éthyle oxygéné** donné par un appareil spéciale; l'apnée du début est ainsi très diminuée et l'anesthésie plus régulière.

ANDRÉ MOULONGUET,
Otorhinolaryngologiste des hôpitaux.

Xe CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

(*Paris, 17-22 juillet 1922.*)

Ce Congrès, qui vient de se réunir sous la présidence du professeur Sebileau, a été un gros succès de propagande française; 520 spécialistes appartenant à 28 pays différents étaient inscrits, 359 y assistèrent. A noter que, pour la première fois, ce Congrès n'a pas été exclusivement otologique mais comportait une partie rhino-laryngologique.

Rapports.

LES FONCTIONS DES OTOLITHES

Rapporteur : M. QUIX (d'Utrecht).

La fonction pour l'équilibration du labyrinthe se répartit entre deux organes : les canaux semi-circulaires (équilibration cinématique); les otolithes (équilibration statique).

La physiologie et la clinique ont permis de connaître avec une certaine précision la première fonction.

Quant à la seconde, elle ressort encore presque exclusivement du domaine de la physiologie; la pathologie de l'organe otolithique est encore dans l'enfance. Il existe quatre otolites groupés deux par deux : les otolithes utriculaires ou lapilli; les otolithes sacculaires ou sagittae.

Les premiers, lapilli, minces lamelles de carbonate de chaux, sont courbes avec une concavité supérieure et légèrement antérieure; ils sont disposés dans un plan sagittal et appuient, chez le sujet debout, sur les cellules sensorielles sous-jacentes, la macula. La pression diminue au fur et à mesure que le sujet incline sa tête en arrière pour devenir nulle dans la position du décubitus.

Les seconds, sagittae, sont formés chacun de deux lames plates qui se joignent en formant entre elles un angle ouvert en dehors. Dans la position normale de la tête, les sagittae n'appuient pas sur leur macula; l'appui a lieu dans l'inclinaison latérale de la tête; quand la tête se penche sur l'épaule gauche, la sagitta droite appuie sur sa macula; quand la tête s'incline sur l'épaule droite, la sagitta gauche appuie sur sa macula.

L'hyperpression des lapilli sur leur macula produit certains réflexes : augmentation du tonus dans les muscles fléchisseurs et déviation des globes oculaires vers le haut, chaque lapillus engendre ce réflexe dans les deux moitiés du corps.

L'hypopression de lapilli sur leur macule produit les phénomènes inverses : augmentation du tonus des extenseurs, déviation des globes oculaires vers le bas; ces phénomènes peuvent s'observer chez l'animal qui saute; la phase d'ascension déterminant de l'hyperpression; la phase de descente de l'hypopression, puisque, la pierre otolithique et le macula descendant avec la même vitesse, la pression de la masse otolithique cesse de se faire sentir. L'hyperpression des sagittae d'un côté fait incliner la tête et le corps du côté opposé par augmentation du tonus des abducteurs du côté opposé et diminution du tonus des adducteurs du même côté. En outre, le pôle supérieur des globes oculaires se porte du côté de la macula hyperpressée, c'est-à-dire en sens inverse du mouvement des membres.

Ce qui rend en clinique très difficile d'étudier la pathologie des otolithes c'est la difficulté d'éliminer les réflexes dus aux canaux semi-circulaires et les réflexes dus aux sensations articulaires de l'atlas et de l'axis.

LES ÉPREUVES VESTIBULAIRES

Rapporteur : M. BUYS (de Bruxelles).

Excellente mise au point des différentes manœuvres destinées à interroger le labyrinthe. L'auteur étudie d'abord les mouvements de réaction du corps, des membres et des yeux qui sont fonction de l'excitation labyrinthique; il décrit le moyen de rendre la réaction de Romberg plus sensible en mettant un pied devant l'autre ou le malade à genoux; pour définir le sens d'un nystagmus rotatoire, observer le mouvement relatif du segment supérieur de l'œil par rapport à la face. Puis il étudie l'épreuve de la rotation uniforme : pour rechercher le nystagmus faire faire dix tours en vingt secondes; pour rechercher les mouvements de réaction du corps et des membres, faire faire dix tours en dix secondes. L'auteur considère que si l'épreuve calorimétrique est excellente pour dire si le labyrinthe est détruit ou non, il est tout à fait illusoire de vouloir doser quantitativement l'excitabilité du labyrinthe.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES ABCÈS CÉRÉBELLEUX D'ORIGINE OTIQUE

Rapporteur : M. SCHMIEGELOW (de Copenhague).

L'auteur insiste sur la difficulté du diagnostic des abcès cérébelleux, difficulté si grande que sur 19 cas observés par lui 5 fois seulement le diagnostic fut porté. Il passe en revue les différents signes considérés comme caractéristiques de l'abcès cérébelleux, douleur de la nuque, nystagmus, etc., et constate que ces signes manquent souvent ou se retrouvent dans d'autres affections. Cependant, les nouvelles méthodes de Barany, notamment l'épreuve du « geste indicateur », rendent des services.

L'auteur conseille, sauf chez les sujets comateux, la narcose à l'éther. Une fois l'oreille évidée, si le labyrinthe est mort on fera l'opération de Neumann, ouverture du vestibule et incision présinusale de la dure-mère. Si le labyrinthe est intact, incision de la dure-mère derrière le sinus.

FACTEURS MÉCANIQUES DANS LE TRAITEMENT OPÉRATOIRE DES ABCÈS CÉRÉBELLEUX

Rapporteur : M. EAGLETON (de New-York).

L'auteur distingue deux sortes d'abcès cérébelleux, ceux qui sont situés dans le segment antérieur du cervelet et qui sont dus à une infection d'origine pétreuse, le plus souvent labyrinthique (44 p. 100 des cas), ceux qui sont situés dans les deux tiers postérieurs du cervelet et qui sont dus généralement à une infection à point de départ sinusien (56 p. 100 des cas). Selon la voie d'infection suivie on cherchera l'abcès en avant ou en arrière du sinus. La voie antérieure est très étroite.

L'auteur décrit un appareil spécial, destiné à faire une double obturation du sinus, car par la voie antérieure qui est toujours infectée on peut provoquer en cas de ponction blanche une infection méningée. L'auteur préfère donc découvrir le sinus et passer systématiquement à travers lui. La hernie cérébelleuse consécutive est moins à craindre par cette voie que par la voie antérieure.

LES ABCÈS DU CERVELET

Rapporteur : M. HINOJAR (de Madrid).

Pour l'auteur, les abcès du cervelet sont plus fréquents que

ceux du cerveau. Leur mécanisme de propagation est généralement la voie sanguine.

L'évolution est souvent très longue, pouvant durer des années, et la symptomatologie en général très pauvre. L'auteur préconise la ponction exploratrice sans ouverture durale préalable avec une aiguille courte et grosse. Il draine au moyen d'un tube de caoutchouc.

LA SYPHILIS IGNORÉE DE L'OREILLE

Rapporteur : M. Gradenigo (de Naples).

L'auteur insiste sur la fréquence de ces syphilis auriculaires mieux connue depuis que nous possédons la réaction de Bordet-Wassermann. C'est surtout la syphilis héréditaire qui est difficile à dépister quand il n'y a pas de triade d'Hutchinson.

La syphilis sera soupçonnée dans toute surdité progressive chez un sujet jeune quand on ne trouve pas de surdité dans les antécédents familiaux de tuberculose ou d'infection auriculaire; un bon signe de confirmation sera le signe d'Hennebert, quand il existe. La syphilis agit, soit par névro-labyrinthite, soit par otosclérose.

LES MÉNINGITES OTITIQUES

Rapporteur : MM. Jenkins (de Londres).

L'auteur étudie les voies de propagation de l'oreille vers les méninges; dans les méningites de la fosse cérébrale moyenne le passage se fait par le toit de l'antre; dans les méningites de la fosse cérébrale postérieure l'infection se fait par le labyrinthe, par la paroi postérieure de l'antre ou par le sinus latéral.

L'acte chirurgical consiste à évacuer le foyer septique; quand la méningite a débuté par la fosse cérébrale postérieure et se généralise, l'auteur recommande le drainage du conduit auditif interne par ouverture du labyrinthe et effondrement de la lame criblée au-dessous du replis de la crête falciforme.

LA THYROTOMIE DANS LE CANCER DU LARYNX

Rapporteur : M. Saint-Clair Thompson.

L'auteur a opéré jusqu'à ce jour 51 malades : 45 hommes de quarante-quatre à soixante-quinze ans, 6 femmes de trente-trois à cinquante ans ; 30 de ces malades sont actuellement en bonne santé. Ponr 23, la date de l'opération remonte à trois ans au moins et à treize ans au plus; 8 seulement de ses opérés moururent de récidive. L'auteur décrit sa technique : mise en place d'une canule trachéale avant la thyrotomie, clivage sous-périchondral de la tumeur.

TRAITEMENT DU CANCER DU LARYNX

Rapporteur : M. Moure.

Dans le cancer endo-laryngé tout à fait limité à une corde vocale sans infiltration périphérique, l'auteur pratique la thyrotomie. S'il existe une certaine infiltration périphérique, compléter la thyrotomie après guérison opératoire par la rœntgenthérapie. Si la tumeur atteint la bande ventriculaire, pratiquer la laryngectomie. Dans les cancers exolaryngés, l'acte chirurgical est le plus souvent illusoire, sauf en cas de cancer limité à l'épiglotte.

RADIUMTHÉRAPIE DU CANCER DU LARYNX

Rapporteurs : MM. Delavan, Quick et Johnson.

En cinq ans, les auteurs ont traité 156 cas. Dans 20 cas il s'agissait de cancer intrinsèque opérable ; 4 fois la radiumthérapie fut un échec complet ; 9 fois il y eut amélioration; 7 cas paraissent actuellement guéris. Dans 51 cas de cancer intrinsèque inopérable, une fois la régression du cancer permit de pratiquer une laryngectomie avec guérison depuis cinq ans. Dans un autre cas, la survie dépassa un an. Sur 55 cas de cancer extrinsèque, la survie varia entre quatre et vingt-deux mois.

TRAITEMENT OPÉRATOIRE DU CANCER DU LARYNX

Rapporteur : M. Chevalier-Jackson.

L'auteur a pratiqué 45 thyrotomies, 8 fois il y eut récidive; 37 fois guérison qui remonte dans 1 cas à vingt et un ans, pas de mort opératoire. C'est donc une très bonne opération mais qui n'est applicable qu'aux cancers limités et antérieurs. Pour les autres, l'auteur préconise la radiothérapie.

TRAITEMENT DU CANCER DU LARYNX

Rapporteur : M. Tapia (de Madrid).

Le traitement par le radium et les rayons X lui a donné des résultats douteux. En dehors des cas de cancers très limités où la thyrotomie est indiquée, l'auteur reste fidèle à la laryngectomie. Il décrit sa technique. Pas de trachéotomie préalable, anesthésie locale par infiltration et anesthésie régionale par imbibition avec de la cocaïne au 10 p. 100 des laryngés supérieurs et des récurrents au moment de leur découverte ; extirpation du larynx de haut en bas.

Sur 107 malades opérés, 1 est mort de broncho-pneumonie, 5 de complications variées, 32 récidivèrent, 10 sont morts de maladies intercurrentes ; 33 vivent encore pour lesquels la date de l'opération varie entre trois ans et quatorze ans.

APERÇU SUR LES LARYNGECTOMIES ÉCONOMIQUES

Rapporteur : M. Sebileau (de Paris).

Toutes les fois que l'étendue du cancer en surface et en profondeur ne commande pas la laryngectomie, l'auteur commence l'opération par une laryngofissure et si possible n'enlève que le segment cancérisé, respectant une portion plus ou moins considérable de la charpente laryngée. Ces laryngectomies économiques sont de pronostic opératoire moins mauvais et le résultat fonctionnel est bien meilleur.

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DES CANCERS ENDO-LARYNGÉS PAR LES RAYONS X.

Rapporteurs : MM. Regaud, Coutard et Hautant (de Paris).

Les auteurs exposent la technique de rœntgenthérapie qu'ils ont employée et qui leur a donné des résultats très intéressants. Sur 6 malades traités en 1921, un est mort de cachexie sans qu'on ait pu achever le traitement; il s'agissait d'un vieillard de soixante-quatorze ans. Les 5 autres sont en excellent état; le plus ancien remonte à treize mois, le plus récent à neuf mois.

Communications.

MM. Baldenweck et Ramadier, à **propos de l'épreuve calorique**, remarquent que de très faibles variations thermiques sur le tympan déclanchent souvent les mêmes réactions que l'épreuve classique de Barany.

M. Koenig. **Quelques considérations sur les fonctions labyrinthiques.**

M. Barré, étudiant la **Valeur des épreuves fonctionnelles de l'appareil vestibulaire**, conclut que dans l'épreuve voltaïque la contre-déviation à la rupture du courant est plus importante que l'inclinaison de la tête.

M. Tarneaud présente l'observation d'un malade atteint de **trouble systématisé des mouvements des yeux et des membres d'origine labyrinthique pure.**

M. Nager, à l'aide de coupes histologiques, montre la fréquence des **Affections de l'oreille dans le crétinisme.**

M. Wilkinson présente un **Résonateur fonctionnant sur le modèle de la cochlée** où l'on voit les minces baguettes de verre se mettre à vibrer sous l'influence d'un diapason qui vibre à distance.

M. Escat décrit **deux signes d'ankylose stapédo-vestibulaire** : 1. Le refoulement de l'étrier obtenu par la manœuvre classique de Gellé est remplacé et obtenu par la manœuvre de Valsalva ; 2. En mettant sur la mastoïde un diapason grave vibrant fortement on obtient une contraction des muscles de la face.

M. Rendu attire l'attention sur la fréquence de l'**otite moyenne purulente latente du nourrisson.**

M. LE MÉE distingue deux formes : **L'otite latente et l'otite méconnue chez le nourrisson et dans la première enfance.** Pour diagnostiquer la première, se méfier de la paracentèse exploratrice qui peut favoriser l'éclosion d'une otite.

M. TRÉTROP considère les bains de solution glycérinée à 1/2.000 comme **une médication capable d'enrayer un grand nombre d'otites moyennes et de mastoïdites.**

M. BONAIN. **Vingt-cinq années de pratique en oto-rhino-laayngologie du « liquide de Bonain ».**

M. CHAVANNE. **Considérations otologiques à l'occasion de 3.127 observations personnelles d'otologie de guerre.**

MM. REVERCHON et WORMS. **Pneumatocèle occipitale spontanée d'origine mastoïdienne.**

M. JACQUES. **Le pli du sillon rétroauriculaire et sa signification diagnostique.** Ce sillon s'efface dans sa partie basse au cours des mastoïdites ; il se creuse au cours des adénites.

M. IRIBARNE. **Diagnostic de la périostite mastoïdienne dite primitive.**

M. MAHU. **Erysipèle et mastoïdite.**

M. DAURE préconise les pansements paraffinés pour obtenir **La guérison rapide des évidés.**

M. ABRAND. **L'ossiculectomie ; indications et résultats d'après 35 observations personnelles.**

M. HOLMGREEN présente sa méthode **d'opérations sur l'os temporal à l'aide de la loupe et du microscope.**

MM. MOURET et CAZEJUST. **Méningite d'origine otique à fusospirillaires.**

M. O. COLLET. **Méningite otogène avec rémission prolongée.**

M. ABOULKER. **Méningites aseptiques mortelles d'origine otique.**

MM. BALDENWECK et BLOCH. **Thrombose primitive du golfe de la jugulaire.**

M. MOULONGUET, ayant observé des **troubles aphasiques survenant au cours de l'évolution d'un abcès extradural,** considère qu'il n'y a aucun signe clinique pathognomonique de l'abcès cérébral.

M. CANUYT. **La surdité de Beethoven.**

M. GAULT. **De quelques moyens utiles dans le traitement des synéchies et sténoses cicatricielles des premières voies respiratoires.**

MM. VACHER et DENIS. **La voie endonasale dans le traitement des sinusites.**

M. DRIVER présente un malade « sensible au froid ». Le fait de plonger les mains dans l'eau froide détermine une surdité immédiate avec obstruction nasale et crise hémoclasique vasculo-sanguine.

ANDRÉ MOULONGUET,
Otorhinolaryngologiste des hôpitaux.

REVUE DES THÈSES

Le Métabolisme basal en clinique déterminé par la méthode des échanges respiratoires. Son étude dans les dysthyroïdies et les retards de croissance de l'enfance (1), par le docteur Henri JANET, interne des hôpitaux de Paris.

Voici une excellente thèse sur un sujet absolument d'actualité (2).

Le métabolisme basal, dit M. H. Janet, est l'énergie (exprimée en grandes calories) dépensée par heure et par mètre carré de surface du corps, lorsque le sujet est au repos complet, à jeun depuis quatorze heures environ, dans une atmosphère moyenne de 16 degrés, suffisamment couvert pour n'avoir pas à réagir ni contre le froid, ni contre la chaleur du milieu extérieur.

Dire d'un sujet que son métabolisme basal est de 39 par exemple, c'est dire que ce sujet émet 39 calories en une heure et par mètre carré, dans les conditions d'expérience énoncées plus haut.

L'étude du métabolisme basal, c'est-à-dire de la quantité d'énergie minima émise par le corps, donne donc une notion globale sur l'activité des processus vitaux de l'organisme. Cette étude importante au point de vue de la biologie générale peut être dès maintenant d'un certain intérêt pratique en médecine.

La technique de la méthode des échanges respiratoires qui nécessite quelques appareils spéciaux est relativement simple et facile. L'auteur a étudié ici en détail celle qu'il a suivie et donné par des tableaux et des graphiques un moyen rapide de calculer et de lire les résultats, tout en faisant les corrections nécessaires.

Du fait de la marge d'erreurs des expériences et du fait des petites variations que le métabolisme basal présente peut-être normalement, il ne faut considérer comme pathologiques que les résultats s'écartant de la normale d'au moins $\pm$ 10 p. 100.

Le métabolisme basal est intéressant à étudier surtout dans les affections thyroïdiennes. Il est augmenté dans le goitre exophtalmique ; abaissé dans le myxœdème.

Il est influencé par l'opothérapie thyroïdienne s'élevant plusieurs jours après le début de la médication, ne commençant à s'abaisser que plusieurs jours après la cessation du traitement. Les observations confirment ces faits.

Dans les cas frustes de goitre exophtalmique et de myxœdème, l'étude du métabolisme basal peut être d'un certain appoint pour le diagnostic.

Dans les retards simples de la croissance, dont on a beaucoup discuté la pathogénie, on a trouvé dans plusieurs observations un métabolisme basal normal. Cela semble être un argument pour admettre que, dans ces cas, la dysthyroïdie n'est pas toujours en cause. Il serait à souhaiter que de nouvelles observations viennent indiquer quelle est la sensibilité et la fidélité de la méthode pour la recherche de l'insuffisance thyroïdienne fruste.

Au point de vue thérapeutique, M. Janet admet actuellement que la constatation d'un métabolisme basal normal n'autorise pas à refuser au malade le bénéfice possible d'un traitement thyroïdien. La constatation d'un métabolisme basal abaissé permet de conclure que le traitement thyroïdien doit être conduit avec plus de persévérance qu'on ne l'aurait fait en se basant sur l'examen clinique seul.

Cette étude est donc susceptible de donner pour la conduite d'un traitement d'une affection endocrinienne des indications sinon fermes du moins à retenir, puisque nous possédons actuellement peu de moyens d'exploration des glandes à sécrétion interne.

(1) *Th. de Paris.* — Paris, Jouve et Cie.

(2) Cf. Principes fondamentaux concernant le métabolisme basal, par M. Graham Lusk (de New-York), traduit et annoté par M. J. Le Goff, *Gaz. des hôpit.*, 1922, p. 165.

La Mésentérite rétractile (1),
par le docteur André DAUBIGNY.

Il y a peu de temps, M. Mauclaire, après plusieurs communications à la Société de chirurgie, consacrait à la mésentérite rétractile un article que n'ont pas oublié les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* (2). Voici une excellente thèse de Bordeaux, inspirée par M. Duvergey et par M. Mauclaire, qui met au point cette intéressante question.

L'auteur n'a pu réunir que vingt-trois observations, dont une inédite, la plupart publiées depuis l'appel de Mauclaire en 1920. C'est dire que la mésentérite rétractile est une affection relativement rare.

La pathogénie en est très discutée. M. Daubigny s'y est attardé : occlusion ou malformation congénitale du grêle ; péritonite tuberculeuse en voie de guérison ou fibreuse d'emblée ; péritonite simple localisée ; péritonite syphilitique ; artérites de diverses origines ; artérioscléroses ; mésentérites aiguës ; kystes hématiques ; névroses intestinales ; plaies du

(1) *Th. de Bordeaux.* — Bordeaux, imprimerie de l'Université.

(2) *Gaz. des hôpit.*, 1922, p. 293.

mésentère; étranglement herniaire; phlegmons et appendicites mésentériques.

Il insiste sur ce fait que cette mésentérite rétractile est l'aboutissant cicatriciel de lésions extrêmement variées.

Deux types (l'un dû à la syphilis, l'autre à la tuberculose, avec certains caractères communs), deux formes (suivant que la lésion siège sur tout le mésentère ou seulement en un point). Prédominance des lésions vers la terminaison du grêle (l'auteur a essayé d'en donner la raison anatomique), cicatrices étoilées, caractéristiques, absolument symptomatiques de la lésion, nacrées ou bien opalines, en formation. A la surface du mésentère, petits kystes séreux dus à l'étranglement, par le processus scléreux, des vaisseaux lymphatiques.

Du reste, lésions pas limitées au mésentère, mais lésions intestinales concomitantes.

Le diagnostic est impossible, il ne peut se faire qu'à l'autopsie ou sur la table d'opérations, lorsque le malade y est conduit par une des deux complications : occlusion intestinale ou infarctus.

Le traitement est celui des complications : entéroanastomose, entérostomosie, mieux, résection.

De l'amputation de cuisse dans le traitement des grands écrasements du membre inférieur avec état de shock (1), par le docteur Don Eugène Acquaviva, interne des hôpitaux de Marseille.

Voici une excellente thèse sur un sujet qui est toujours d'actualité. M. Acquaviva a profité des grands enseignements de la guerre pour nous apporter une étude très complète dont voici les conclusions :

« I. Le shock qui accompagne les grands écrasements du membre inférieur doit être considéré comme un syndrome de causes complexes : y entrent comme facteurs, le collapsus primitif par paralysie réflexe des centres bulbomédullaires et des nerfs vaso-moteurs périphériques, la perte de sang, l'intoxication par résorption des produits d'autolyse musculaire et le développement extrêmement précoce de l'infection.

II. Les effets de chacune de ces causes se succèdent plus ou moins rapidement et s'accumulent, agissant ainsi sur un organisme dont nous ignorons le plus souvent « l'état biologique » au moment de l'accident.

III. La part qui revient à chacun de ces facteurs est difficile à apprécier, d'où nécessité de tenir compte de tous dans l'établissement d'une thérapeutique

IV. Vouloir attendre la disparition du shock pour intervenir est une formule aussi absolue que de décider l'amputation immédiate.

V. Il faut instituer de toute nécessité un traitement symptomatique et pathogénique.

VI. On ne doit pas s'y attarder, et saisir le moment où l'acte chirurgical ne devra plus être différé. S'il est permis de raisonner avec des chiffres en clinique, on ne dépassera pas, lorsque l'état de shock persiste, la douzième heure qui suit le traumatisme.

VII. L'amputation se fera sous anesthésie générale à l'éther, le chloroforme et la rachianesthésie étant formellement proscrits; par un procédé rapide, la section franche en saucisson n'étant pas recommandable, elle ne sera pas suivie de suture immédiate mais de réunion secondaire au quatrième ou cinquième jour. »

(1) *Th. de Montpellier.* — Montpellier, 1922, Firmin et Montane.

Contribution à l'étude anatomique et clinique de la sténose hypertrophique du pylore chez le vieillard (1), par le docteur Jean Auneau.

Il existe chez le vieillard des hyperplasies de la région pylorique pouvant, dans certains cas, s'accompagner de rétrécissement de l'orifice gastro-duodénal.

L'autopsie permet seule de préciser les caractères anatomiques de cette sténose.

Macroscopiquement, la perméabilité du canal pylorique est très réduite et les parois sont considérablement épaissies.

Microscopiquement, l'examen histologique montre qu'il s'agit là d'un myome pur sans adjonction de phénomènes inflammatoires et sans les caractères habituels rencontrés dans la linite plastique cancéreuse de Brinton.

L'étiologie doit être celle des myomes en général. Dans les deux cas rapportés d'hyperplasie musculaire : l'un avec un syndrome de sténose, l'autre sans sténose, il ne pouvait être question de réaction inflammatoire. Un fait reste cependant à signaler, c'est la fréquence beaucoup plus grande que normalement de formations sympathiques (Lhermitte, Tassin, Cornil et Cuel), avec parfois la formation de véritables foyers de névrite (Curtis).

Cliniquement, en présence de sténose hypertrophique chez un vieillard, on pense le plus souvent à une affection cancéreuse. L'évolution plus lente, l'absence de réactions ganglionnaires permettront peut-être à des observateurs prévenus de préciser la bénignité de cette affection.

Il apparaît évidemment que la question est encore à l'étude et demande de nouvelles précisions.

Les Syphilis méconnues (2), par le docteur Paul Briquet.

Non seulement la syphilis est extrêmement fréquente et s'observe à tout âge, mais il n'est pas un point de l'organisme où elle ne puisse manifester son action, pas un symptôme morbide, pas une affection chronique qu'elle ne puisse simuler; aussi le médecin passe très souvent à côté d'elle sans s'en douter, au grand préjudice de son malade. Il convient donc de dire et de répéter :

Dans les affections chroniques les plus diverses, médicales ou chirurgicales, le médecin doit toujours penser à une syphilis possible, acquise ou héréditaire; à chaque fois qu'il a le moindre doute, son devoir est d'essayer le traitement spécifique.

(1) *Th. de Paris.* — Paris, Le François.
(2) *Th. de Lille.* — Lille, Imprimerie-librairie O. Marquant.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Il est rappelé que la Compagnie P.-L.-M. a établi un service direct de Paris à Béziers, et retour, viâ Brioude-Saint-Flour. Ce service est actuellement assuré, dans les deux sens, au moyen de deux voitures directes comportant des places de couchettes, 1re, 2e et 3e classes, avec l'horaire suivant :

Aller. — Paris P.-L.-M., dép. 20 h. 44; Clermont-Ferrand, arr. 3 h. 52; Brioude, arr. 5 h. 55; Bédarieux, arr. 14 h. 14; Lamalou-les-Bains, arr. 14 h. 48; Béziers, arr. 15 h. 23.

Retour. — Béziers, dép. 9 h. 10; Lamalou-les-Bains, dép. 9 h. 27; Bédarieux, dép 10 h. 26; Brioude, dép. 19 h. 52; Clermont-Ferrand, dép. 21 h. 55; Paris P.-L.-M., arr. 5 h. 45.

Bonnes correspondances à Béziers avec Narbonne et Perpignan.

Excursions a Fontainebleau et a Moret. — *Train spécial à prix réduits.* — Rappelons que la Compagnie P.-L.-M. mettra en marche, tous les dimanches, jusqu'au 24 septembre, un train spécial à prix réduits, 2e et 3e classes, de Paris à Fontainebleau et Moret dans les conditions suivantes :

Aller : dép. de Paris, 7 h. 30; arr. Fontainebleau 8 h. 35; Moret 8 h. 50. Retour : par tous les trains du même jour dans les conditions prévues pour les voyageurs.

Prix des billets aller et retour : de Paris à Fontainebleau, 2e cl. 11 fr., 3e cl. 7 fr.; de Paris à Moret, 2 cl. 12 fr., 3e cl. 7 fr. 50.

Nombre de places limité. Délivranee des billets : Agence P.-L.-M., 88, rue Saint-Lazare; gare de Paris P.-L.-M.; bureaux de ville de la Compagnie et principales Agences de voyages.

A la gare de Fontainebleau, le nouveau train est en correspondance directe avec les services P.-L.-M. d'autocars pour la visite de la Forêt.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES EMBOLIES PULMONAIRES[1]

III. **Les embolies capillaires.** — On oppose classiquement les embolies de cause mécanique dues à un corps inerte, et les embolies capillaires spécifiques (microbiennes ou cancéreuses).

1° Les EMBOLIES MÉCANIQUES ne provoquent de symptômes que si elles sont assez abondantes, sinon elles passent inaperçues.

a. L'*embolie graisseuse* survient le plus souvent à la suite de fractures de jambe avec fracas osseux. Elle est secondaire à la pénétration dans les veines de gouttelettes de graisse en grand nombre. Exceptionnellement, on peut voir une embolie graisseuse au cours d'une ostéomyélite, d'un diabète, d'une fièvre puerpérale, d'une éclampsie. Les embolies graisseuses ne donnent qu'exceptionnellement naissance à de grands accidents. Ce sont des phénomènes brusques : oppression, dyspnée violente avec soif d'air, expectoration abondante, signes physiques d'œdème pulmonaire qui surviennent quelque temps après le traumatisme. Le meilleur signe de l'affection est la présence de graisse dans l'urine (lipurie), où elle forme à la surface une couche blanchâtre.

Ces accidents dyspnéiques peuvent provoquer la mort en quelques heures par la réduction considérable du champ pulmonaire. Mais ils ne sont pas toujours mortels et la guérison est même la règle.

b. *L'embolie gazeuse.* — Les accidents de l'embolie gazeuse sont la conséquence de l'entrée de l'air dans les grosses veines cervicales ou axillaires au cours d'une opération sur ces régions. La disposition des aponévroses est telle qu'elles maintiennent béantes les veines après leur section, d'où l'aspiration de l'air vers le cœur. Au cours de l'opération, le chirurgien entend un sifflement qui traduit l'entrée de l'air dans la veine. Il est souvent le prélude d'accidents syncopaux ou asphyxiques, parfois rapidement mortels.

Le mécanisme de la mort est assez obscur encore. On a invoqué une syncope réflexe, la distension du cœur droit par l'air, l'obstruction de la circulation pulmonaire par les bulles gazeuses encombrant les capillaires.

2° LES EMBOLIES CAPILLAIRES SPÉCIFIQUES. — Ces embolies spéciques déterminent des lésions en rapport avec leur nature. Les symptômes apparaissent tardivement : abcès pulmonaires, gangrène, tuberculose, cancer, etc. Ce ne sont que des conséquences lointaines et indirectes du sinus embolique initial. Ces embolies capillaires peuvent être cellulaires, parasitaires ou microbiennes :

a. *Cellulaires*, elles donnent des noyaux secondaires dans le poumon, qui reproduisent la tumeur primitive (épithélioma, sarcome).

b. *Parasitaires*, elles produisent des kystes hydatiques, de l'aspergillose, de la sporotrichose.

c. *Microbiennes*, le plus souvent, il s'agit de streptocoques : par exemple, au cours de la phlébite puerpérale, de l'endocardite ulcéreuse, etc., on peut voir des abcès pulmonaires soit miliaires, soit acineux, soit lobulaires ou multilobulaires.

Les anaérobies provoquent la formation de foyers de gangrène pulmonaire.

DIAGNOSTIC. — I. **Positif.** — Pour établir le diagnostic positif, les notions étiologiques sont très importantes : rétrécissement mitral, phlébite, état puerpéral, etc. Un seul signe positif réside vraiment dans l'expectoration fractionnée, les crachats hémoptoïques. Les signes physiques manquent d'ailleurs souvent.

II. **Différentiel.** — 1. *Au début.* — Les signes fonctionnels peuvent faire croire à :

En cas de mort subite,

— à la mort subite par thrombose cardiaque,

— au coma urémique, se terminant brusquement par la mort,

— à la forme bronchoplégique de l'œdème aigu du poumon,

— à la syncope banale avec arrêt de la respiration et ralentissement du cœur,

— à l'angor pectoris : douleur précordiale, irradiations au bras gauche,

— à la rupture d'un anévrisme : signes d'hémorragie interne, mort subite chez un homme atteint d'anévrisme ancien et connu.

La FORME ASPHYXIQUE doit être différenciée du :

— *pneumothorax* : abolition des vibrations thoraciques, abolition du murmure vésiculaire, augmentation de la sonorité, tympanisme, souffle amphorique, bruit d'airain, etc.

— l'œdème aigu du poumon est caractérisé par la sonorité paradoxale, des râles sous-crépitants qui montent comme un flot montant de la base au sommet du poumon, l'expectoration saumonée, l'examen du cœur, des urines et de la pression artérielle,

— la crise d'asthme,

— les crises de dyspnée liées à une compression d'origine médiastinale (adénopathie trachéo-bronchique, asthme ganglionnaire).

La DYSPNÉE PERSISTANTE fera penser à :

— la dyspnée urémique,

— la dyspnée cardiaque, asystolique,

— la dyspnée des phtisies aiguës.

L'HÉMOPTYSIE sera à différencier de celles que l'on peut voir au cours de :

— la congestion pulmonaire,

— la pneumonie franche,

— la tuberculose pulmonaire,

— surtout le rétrécissement mitral, qui peut s'accompagner, pendant la jeunesse, d'hémoptysies fréquentes et répétées : forme hémoptoïque sans qu'il y ait d'embolies et par simple congestion pulmonaire,

— l'hémoptysie qui accompagne l'infarctus non embolique (thrombose de l'artère pulmonaire sans embolie, apoplexie pulmonaire par effraction).

III. **Diagnostic des complications.** — La PLEURÉSIE SIMPLE : mais un début brusque, une dyspnée rapide, une oppression excessive, le liquide souvent hémorragique, l'expectoration hémoptoïque feront penser à l'embolie.

L'HYDROTHORAX : la pleurésie simple des cardiaques a un début moins brusque, des signes fonctionnels moins nets ; un épanchement progressif et lent, pas d'hémoptysie.

Enfin, chez le vieillard, toutes les pleurésies, d'après Charcot, seraient liées à une embolie passée inaperçue.

IV. **Diagnostic de la cause.** — Songer toujours à un infarctus chez un cardiaque, puis chercher la phlegmatia.

Chez les femmes enceintes de cinq à six mois, il s'agit presque toujours d'un rétrécissement mitral.

Après l'avortement ou l'accouchement, penser, au contraire, à la phlébite des sinus utérins.

Enfin, lorsque la cause exacte échappe à l'observateur, on devra toujours songer à la phlébite latente à début embolique.

PRONOSTIC. — Il dépend de l'état du sujet, de son âge, de son passé pathologique.

Il dépend aussi du volume, du nombre, de la septicité, de la nature de l'embolus.

TRAITEMENT. — I. **Préventif.** — Imposer l'hygiène nécessaire aux cardiaques (Lois de Peter).

Immobiliser suffisamment longtemps les phlébites.

Prendre les précautions nécessaires au cours des opérations sur le cou ou l'aisselle, ou au cours des injections d'huile grise.

II. **Curatif.** — Succion de morceaux de glace.

Huile camphrée à haute dose.

Révulsifs locaux, oxygène sous-cutané, et même saignée, si l'asphyxie est grande et si le malade est vigoureux.

Par ailleurs, on peut conseiller l'emploi de l'ipéca, du chlorure de calcium, des hypotenseurs.

Ultérieurement, ne pas oublier de faire pratiquer l'antisepsie bucco-pharyngée et les inhalations de balsamiques (térébenthine, eucalyptus, etc.).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 60, p. 975 ; n° 62, p. 1007, et n° 65, p. 1054.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Organisation de la matière dans ses rapports avec la vie, étude d'anatomie générale et de morphologie expérimentale sur le tissu conjonctif et le nerf, par J. NAGEOTTE, professeur au Collège de France, médecin de la Salpêtrière. 1 vol. gr. in-8 de 560 pages avec 152 fig. dans le texte et 4 planches contenant 16 figures dont 14 microphotographies autochromes. — Prix : 50 fr. — Paris, F. Alcan.

Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen. II. *La région sous-thoracique de l'abdomen*, par Raymond GRÉGOIRE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux de Paris. Gr. in-8 de 192 pages, avec 60 planches noires et coloriées comprenant 76 figures. — Prix : 30 fr. — Paris 1922, J.-B. Baillière et fils.

L'Enfant et son médecin, par Albert BALL. In-8, 1922, 3e édition sur papier indien, 420 pages. — Prix : 18 fr.; cart., 20 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

La Psychoanalyse des névroses et des psychoses, ses applications médicales et extramédicales, par E. RÉGIS, professeur de clinique psychiatrique à l'Université de Bordeaux, correspondant de l'Académie de médecine, et A. HESNARD, professeur à l'Ecole de médecine navale, assistant de clinique psychiatrique à l'Université de Bordeaux. 2e édition revue et mise à jour. 1 fort vol. in-16. — Prix : 12 fr. — Paris, F. Alcan.





N° 68. — SAMEDI 2 SEPT. 1922. 95e ANNÉE. SAMEDI 2 SEPT. 1922. — N° 68

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Rouvière, chef des travaux pratiques d'anatomie, est prorogé dans ses fonctions pour cinq ans, à dater du 1er novembre 1922.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1922-1923, chefs de laboratoire :

MM. les docteurs Benzécri, clinique ophtalmologique; Béraud, clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées; Azoulay, clinique médicale; Montéro, clinique chirurgicale.

— M. le professeur agrégé Giraud est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1922-1923, d'un cours de médecine légale (chaire vacante).

M. le docteur Fuster est chargé, pour l'année scolaire 1922-1923, des fonctions d'agrégé (accouchements).

M. le docteur Montpellier est nommé, pour l'année scolaire 1922-1923, chef des travaux d'anatomie pathologique.

— Sont nommés, à partir du 1er novembre 1922, chefs de travaux :

MM. le pharmacien de 1re classe Mélis, matière médicale et botanique; le docteur Coudray, pathologie générale et microbiologie.

— M. Mélis, chef des travaux de matière médicale et botanique, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1922-1923, d'un cours de pharmacie galénique.

M. le docteur Ferrère est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1921-1922, chef du laboratoire de clinique obstétricale, en remplacement de M. Houël, appelé à d'autres fonctions.

— Lille. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1921-1923, des cours ci-après désignés :

M. le professeur agrégé Desoil, chef de travaux, zoologie médicale et pharmaceutique (pendant le congé de M. le professeur Verdun).

Cours complémentaires : MM. les professeurs Ingelrans, maladies du système nerveux; Gérard (G.), ophtalmologie; Bédart, pharmacologie; les professeurs agrégés Debeyre, chef de travaux, oto-rhino-laryngologie; Polonowski, chef de travaux, chimie analytique; Leclercq, médecine légale; Duhot, parasitologie; les docteurs Sonneville, physique; Bertin, déontologie; Caumartin, stomatologie.

— M. le professeur agrégé Gérard (G.) est chargé, pour l'année scolaire 1922-1923, d'un cours d'anatomie (chaire de M. Debierre, sénateur).

M. le docteur Cordier est chargé, pour l'année scolaire 1922-1923 : 1° des fonctions d'agrégé (anatomie); 2° des fonctions de chef des travaux d'anatomie.

— Sont nommés, pour l'année scolaire 1922-1923 :

1° Chefs de travaux : MM. Demeure, licencié ès sciences, physique médicale; les docteurs Louis, pharmacien de 1re classe, chimie minérale; Cordonnier, médecine légale.

2° Chefs de laboratoire : M. le docteurs Vullien, clinique des maladies mentales.

— Sont délégués, pour l'année scolaire 1922-1923, dans les fonctions de chefs de travaux :

MM. le professeur Bédard, physiologie; les professeurs agrégés Debeyre, histologie; Desoil, parasitologie; Pierret, bactériologie; Gérard, médecine opératoire; Pellissier, anatomie pathologique; Morvillez, pharmacie; Polonowski, chimie organique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Poitiers. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1922-1923, des fonctions de chefs de travaux :

MM. Perdoux, suppléant, médecine opératoire; Véluet, suppléant, physiologie; Boucherie, suppléant, histoire naturelle.

M. Berland, chef des travaux d'anatomie et d'histologie, est prorogé dans ses fonctions pour l'année scolaire 1922-1923.

M. Roblin, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1922-1923, d'un cours de pharmacie et matière médicale.

— Reims. — Un concours s'ouvrira le 15 novembre 1922,

devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine de Reims.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

VICTIME DE LA SCIENCE. — Nous apprenons avec peine que M. le professeur J. Bergonié (de Bordeaux) qui, avec d'Arsonval, Béclère, Tripier, fut un des premiers apôtres de l'électrologie médicale, vient de subir l'amputation du bras droit, à la suite d'une radiodermite contractée au service des malades.

Nous nous inclinons très bas devant ce glorieux blessé de la science.

LÉGION D'HONNEUR. — M. le docteur Cheinisse, de nationalité russe, qui vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur, est le brillant collaborateur de la *Presse médicale*. Il a appartenu à la rédaction de la *Gazette des hôpitaux*, puis de la *Semaine médicale*. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de nos très sincères félicitations.

OFFICE PUBLIC D'HYGIÈNE SOCIALE DE LA HAUTE-MARNE. — Un concours sur titres est ouvert à Chaumont pour la nomination d'un médecin directeur technique de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Haute-Marne. Ce praticien sera chargé spécialement du fonctionnement des dispensaires antituberculeux.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert jusqu'au 30 septembre 1922 inclus.

Les demandes accompagnées des pièces réglementaires désignées dans l'arrêté préfectoral fixant les conditions du concours seront adressées au préfet de la Haute-Marne.

Un exemplaire de cet arrêté est déposé dans les bureaux de chaque préfecture et au secrétariat de chaque faculté de médecine. Une copie en sera également adressée à tout postulant au concours qui en fera la demande au préfet de la Haute-Marne.

Pour être admis à concourir, les candidats devront avoir trente ans au moins et quarante-cinq ans au plus au 1er janvier 1922.

Le médecin désigné sera, en outre, chargé des fonctions d'inspecteur départemental d'hygiène publique.

Le traitement de début est fixé à 18 000 francs.

Les dates des épreuves orales pour les candidats qui doivent les subir à Brest et Rochefort seront indiquées ultérieurement.

Xe CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — A ce Congrès, dont nous sommes heureux de rappeler le succès, il est intéressant de constater le nombre élevé des médecins espagnols qui y assistèrent et y firent des communications remarquées.

Ce n'est pas moins de 38 médecins qui vinrent de Madrid, Barcelone, Bilbao, Burgos, Valence, Malaga, Murcie, Saragosse, Gigon, Santander, Oviedo, Saint-Sébastien.

MARINE. — Liste alphabétique et par centre d'examen des candidats admis à subir les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole principale du Service de santé de la marine en 1922 :

Epreuves orales a Toulon. — *Ligne médicale.* — Candidats à quatre inscriptions (ancien et nouveau régime) : MM. Andréa, Baccialone, Badelon, Bertrou, Candille, Coupiny, Freyche, Janand, Lanzalavi, Long, Maziol, Nicolas, Passerieux, Perget, Roudil, Trial.

Candidats à huit inscriptions (ancien et nouveau régime) : MM. Gabert, Sacaze, Verdot.

Candidats à douze inscriptions (nouveau et ancien régime) et seize inscriptions (nouveau régime) : MM. Austry, Bonnet (Marie), Brun, Renucci (Xavier).

Ligne pharmaceutique. — Candidats munis de la validation de stage : MM. Boneil, Dutard, Faure, Henry.

Candidat à quatre inscriptions : M. Reydet.

Epreuves orales a Brest. — *Ligne médicale.* — Candidats à quatre inscriptions (ancien et nouveau régime) : MM. Besson, Bigot, Blocquax, Bonnet (René), Bossard, Buquet, Caer, Courtier, Gatineau, Goas, Gourmelon, Grinsard, Guitton, Hochstetter, Jaffry, Kervingant, Labbé, Lajat, Le Bouar, Le Meur, Lepeuple, Le Tallec, Morvan (François), Morvan (Henri), Palud, Planchard, Sevellec, Strowski de Lença, Talec.

Candidats à huit inscriptions (ancien et nouveau régime) : MM. Beaufils, Josse.

Ligne pharmaceutique. — Candidats munis de la validation de stage : MM. Cornec, Huitric, Le Gousse, Le Moult, Provost, Quere, Vincent.

Epreuves orales a Rochefort. — *Ligne médicale.* — Candidats à quatre inscriptions (ancien et nouveau régime) : MM. Alain, Balzeau, Berge, Bonnetblanc, Bordes, Busy, Cabiran, Coussin, Durand, Ecarlat, Giraud, Gruvel, Herment, Labarthe, Lafleur, Laurore, Mondain, Moreau (Ch.), Moreau (P.), Mounot, Payard, Pieri, Renaud, Sainz, Valle, Verliac, Vialard-Goudou.

Candidats à huit inscriptions (ancien et nouveau régime) : MM. Fazeuilles, Fonteneau, Fougerat, Marion, Prades, Rocca.

Candidats à douze inscriptions (nouveau et ancien régime) et seize inscriptions (nouveau régime) : MM. Clarin, Dufilho.

Ligne pharmaceutique. — Candidats munis de la validation de stage : MM. Audebert, Bonnet (Pierre), Rambaud.

Les épreuves orales auront lieu successivement à Toulon, Brest et Rochefort.

Les candidats (médecins et pharmaciens) qui doivent les subir à Toulon devront être rendus dans ce port le lundi 4 septembre 1922 et se présenter, à huit heures, au directeur du Service de santé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile Sergent, professeur de clinique médicale propédeutique, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. Ribadeau-Dumas, médecin de la Maternité; L. Babonneix, médecin de l'hôpital de la Charité. Tome X : **Sang, Organes hématopoiétiques, Rate. Os**, par MM. le professeur Bezançon, L. Le Sourd, Agasse-Lafont, Pagniez, Hazard, Sainton, Apert. In-8, 1922, 67 figures, 4 planches en couleurs. — Prix : 25 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

L'Enfant et son médecin, par Albert Ball. In-8, 1922, 3e édition sur papier indien, 420 pages. — Prix : 18 fr.; cart., 20 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

La Psychoanalyse des névroses et des psychoses, ses applications médicales et extramédicales, par E. Régis, professeur de clinique psychiatrique à l'Université de Bordeaux, correspondant de l'Académie de médecine, et A. Hesnard, professeur à l'Ecole de médecine navale, assistant de clinique psychiatrique à l'Université de Bordeaux. 2e édition revue et mise à jour. 1 fort vol. in-16. — Prix : 12 fr. — Paris, F. Alcan.

Essai sur l'origine des cancers et tumeurs, par le docteur Joseph Stéfani. 1 vol. de 212 p. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Manuel d'éducation prophylactique contre les maladies vénériennes, publié sous la direction de MM. les docteurs Queyrat et Sicard de Plauzoles. In-8, 1922. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Au lit du tuberculeux. Des animaux réfractaires à l'homme. Méthode d'immunisation artificielle, par Fernand Barbary, directeur du Dispensaire d'hygiène sociale de la Société de secours aux blessés à Nice. In-8 écu, 2 planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

REVUE GÉNÉRALE

LES SYNDROMES HYPOPHYSAIRES

ÉTAT ACTUEL DE LA QUESTION

Par M. J. FROMENT,
Professeur agrégé,
Médecin des hôpitaux de Lyon.

La discussion récente de la Société de neurologie (1) marque une nouvelle phase dans l'étude des syndromes hypophysaires.

Celle-ci commence en 1823 avec le travail de Rayer qui attire l'attention sur quelques symptômes associés aux tumeurs de l'hypophyse : la cécité progressive, la céphalée, l'hypersomnie. Mais jusqu'aux mémoires de P. Marie (1886-1891) qui décrit l'acromégalie et la rattache aux tumeurs de l'hypophyse la question fait peu de progrès.

Par contre de 1891 à 1895, Cunningham, Dana, Woods Hutchinson, Tamburini et surtout Brissaud et H. Meige établissent le rôle de l'hypophyse dans la pathogénie du gigantisme, rôle que, dans leur étude biologique des géants, Launois et Roy mettent définitivement hors de doute. De 1899 à 1901, Pechkranz, Babinski puis Fröhlich donnent la description du syndrome que plus tard Bartels, Launois et Cléret désigneront sous le nom de dystrophie adiposo-génitale; ils montrent qu'il est aussi sous la dépendance des lésions de l'hypophyse. De 1891, date du mémoire de Paltauf consacré à l'étude d'un squelette de nain présentant un notable élargissement de la selle turcique, à la publication de l'observation anatomo-clinique de Souques et Chauvet, la question de l'infantilisme hypophysaire avec arrêt de croissance se constitue peu à peu.

Le diabète insipide, à la suite des expériences de Schæffer et surtout du mémoire de Franck (1912), est lui aussi regardé comme un syndrome hypophysaire et cette manière de voir paraît trouver une confirmation éclatante dans les constatations cliniques de Farini, von den Velden, Römer, Lereboullet qui montrent l'action frénatrice remarquable qu'exerce sur cette polyurie l'extrait de lobe postérieur. Enfin Simmonds en 1916 montre que certains états de cachexie progressive peuvent être liés à la destruction de l'hypophyse et les désigne sous le nom de cachexie hypophyséoprive.

Ainsi cet « appendice sus-sphénoïdal » qui, il y a quarante ans à peine, était considéré par les physiologistes comme une formation rudimentaire n'ayant qu'un intérêt morphologique, devenait une des glandes endocrines les plus importantes, excitant et réglant la croissance, le développement sexuel, le métabolisme des hydrates de carbone, la diurèse, en un mot un puissant animateur. Le livre de Cushing si riche en faits cliniques et expérimentaux marque en quelque sorte l'acmé de cette courbe ascendante, jalonnée par une telle profusion de travaux et de publications de tous ordres que le dénombrement complet en est déjà à peu près impossible.

Mais voici qu'après avoir connu une fortune si rapide qu'elle est sans précédent, l'hypophyse se voit contester une partie importante du domaine qui lui avait été attribué. Camus et Roussy, reprenant les critiques qu'avaient déjà formulées Lœb, Aschner, Erdheim et les étayant sur de nouveaux faits expérimentaux, prétendent déposséder l'hypophyse de plusieurs fonctions qui lui étaient attribuées par les classiques et rattachent à la base du cerveau la plupart des syndromes hypophysaires, qui deviendraient dès lors des syndromes tubériens.

En présence de telles divergences il convenait de reprendre l'étude des syndromes hypophysaires et de soumettre à une critique attentive toutes les notions que nous possédons à cet égard et qui ne sont pas toutes, il faut le reconnaître, d'égale valeur. C'est le travail que vient d'amorcer la Société de neurologie de Paris en mettant cette question à l'ordre du jour de la *IIIe Réunion neurologique annuelle internationale*. Les rapports avaient été confiés : à J. Camus et G. Roussy pour l'anatomie et la physiologie pathologique, à J. Froment pour la partie clinique et thérapeutique, à Harvey Cushing pour la partie chirurgicale.

* * *

Le rapport de MM. Camus et Roussy exposa les résultats de leurs expériences physiologiques et l'état de nos connaissances sur les noyaux du tuber cinereum. Sans nous arrêter à la description même de ces noyaux qui reproduit les conclusions des travaux de Spiegel et Zweig, ni aux questions de technique expérimentale, nous nous bornerons à résumer les principaux faits qui se dégagent de ce rapport.

Tandis que pour Paulesco, Cushing, Biedl, l'hypophyse est un organe nécessaire à la vie, les rapporteurs sont, comme Aschner, d'un avis opposé : dans un grand nombre de cas ils ont pu conserver des chiens privés complètement d'hypophyse (mais chez lesquels, il est vrai, pouvait subsister du tissu hypophysaire adhérent). Lorsque la mort survint après ablation totale, elle pouvait être mise sur le compte d'une méningite, d'une hémorragie ou d'une lésion étendue du IIIe ventricule.

L'ablation de l'hypophyse quand elle est faite sans léser la base du cerveau ne déterminerait pas non plus chez le chien d'atrophie des organes génitaux, ni de diminution de l'activité génitale. Ces troubles ont été observés au contraire après lésion expérimentale de la base du cerveau. Dans le même cas ces auteurs ont vu parfois les animaux augmenter de poids par surcharge graisseuse.

La polyurie passagère que l'on observe fréquemment après hypophysectomie serait également due à une lésion superficielle de la base du cerveau dans la région opto-striée atteignant les noyaux propres du tuber cinereum. Après ablation préalable de l'hypophyse on peut encore, en piquant cette région, faire apparaître une polyurie abondante, du moins chez le chien adulte, car elle ne se produit pas chez le jeune chien. La polyurie permanente paraît sous la dépendance de lésions médianes intéressant symétriquement la partie la plus interne des noyaux du tuber.

Quant aux autres troubles dits hypophysaires, il n'en est qu'indirectement question dans le rapport de Camus et Roussy : ils n'ont pu réaliser chez le chien ou le chat qu'une glycosurie inconstante et d'ailleurs fugace; ils n'ont pas eu en main les

(1) *IIIe Réunion neurologique internationale*. Paris, mai 1922. Pour la bibliographie antérieure à la IIIe Réunion neurologique internationale, consulter : M. F. Carrieu. Syndromes hypophysaires, Rev. gén., in *Gaz. des hôpit.*, 1922, p. 405 et 437. (*N. d. l. r.*)

éléments suffisants pour adopter des conclusions fermes relatives au développement du squelette.

Ajoutons qu'ils se sont élevés contre les arguments tirés de l'opothérapie, mais ont constaté que, dans le diabète insipide expérimental, la première phase passée, les extraits hypophysaires étaient susceptibles de baisser transitoirement le taux des urines.

Les conclusions du rapport de Camus et Roussy sont les suivantes : le syndrome polyurique et le syndrome adiposo-génital seraient en réalité des syndromes infundibulo-tubériens; pour le syndrome glycosurique, il en serait vraisemblablement de même.

En ce qui concerne l'acromégalie, il existe de notables divergences de vues entre les deux co-rapporteurs. Camus met en doute sa nature hypophysaire en faisant observer d'une part que les manifestations qui l'accompagnent souvent (glycosurie, polyurie, obésité, atrophie génitale), peuvent être reproduites par lésion cérébrale et, d'autre part, qu'il existe des cas de déformations osseuses d'allure acromégalique sans tumeur de l'hypophyse. Roussy admet au contraire que l'acromégalie et le gigantisme restent des syndromes hypophysaires incontestés. L'acromégalie serait, d'après lui, sous la dépendance d'un hyperfonctionnement de l'hypophyse, hyperfonctionnement vicié par le néoplasme. S'appuyant sur l'examen en coupes sériées de quatre cas, il admet que l'absence d'acromégalie dans de nombreux cas de tumeur de l'hypophyse tient à la présence, à la périphérie de ces tumeurs, de tissu hypophysaire sain en état d'hyperplasie.

* * *

Le deuxième rapport (J. Froment) est consacré à **l'étude critique des faits anatomo-cliniques et des données actuelles de la thérapeutique**, question chirurgicale exceptée. Il se défend de soutenir aucune thèse et expose le problème dans toute sa complexité. Il serait d'ailleurs prématuré de trancher le débat qui vient d'être ouvert sur le rôle et l'importance respective de l'hypophyse et du tuber cinereum dans la genèse des accidents que déterminent les lésions de la région hypophysaire.

On ne doit pas, ainsi qu'on le demandait, retourner à l'avenir le problème et après avoir, sans doute, un peu trop attribué à l'hypophyse, se borner à attendre que dans chaque cas de syndrome dit hypophysaire, on fasse la preuve de l'intégrité du tuber cinereum. On doit, pour serrer le problème de plus près, tenir compte à la fois, à l'avenir, des lésions de l'hypophyse et de celles du tuber cinereum.

Il ne faudrait pas que l'amélioration des techniques portant sur l'examen des centres nerveux de la base, détournât d'un examen attentif et minutieux de l'hypophyse. Voici déjà que M. Percival-Bailey fait un peu trop rapidement, à notre gré, le procès du travail de Stewart publié dans les *Archives de morphologie* et consacré à l'étude des processus de sécrétion de l'hypophyse, travail d'un technicien qui mérite de retenir l'attention des histologistes. Il lui conteste le droit de parler de sécrétion de l'hypophyse et de ce chef n'hésite pas à le qualifier de métaphysicien ! Un pareil état d'esprit constituerait-il un progrès ?

Pour que l'on soit en mesure de déterminer quelle est la signification exacte des lésions constatées, il ne faut pas se borner à pratiquer des examens comparés en coupes sériées de l'hypophyse et du tuber cinereum dans les cas de syndromes dits hypophysaires, mais encore dans de nombreux cas témoins, ce qui n'a pas encore été fait.

On doit enfin ne pas oublier que l'absence d'altérations décelables par les méthodes histopathologiques actuelles ne permet nullement de conclure à l'intégrité fonctionnelle de l'hypophyse. Tous les histologistes ne sont-ils pas d'accord pour affirmer que l'histophysiologie normale de cet organe est encore trop mal connue pour que l'on puisse être aussi catégorique.

De longues et patientes recherches de contrôle portant à la fois sur des sujets atteints de troubles dits hypohysaires et sur des témoins normaux ou atteints d'affections les plus variées sont d'autre part nécessaires pour qu'on puisse déterminer la valeur exacte des *tests biologiques*. En effet, si l'on tient compte des réserves formulées par Gley, Lewandowsky, Biedl et Swale Vincent, sur la valeur des résultats physiologiques obtenus avec les extraits d'organe, on ne peut leur attribuer la signification d'une vérification physiologique, mettant une observation à l'abri de toute contestation. Il faut y voir avec H. Claude, de simples épreuves cliniques n'ayant qu'une valeur relative et comparée.

Ces épreuves comportent d'ailleurs des causes d'erreur sur lesquelles on n'a pas encore suffisamment attiré l'attention. J. Froment et J. Barbier ont montré par exemple que l'hypotension observée dans l'épreuve de Claude après injection d'extrait délipoïdé de lobe postérieur ne dépasse pas la marge des variations normales et en quelque sorte physiologiques. En effet, on observe souvent des variations de même sens et de même amplitude au cours d'une épreuve témoin dite « à blanc », pendant laquelle on se borne à prendre la pression de cinq en cinq minutes pendant l'heure qui suit la pose du brassard, après avoir ou non pratiqué une injection de 2 centimètres cubes de sérum artificiel.

Il ne peut être question de résumer, point par point, notre rapport déjà très concis, de reproduire, par exemple, la critique des observations publiées d'acromégalie partielle, d'acromégalie dite congénitale, d'acromégalie précoce, d'acromégalie sans tumeur de l'hypophyse. Parmi les faits qu'il s'est efforcé de mettre en évidence, signalons seulement les suivants.

L'*acromégalie* peut débuter avant quinze ans, sans qu'il y ait soudure précoce des cartilages de conjugaison et même sans qu'il y ait accroissement excessif de la taille, ainsi que le montrent en particulier les observations de Babonneix et Paisseau, de Matassaru.

Si étroits que soient les liens de parenté entre le gigantisme et l'acromégalie, il paraît bien difficile d'admettre qu'il s'agisse d'une seule et même affection dont les modalités seraient contingentes et ne tiendraient qu'à l'âge où les troubles ont apparu. L'aphorisme de Brissaud et H. Meige, exact pour la majorité des cas, comporte quelques exceptions.

Ce n'est pas dans la persistance de zones indemnes ou hyperplasiées, mais bien dans la nature même de la tumeur qu'il faut chercher l'explication des cas de tumeur de l'hypophyse sans acromégalie. En effet, une grande partie de cet organe était respec-

tée dans l'observation, rapportée par Presbeanu, concernant une acromégalie des plus typiques qui figure dans l'iconographie de la Sémiologie de Déjerine et dont l'hypophyse fut examinée hystologiquement par Thaon.

En ce qui concerne le *diabète sucré*, il faut signaler le fait suivant dont l'importance ne doit pas être méconnue : tous les cas de diabète sucré dit hypophysaire, qui ont été publiés, se rattachaient à des lésions ou à des tumeurs atteignant l'hypophyse elle-même. Les tumeurs juxta-hypophysaires plus que toutes autres, susceptibles de comprimer de manière précoce le tuber cinereum, ne paraissent pas, à en juger par les cas qui ont été jusqu'ici publiés, susceptibles de s'accompaguer de glycosurie : ce qui ne plaide guère en faveur de la pathogénie tubérienne de ce syndrome.

Pour ce qui regarde le *diabète insipide*, il ne peut être question bien entendu d'opposer les résultats thérapeutiques aux résultats des expériences très intéressantes et, semble-t-il, très démonstratives qui viennent d'être relatées. Mais il faut, bon gré mal gré, tenir compte des uns et des autres, quelque difficulté, quelque impossibilité qu'il puisse y avoir à les concilier dans l'état actuel de nos connaissances. L'efficacité de l'extrait de lobe postérieur dans le traitement d'un certain nombre de cas de diabète insipide est un fait qu'on ne peut nier et dont il nous paraît difficile de méconnaître l'importance. Sans doute, l'épreuve thérapeutique n'est pas positive dans tous les cas. Mais n'acquiert-elle pas de ce chef plus de valeur et d'intérêt ? Quoi qu'il en soit, il est certain qu'aucun autre extrait d'organe (Bab n'en a pas expérimenté moins de 15) n'exerce une action comparable. Il reste à rechercher si le degré de réduction des urines, la possibilité d'obtenir indéfiniment ou non avec les mêmes doses, les mêmes résultats, ce qui n'est pas toujours le cas, ne permet pas de distinguer divers groupes de diabète insipide dont le mécanisme pathogénique pourrait être plus ou moins différent.

Quant à la question des résultats obtenus par l'*opothérapie*, en dehors du diabète insipide, ils ont été rarement d'une très grande netteté et appellent confirmation. Quelques-uns incitent toutefois à poursuivre ces recherches sans idées préconçues. N'a-t-on pas vu la taille s'accroître dans un cas d'infantilisme (Lereboullet), l'impuissance disparaître, après une longue période de suppression de l'instinct sexuel, une obésité diminuer de 50 livres (Roblee), les règles reparaître, par deux fois, chez la même malade, après une longue période d'aménorrhée et chaque fois en coïncidence avec l'institution et la reprise de l'opothérapie (Lisser).

Mais à l'avenir, il faudra dans les effets de la médication hypophysaire chercher, ainsi que nous l'avons demandé, à faire la part de ce qui est *action opothérapique* proprement dite et de ce qui n'est qu'*action toxico-dynamique*. Les extraits hypophysaires utilisés en thérapeutique contiennent, en effet, en proportion notable de l'histamine dont la présence dans la glande fraîche n'est pas certaine. Cette base aminée, qui n'a peut-être ici que la signification d'un produit de désintégration, n'est pas un élément négligeable, puisque c'est un des principes actifs de l'ergot de seigle. C'est, sans doute, à des éléments de cet ordre qu'il faut attribuer les accidents toxiques qui ont été observés à la suite d'administration d'extraits hypophysaires. Peut-être faut-il encore mettre sur leur compte certains des effets thérapeutiques de ces extraits qui ont été, d'ailleurs, utilisés parfois à dose colossale, eu égard à la sécrétion normale de l'hypophyse. D'autres effets, tels que plusieurs de ceux qui ont été mentionnés plus haut paraissent bien, par contre, dépendre d'une action opothérapique proprement dite.

L'opothérapie hypophysaire, tout comme les autres questions concernant les syndromes hypophysaires, doit être à l'avenir étudiée dans un esprit beaucoup plus critique. Bien des points restent encore à élucider à cet égard. Les différents extraits utilisés en clinique sont loin d'être équivalents : ils diffèrent beaucoup tant par leur dosage, que par leur plus ou moins grande activité. Et il n'est pas exagéré de dire que nous ignorons encore à peu près tout de la posologie de ces produits.

*
* *

Le rapport du professeur Harvey Cushing est resté strictement cantonné à la question du **traitement chirurgical des tumeurs de l'hypophyse.** Il était basé sur 210 observations personnelles de tumeurs vérifiées en cours d'intervention ou par autopsie. Celles-ci se répartissent en 3 groupes : adénomes pituitaires (154 cas); tumeurs congénitales de la poche pharyngienne (35 cas); tumeurs supra-sellaires non hypophysaires (20 cas). Elles représentent d'après la statistique de l'auteur 20 p. 100 des tumeurs cérébrales. La mortalité opératoire globale est de 10 p. 100.

Les tumeurs intra-sellaires doivent être de préférence attaquées par la voie transphénoïdale. Sur 154 cas opérés par cette voie avec extirpation plus ou moins complète il y eut 50 p. 100 d'amélioration marquée, 20 p. 100 d'amélioration légère et 8 p. 100 de mortalité.

La voie d'approche des tumeurs supra-sellaires est par contre la voie transfrontale. Si la tumeur est petite, elle peut être extirpée complètement sans léser le chiasma. Sur 27 cas de tumeurs de la poche pharyngienne opérés, il y eut 11 résultats très favorables.

Mais il faut renoncer à donner une idée de ce remarquable rapport illustré de nombreuses projections, complément et mise à jour du très beau livre *The Pituitary and its disorders* paru en 1912.

*
* *

Aux trois rapports précédents venaient s'ajouter deux conférences destinées à les compléter.

L'étude des **troubles visuels dans les syndromes hypophysaires** fut présentée par M. Velter. Il insista sur leur fréquence et leur précocité.

Rappelons brièvement en quoi ces troubles consistent : hémianopsie bitemporale avec déficit généralement asymétrique des champs visuels, parfois réduit à la vision des couleurs, avec discordance entre les troubles fonctionnels et les lésions constatées à l'hophtalmoscope (celui-ci ne montre souvent que la décoloration de la papille du côté temporal); exceptionnellement (15 p. 100 des cas) stase papillaire.

Un exposé de la **technique, des résultats et des**

indications de la radiothérapie dans les tumeurs de la région hypophysaire fut fait par M. BÉCLÈRE, qui peu après que Gramegna l'eut appliqué par voie buccale avec un demi-succès, préconisa la voie fronto-temporale avec multiplication des portes d'entrée, méthode à laquelle on doit des résultats dignes de retenir l'attention. Le nombre des cas traités la plupart avec succès s'élève à une quarantaine. L'amélioration porte surtout sur les symptômes de compression mais on a pu observer encore la disparition de la glycosurie, l'amélioration des fonctions génitales, la disparition de l'asthénie, l'arrêt de développement du gigantisme et de l'acromégalie. L'amélioration ainsi obtenue peut être durable, puisqu'elle se maintient encore intégralement dans le cas princeps de M. Béclère (traitement institué en décembre 1908), ainsi que dans un cas de Perthes, Fleischer et Jungling (traitement institué en mai 1918).

*
* *

Les communications de MM. SOUQUES, MOUQUIN et WALTER; de Ch. FOIX (tumeur de l'hypophyse avec syndrome de la paroi externe du sinus caverneux); de SAINTON et SCHULMANN (étude anatomique du cas publié par de Lapersonne et Cantonnet, concernant une tumeur de l'hypophyse avec hémianopsie latérale homonyme datant de quatorze ans); de GAUDUCHOT vinrent s'ajouter aux faits groupés et étudiés par M. Béclère et par nous-même, montrant l'efficacité indiscutable et parfois remarquable de la **radiothérapie dans le traitement des tumeurs de l'hypophyse**.

D'autres observations en grand nombre ont été versées au débat; malheureusement le cadre de cette étude ne nous permet de mentionner que celles qui nous ont paru les plus significatives.

L'observation de M. CATOLA et celle de M. BELARMINO RODRIGEZ viennent s'ajouter aux cas d'**acromégalie précoce** que nous avons signalés. Ainsi qu'on l'observe le plus souvent alors, il y a en même temps hypercroissance. Si dans la deuxième observation l'examen des cartilages de conjugaison fait défaut, la radiographie montra que dans la première ils n'étaient pas soudés.

L'acromégalie peut donc, ainsi que nous l'avions indiqué, débuter avant quinze ans, sans qu'il y ait soudure des cartilages épiphysaires. L'existence de tels cas, relativement exceptionnels ne doit pas toutefois faire oublier l'importance des acquisitions que dans la question de l'acromégalo-gigantisme on doit aux travaux de Brissaud et H. Meige.

Bornons-nous à signaler l'étude de MM. BOUTTIER et MESTREZAT sur le métabolisme urinaire dans un cas d'acromégalie; celle de M. BOSCHI relative aux rapports existant entre la petite pathologie hypophysaire et la constitution morphologique individuelle; celle de M. Leopold LÉVI sur les poussées paroxystiques d'hyperhypophysie se produisant sous l'influence de causes physiologiques telles que la croissance, la gestation, la menstruation; celle de MM. SAINTON et Noël PERRON, concernant un syndrome pluriglandulaire à symptomatologie complexe d'interprétation difficile. Quant au néologisme de M. Leopold Lévi, qui désigne sous le nom de Pierre-Marisme les formes frustes ou ébauchées d'acromégalie, il nous paraît critiquable à tous égards. Ce n'est pas à ces faits dont la nature hypophysaire est, nous l'avons montré, des plus contestables, mais bien aux cas d'acromégalies authentiques qu'il faut, ainsi que le faisait remarquer M. Meige, attacher le nom de Pierre Marie.

L'infantilisme hypophysaire, qu'il conviendrait de désigner sous le nom d'infantilisme type Souques et non, ainsi qu'on le fait le plus souvent, sous le nom d'infantilisme type Lorain ou type Lorain-Lévy, n'a pas été mis directement en cause, au cours de la discussion. La compression de l'hypophyse et de la tige pituitaire observée dans les cas antérieurs de Vigouroux et Delmas, de Lereboullet, Mouzon et Cathala, ne permet pas, en l'absence même de lésion histologique notable, d'exclure la possibilité de troubles de la sécrétion hypophysaire, ainsi que l'ont fait observer M. Souques et nous-même.

Reste la question du **nanisme hypophysaire** abordée par M. LERI. Il est regrettable que dans le cas qu'il a rapporté, la radiographie des cartilages de conjugaison n'ait pu être faite. Il convient en tout cas de bien spécifier que seuls les cas de nanisme sans retard du développement sexuel et sans retard de la soudure des cartilages épiphysaires peuvent être détachés du cadre de l'infantilisme. Or en fait, ainsi que nous l'avons remarqué et que l'avait aussi noté Knud H. Krabbe, la presque totalité des cas qui ont été jusqu'ici publiés sous le nom de nanisme type Paltauf s'accompagnaient de tels retards du développement et se rattachaient en fait à l'infantilisme. Il n'y a pas, en effet, nécessairement dans ce dernier cas persistance de tous les caractères morphologiques de l'enfance, mais parfois seulement de quelques-uns.

A cette question des troubles du développement se rattachait encore une remarquable étude critique de KNUD H. KRABBE sur la **puberté précoce et ses rapports avec les lésions de l'épiphyse** qui, d'après Marburg, les tiendrait sous leur dépendance. Dans la majorité des cas publiés depuis les premiers, les faits relatés par Henrot (1883), Gutzeit (1896), Oestreich et Slawyk (1899), il s'agissait de tératomes de l'épiphyse, c'est-à-dire de tumeurs ne secrétant pas de substance correspondant à la secrétion normale de cet organe, ce qui exclut l'hypothèse de l'hyperpinéalisme. Il ne s'agit pas non plus d'hypopinéalisme puisque dans neuf cas de tumeurs détruisant le corps pinéal observées chez l'enfant, on n'a pas constaté de puberté précoce.

Il faut ajouter que dans les cas de puberté précoce liée au développement de tératomes épiphysaires, la tumeur ne se bornait pas à détruire l'épiphyse mais atteignait encore les tubercules quadrijumeaux, la commissure postérieure, la commissura habenularum, le ganglion de l'habenula et en partie aussi le thalamus; elle se compliquait, en outre, d'hydrocéphalie. D'ailleurs, on ne doit pas l'oublier, un tératome implique l'existence de malformations de l'embryon d'où peuvent résulter directement les troubles du développement visés.

L'ablation expérimentale de l'épiphyse a donné entre les mains de Foa et Sarteschi, de Christea, d'Horrax, d'Exner et Bœse, de Biedl, de Dandy des résultats contradictoires et le plus souvent négatifs. Dans l'interprétation des effets de l'ingestion et l'injection d'extrait, on n'a pas tenu compte de

l'action qui pourrait résulter de l'acide nucléinique que ces extraits contiennent en quantité notable.

Pour toutes ces raisons Knud H. Krabbe estime que la puberté précoce ne doit pas être considérée comme un syndrome épiphysaire dans le sens où l'on regarde l'infantilisme et la dystrophie adiposo-génitale comme des syndromes hypophysaires.

L'observation anatomo-clinique de **diabète sucré** rapportée par MM. Lhermitte et Rœder doit retenir l'attention. Il s'agit d'un sujet âgé chez lequel l'autopsie décela des lésions complexes : d'une part un foyer dans la région sous-optique droite détruisant des faisceaux de projection striée et déterminant des lésions profondes du tuber cinereum ; d'autre part, une tumeur de la tige pituitaire.

Ainsi que nous l'avons déjà dit les tumeurs extra-sellaires non développés aux dépens de l'hypophyse elle-même ne paraissent pas, à en juger par les cas jusqu'ici publiés, susceptibles de déterminer de la glycosurie. Ce cas s'inscrirait-il en faux contre cette règle ?

Bien au contraire, car s'il s'agit là d'une tumeur extra-sellaire, celle-ci, ainsi que le montre l'examen histologique, s'est néanmoins développée aux dépens du lobe nerveux de l'hypophyse qui, par suite, d'une malformation de cet organe, occupe lui-même une situation extrasellaire. Restent les lésions du tuber cinereum qui ont été notées dans ce cas. Sans en méconnaître l'importance, on est bien en droit de rappeler que MM. Camus et Roussy n'ont pu par lésion expérimentale du tuber déterminer que des glycosuries inconstantes et des plus fugaces !

Pour ce qui concerne la **dystrophie adiposo-génitale** dont le Bacchus de Rubens du musée de l'Ermitage, nous le montrions, donne une représentation remarquablement exacte, il faut signaler l'observation de M. Demole. Elle établit indiscutablement que ce syndrome peut être réalisé, dans certains cas, par des lésions testiculaires avec intégrité de l'hypophyse et du tuber cinereum.

Les faits expérimentaux relatés par MM. Percival-Bailey et Bremer doivent tout particulièrement retenir l'attention. Par piqûre médiane de la base du cerveau réalisant une lésion bilatérale du tuber cinereum, ces auteurs ont déterminé de l'atrophie génitale et de l'obésité associée à un diabète insipide permanent; l'atrophie génitale ne peut être ainsi réalisée que chez les animaux homéothermes. Ces auteurs admettent l'existence de centres nerveux, réglant le métabolisme basal qui seraient situés au voisinage de ceux qui régleraient l'élimination aqueuse. Quant aux troubles génitaux, ils seraient sous la dépendance du retentissement des troubles du métabolisme sur les cellules reproductrices très fragiles.

Les communications concernant le **diabète insipide** furent particulièrement nombreuses. Aucun fait anatomique nouveau avec examen comparé en coupes sériées de l'hypophyse et de tuber cinereum, ne fut toutefois apporté. Nous ne possédons à cet égard que deux observations, l'une de Lhermitte qui paraît, il faut le reconnaître vraiment démonstrative en faveur de la pathogénie tubérale, l'autre de Camus, Roussy et Legrand dont on ne peut vraiment pas tenir compte, car, à côté des lésions discrètes du tuber cinereum, il y a abcès de l'hypophyse, avec destruction si complète de cet organe que l'on n'en trouve plus trace, même histologiquement.

Il faut mentionner enfin le cas de Ch. Foix, Alajouanine et Dauphin, de diabète insipide syphilitique, hémianopsie bitemporale et narcolepsie avec la curieuse dissociation réalisée par le traitement antisyphilitique qui fit disparaître tous ces troubles, à l'exception du diabète insipide lui-même, dû sans doute à une lésion destructive.

L'action des extraits hypophysaires sur la diurèse a été étudiée par MM. Souques, Alajouanine et Lermoyez ; Beco ; Garnier et Schulmann, Lhermitte ; Foix et Thévenard ; Gilbert, Maurice Villaret et Saint-Girons. Il résulte des remarques qui ont été faites à cet égard que l'extrait du lobe postérieur détermine une oligurie qui, en dehors des cas de diabète insipide, se manifeste encore à l'état normal, surtout après polyurie expérimentale, ainsi que dans la polyurie du brightique (Lhermitte). Dans l'impossibilité où l'on est d'isoler effectivement la pars intermedia et la pars nervosa, on ne peut déterminer exactement (Souques) quelle est celle de ces deux parties du lobe postérieur qui exerce cet effet.

Il paraît également impossible, ajouterons-nous, de dire actuellement, avec certitude, s'il s'agit d'une action opothérapique proprement dite ou d'une simple action médicamenteuse, toxico-dynamique. Mais, quoi qu'il en soit, on ne peut méconnaître qu'aucun autre extrait, aucun autre médicament, aucun autre traitement, sauf parfois la ponction lombaire, ne peut encore dans le traitement du diabète insipide rivaliser avec l'extrait du lobe postérieur.

*
* *

Tel est l'état actuel de la question des syndromes hypophysaires. On peut dire que le problème est actuellement mieux posé que par le passé, puisqu'on ne tenait pas suffisamment compte d'une cause d'erreur dont l'importance peut être grande, l'intervention possible des centres nerveux de la base, dans la genèse des troubles liés aux diverses lésions de l'hypophyse et de la région hypophysaire. Mais, si le problème est actuellement bien posé, si l'on en peut indiquer les principales données, il est loin d'être résolu.

Le diabète insipide mis à part il n'apparaît pas que l'on soit encore en droit de déposséder l'hypophyse. Et si l'on admet que l'hypophyse n'est pour rien dans la production du diabète insipide, il reste encore à expliquer à quoi tient l'action du singulier remède que constitue l'extrait du lobe postérieur.

A l'avenir, chaque cas devra être étudié minutieusement du point de vue hypophysaire et du point de vue tubéral, mais il faut bien se garder d'adopter, jusqu'à plus ample informé, l'un de ces deux points de vue à l'exclusion de l'autre et de conclure prématurément.

Les lois de la cicatrisation des plaies cutanées, par Auguste Lumière, correspondant national de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 de 122 pages, avec 25 figures dans le texte. — Prix : 8 fr. — Paris, G. Doin.

FRACTURE ISOLÉE DE LA CUPULE RADIALE

Par A. MOUCHET,
Chargé de cours à la Faculté de médecine de Constantinople,
et G. CHAUMET,
Assistant de radiologie au Val-de-Grâce.

Dans le *Journal de radiologie et d'électrologie* (février 1922, p. 68), L.-Jh. Colaneri et Delay ont publié un cas de fracture isolée de la cupule radiale.

Voici deux radiographies mettant en évidence une lésion semblable. Dans le premier cas, il s'agit d'un





homme de vingt-trois ans, envoyé en consultation au Service de radiologie de Gul Hané, le 11 mai 1920, à la suite d'une contusion du coude droit. Le deuxième cas est celui d'un homme de vingt-quatre ans qui s'est présenté au Val-de-Grâce le 26 février 1922, après avoir fait une chute de cheval sur la main.

Fracture directe pour l'un, indirecte pour l'autre.

Remarquons l'analogie des deux traits de fracture tendant à détacher un coin externe de la tête radiale, et leur ressemblance évidente avec les cas de fracture incomplète publiés. Ces considérations viennent à l'appui d'un mécanisme univoque, qu'il s'agisse de choc direct ou indirect, ainsi que l'ont exposé Laquerrière et Delherm (*Journ. de radiol. et d'électr.*, 1920, p. 339). Dans les deux cas, les symptômes étaient aussi les mêmes : pas de déformation, pas de gonflement, attitude en demi-flexion et légère pronation, supination limitée par la douleur alors que la flexion et l'extension restaient possibles, un point douloureux à la pression de la tête radiale.

Nous avons observé ces deux cas sur un total de cent treize cas de traumatismes du coude.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 AOUT 1922)

Spectres d'absorption ultraviolets des diphénols. — M. F.-W. Klingstedt.

Sur la chloruration de l'acide butylique normal. — MM. H. Gault et R. Guillemet.

Sur le bornéol obtenu à partir du magnésien du chlorhydrate de pinène. — MM. G. Vavon et A.-L. Berton.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude étiologique du mongolisme. Rôle de la syphilis héréditaire (1), par le docteur Louis Pollet.

L'idiotie mongolienne ou mongolisme est une affection congénitale dont le tableau clinique est actuellement bien tracé et qui est beaucoup plus fréquente que ne le disent les auteurs classiques.

Les premiers auteurs qui décrivirent cette forme d'idiotie lui donnaient pour principales causes : la misère physiologique et les émotions éprouvées par la mère durant sa grossesse. Ils en faisaient aussi le résultat de l'épuisement de la mère par une longue série de grossesses et insistaient également sur l'âge avancé des géniteurs comme facteur étiologique.

Mais au cours de ces dernières années, on a reconnu que la syphilis héréditaire jouait certainement un rôle dans l'étiologie du mongolisme.

A la suite de récents travaux et d'après les faits observés, la syphilis apparaît comme un facteur de premier plan dans la production de l'idiotie mongolienne. Pour l'auteur, dans 57 p. 100 des cas de mongolisme, on peut affirmer la coexistence de l'hérédo-syphilis; dans 29 p. 100 on peut la suspecter et ce n'est que dans 14 p. 100 des cas qu'il n'y avait pas lieu de la soupçonner.

Cette coexistence si fréquente du mongolisme et de l'hérédo-syphilis permet certainement d'affirmer une relation de cause à effet entre ces deux affections. La syphilis joue certainement un rôle dans la production du mongolisme.

Mais on n'est pas en droit de faire du mongolisme une forme clinique de la syphilis héréditaire; dans un certain nombre de cas, en effet, le mongolisme semble n'avoir aucune relation avec l'hérédo-spécificité.

(1) *Th. de Paris.* — Paris, Jouve et Cie.

Si, dans certaines observations, l'examen histologique des centres nerveux a montré des lésions essentiellement syphilitiques coexistant avec des lésions de simple agénésie cellulaire, dans d'autres faits comme celui de MM. Lhermitte et Lemaire, rapporté dans la thèse de M. Pollet où l'on n'observe que ces derniers, on est donc obligé d'admettre que l'hérédo-syphilis n'a pas une action directe sur la production de l'idiotie mongolienne. Elle crée probablement ces lésions cérébrales chez le fœtus par l'intermédiaire d'un mécanisme plus complexe et que pourraient également mettre en jeu d'autres toxi-infections chroniques que la syphilis, d'autres troubles de la santé générale de la mère durant sa grossesse.

Pour un certain nombre d'auteurs, ce serait par l'intermédiaire d'une altération des glandes endocrines que la syphilis déterminerait cette lésion d'agénésie des centres nerveux.

Essai sur la pathologie du territoire du Tchad (1), par le docteur Jules Moineau.

Le territoire du Tchad doit à sa situation géographique, intermédiaire entre la zone désertique et la zone tropicale, un climat bien particulier qui se caractérise par une longue saison sèche contrastant avec la brièveté des pluies et par l'existence d'une saison relativement froide où s'observent des écarts considérables entre les températures diurne et nocturne.

Il est habité par des Arabes nomades et des Noirs sédentaires dont les genres de vie et l'alimentation sont bien différents, mais qui sont exposés les uns et les autres par leur ignorance de l'hygiène et les multiples occasions de contage à contracter de nombreuses maladies, endémiques ou épidémiques. Pour les Européens, le Tchad est une colonie saine, à condition qu'ils y observent un certain nombre de principes d'hygiène générale (éviter l'inaction, s'alimenter le plus possible comme en France, ce qui est réalisable, etc.) et de prophylaxie particulière à certaines maladies (quinine préventive, moustiquaire, filtration de l'eau, etc.).

Les maladies endémiques le plus souvent observées au Tchad sont en tout premier lieu la syphilis (à prédominance cutanéo-locomotrice), puis le paludisme, la blennorragie, la lèpre, la filariose, la dysenterie amibienne et la bilharziose, ces dernières affections d'une fréquenee moyenne et rarement graves. Il faut y ajouter les affections oculaires. La trypanosomiase occupe une partie restreinte du sud du territoire.

La variole, qui était la plus redoutable des maladies épidémiques, ne se manifeste plus que rarement, à la suite des très nombreuses vaccinations faites dans tout le territoire. Les pneumococcies y occasionnent assez souvent de petites épidémies et la grippe de 1919 n'a pas épargné le Tchad, qu'elle a parcouru de l'Ouest à l'Est (prédominance des formes pulmonaires).

A ces maladies qui sont les plus fréquentes, il convient d'en ajouter un certain nombre d'autres : bilieuse hémoglobinurique, leishmanioses, pian, ulcère phagédénique, mycétomes, la rougeole, les goitres, des accidents dus au climat, tout ce dernier groupe ne représentant en somme que des maladies peu fréquentes.

En résumé, si beaucoup de types morbides sont représentés, la morbidité est cependant assez faible.

Les indigènes livrés à eux-mêmes tentent de conjurer les maladies par des talismans ou quelques médicaments surtout végétaux, en nombre assez limité. Beaucoup fréquentent maintenant nos consultations, dans les dispensaires construits à cet effet.

Le médecin a le double rôle d'assurer ce service de l'assistance indigène dans son poste (hospitalisations et consultations) et dans la brousse (tournées sanitaires et tournées de vaccination). Il a à s'occuper des troupes, et doit parfois, à cheval, aller secourir un Européen malade à 100 ou 200 kilomètres de sa résidence. Absorbé par les multiples soucis de cette tâche active, il n'a pu se consacrer suffisamment à des recherches scientifiques qui seraient cependant utiles dans un pays dont la pathologie est aussi neuve. Le temps (personnel très limité) et les moyens matériels ont jusqu'à présent manqué. Il est à souhaiter qu'avec un personnel plus nombreux, en partie spécialisé, et le matériel nécessaire, on arrive à mener à bien les deux tâches.

(1) *Th. de Paris.* — Paris, Ollier-Henry.

Contribution à l'étude clinique du syndrome manie (1); par le docteur R. Deron.

La symptomatologie attribuée par les classiques à la manie ne se rencontre ordinairement que d'une façon transitoire au cours d'un accès, très rarement d'un bout à l'autre de cet accès.

Si on admet la symptomatologie classique, certaines périodes d'un accès maniaque, ou bien n'appartiennent pas à la manie, ou bien sont des manies atypiques.

La conception des états mixtes de la psychose maniaque dépressive a le mérite d'attirer l'attention sur les cas atypiques et de les rapprocher de la manie, mais l'interprétation qu'elle donne de ces cas en invoquant la présence d'éléments dépressifs au milieu d'éléments maniaques paraît inexacte et due à une analyse superficielle.

Il conviendrait plutôt, d'après l'auteur, d'élargir le cadre de la manie, de modifier sa description en y adjoignant d'autres symptômes (par exemple la fuite des émotions sans euphorie, et même l'indifférence ; les cris, les vociférations et même le mutisme ; les hallucinations ; les grimaces ; la gesticulation sans but, les niches, les stéréotypies, la catatonie, les impulsions et même l'inertie).

Il existe des combinaisons variées de symptômes maniaques : la manie ne se dégrade pas seulement en bloc comme l'admettent les classiques, mais on observe des dissociations de la manie par dégradation de certains groupes de symptômes, et, dans chaque groupe, par dégradation de certains symptômes à l'exclusion des autres. On voit se dégrader, par ordre de fréquence, l'activité, la mimique, l'affectivité et le langage.

A intensité égale, les accès maniaques des débiles mentaux s'accompagnent plus fréquemment que les autres d'une dissociation des symptômes.

La manie ainsi élargie englobe les cas considérés par les classiques comme atypiques, et la plupart des soi-disant cas mixtes ou des cas étiquetés démence précoce à terminaison favorable.

La manie, dans cette conception, reste comme auparavant un syndrome qui peut ou bien ou mal tourner. Faire le diagnostic de manie n'est pas nécessairement porter un pronostic favorable.

Un accès maniaque peut se prolonger anormalement ou devenir chronique, mais sans provoquer d'affaiblissement intellectuel ; d'autres fois, la chronicité s'accompagne de discordance et de déficit affectif ; mais, dans ce dernier cas, diagnostiquer une démence précoce simplement parce que l'accès tourne mal ne peut qu'embrouiller le chapitre de la démence précoce en l'encombrant de faits appartenant à un autre syndrome clinique.

Il est vraisemblable que les dissociations du syndrome maniaque sont l'ébauche de la discordance. Or, celle-ci implique en général un pronostic sévère : c'est peut-être ce qui explique la terminaison défavorable relativement plus fréquente des états atypiques et des accès maniaques des débiles mentaux.

Contribution à l'étude des empyèmes caséifiés des sinus (2), par le docteur Maurice Périer.

Les empyèmes caséifiés des sinus méritent une place à part dans l'histoire des sinusites. Ils se produisent non seulement dans le sinus maxillaire, mais dans l'un quelconque des sinus périnasaux. Plusieurs sinus peuvent être pris à la fois.

Ils doivent être rapprochés du cholestéatome : l'empyème peut évoluer vers la caséification tout comme l'otorrhée peut évoluer vers le cholestéatome. La rhinite caséeuse est toujours l'expression symptomatique de l'empyème caséifié d'un sinus : il n'y a pas de rhinite caséeuse idiopathique.

Le pronostic bénin des empyèmes caséifiés démontre qu'il s'agit d'un processus de guérison alors que la symptomato-

(1) *Th. de Paris.* — Paris, Jouve et Cie.
(2) *Th. de Paris.* — Paris, Jouve et Cie.

logie et l'examen des lésions pourraient faire penser plutôt à une tumeur maligne. Le traitement simple et radical se résume en deux mots : lavage et aération.

La Bactériologie de la coqueluche. Son application au diagnostic et à la prophylaxie de cette affection (1), par le docteur Robert DEFLOU.

L'agent pathogène de la coqueluche est sans conteste le bacille de Bordet et Gengou. L'examen direct de préparations colorées d'exsudat coquelucheux a montré sa présence constante au début de cette affection et sa culture a été réalisée par de nombreux auteurs. Cet agent pathogène entraîne l'apparition de réactions sérologiques spécifiques : agglutination, déviation du complément. Enfin, le bacille de Bordet et Gengou et son endotoxine ont permis la reproduction de coqueluches expérimentales chez le chien et le lapin.

Le laboratoire peut servir utilement au diagnostic et à la prophylaxie de la coqueluche en permettant : un diagnostic précoce notamment par le procédé d'ensemencement par projection de gouttelettes, le diagnostic des formes frustes et la recherche des porteurs de germe.

De nombreux travaux ont montré que l'agent pathogène ne pouvait plus être décelé dans les mucosités pharyngées et les crachats après la quatrième semaine qui suit l'apparition des quintes et le procédé d'ensemencement par projection de gouttelettes ne permet plus la culture du microbe après la deuxième semaine de la période quinteuse. Les faits cliniques sont en accord absolu avec les résultats donnés par ce dernier procédé de culture pour démontrer que la coqueluche n'est contagieuse qu'à la période catarrhale et pendant les deux premières semaines, au grand maximum, de la période quinteuse.

Il semble que ces notions peuvent servir utilement à la modification des mesures prophylactiques actuellement en vigueur en France, et particulièrement le règlement d'hygiène scolaire, fixé par l'arrêté ministériel du 5 février 1912, n'autorisant le retour de l'enfant à l'école que trente jours après la disparition absolue des quintes spasmodiques constatée par un certificat médical. On pourrait, comme au Danemark, limiter la durée de l'éviction à quatre semaines après l'apparition des quintes si deux examens d'expectoration faits à quelques jours d'intervalle ne permettaient pas la découverte du microbe. Pour éliminer les suspects il faudrait avoir recours à la méthode d'ensemencement par projection de gouttelettes. Un service de bactériologie, spécialement affecté à la recherche du bacille de Bordet et Gengou, devrait être mis à la disposition du service médical des écoles et des collèges.

On peut, enfin, espérer que bientôt les sérums et vaccins spécifiques qui, entre les mains de certains auteurs, ont déjà donné d'intéressants résultats seront suffisamment au point pour résoudre plus simplement la question de la prophylaxie et de la thérapeutique de la coqueluche.

Etude clinique et anatomo-pathologique de deux splénomégalies primitives opérées avec succès (2) [travail du laboratoire d'anatomie pathologique; avec 8 figures hors texte], par le docteur Robert CLEUET.

Très importante thèse dont il faut citer les conclusions en entier :

« Nous connaissons très imparfaitement beaucoup de splénomégalies parce que leur étude présente de nombreuses difficultés et aussi parce qu'on a multiplié inutilement les types cliniques basés sur des observations douteuses ou incomplètes.

Pour débrouiller le chapitre des splénomégalies primitives il faut d'abord réunir des faits cliniques et anatomo-pathologiques indiscutables, laissant à l'avenir le soin de faire un chapitre d'ensemble.

C'est ce que nous avons cherché à faire pour deux cas différents.

Le premier, qui est caractérisé par une hypertrophie lymphatique énorme limitée aux follicules de Malpighi donnant à la rate un aspect granuleux, est peut-être rattachable à une forme splénique pure de sub-leucémie lymphatique, sans modification sanguine, si tant est qu'un tel syndrome soit raisonnablement imaginable.

Le second concerne une rate à hyperplasie lymphoïde diffuse dans laquelle on peut assister à la formation et à la destruction d'hématies nucléées. Elle s'accompagne d'une anémie avec lymphocytose sanguine et semble, au point de vue clinique, se rapprocher de ce qu'on a décrit sous le nom de maladie de Strümpell. Mais au point de vue anatomo-pathologique, les lésions diffèrent totalement de celles décrites dans cette affection, et nous préférons laisser provisoirement cette observation sans étiquette plutôt que de vouloir la faire entrer de force dans un cadre qui n'est pas fait pour la recevoir et qui est appelé vraisemblablement à subir des modifications dans l'avenir. »

(1) *Th. de Paris.* — Paris, Société générale d'imprimerie.
(2) *Th. de Lille.* — Lille, imprimerie-librairie Camille Robbe.

LIVRES NOUVEAUX

La Rœntgenthérapie des tumeurs malignes en otorhino-laryngologie (1), par G. PORTMANN et LACHAPÈLE.

Les auteurs, après avoir fait un historique très détaillé de la rœntgenthérapie des tumeurs malignes en oto-rhino-laryngologie — depuis les premières applications de rayons X, faites en 1896, jusqu'aux derniers travaux parus sur cette question (rapport de Moure et d'Hautant au Congrès français d'oto-rhino-laryngologie de 1921) — exposent ensuite les directives de la radiothérapie de ces tumeurs.

1. Ils insistent d'abord — à combien juste raison ! — sur l'indispensabilité d'une biopsie préalable. On ne peut faire de bonne thérapeutique par les rayons X que si l'on connaît la nature histologique de la tumeur que l'on veut irradier, « chaque variété de tumeur correspondant à un degré défini dans l'échelle des radiosensibilités (Regaud) ».

2. Puis viennent les considérations générales désormais classiques de la technique radiologique en thérapeutique.

a. Nécessité d'un rayonnement aussi pénétrant que possible (appareillage à très haute tension).

b. Nécessité d'un rayonnement aussi homogène que possible (filtration).

c. Nécessité d'administrer dans un temps aussi court que possible la dose cancéricide — variable, comme nous venons de le voir, avec la nature des différentes tumeurs — mais sans nuire aux éléments sains, peau en particulier (d'où l'emploi de la méthode des feux croisés, grâce à plusieurs portes d'entrée).

d. Nécessité d'irradier largement la tumeur, sa périphérie et son ou ses territoires ganglionnaires.

L'intérêt de cet ouvrage réside surtout dans la publication détaillée de 20 observations (choisies parmi les 84 cas traités par les auteurs depuis quatre ans) présentant toutes les garanties scientifiques nécessaires (examen clinique et histologique, technique détaillée du traitement) et se rapportant à des malades qui ont pu être suivis régulièrement.

De ces observations, il résulte que :

a. La rœntgenthérapie des tumeurs malignes épithéliales n'a guère donné aux auteurs que des mécomptes ; ils restent donc, pour le moment, partisans de l'exérèse chirurgicale, autant qu'il est possible de la pratiquer avec quelques chances de succès.

b. S'il s'agit de tumeurs malignes conjonctives à certains types histologiques bien définis (lympho-sarcomes, sarcomes globo-cellulaires, fibro-sarcomes) donner la préférence à la radiothérapie. Toutefois les auteurs ont eu nettement l'impression que dans quelques-uns de ces cas, l'application des rayons avait donné un véritable coup de fouet à la tumeur d'où l'indication de s'assurer, par un examen de sang préalable, qu'il s'agit bien d'une affection localisée et non d'une leucémie, d'une maladie générale.

c. Dans les cas non opérables, le traitement par les rayons, quoique ses succès curatifs soient encore trop rares à l'heure actuelle, constituera toujours une thérapeutique palliative et de secours moral dont on devra se servir.

(1) Un volume de 600 pages. — Paris, A. Maloine.

d. Enfin, la rœntgenthérapie viendra compléter l'acte chirurgical dans tous les cas ou celui-ci aura pu être pratiqué.

A la suite de cet exposé impartial, les auteurs reconnaissent qu'il ne faut pas tirer encore de conclusions définitives, la radiothérapie étant en complète évolution et en plein progrès. De fait, les différents traitements relatés par les auteurs furent pour la plupart effectués avec des appareillages fournissant un rayonnement d'une pénétration parfois assez faible (certaines tumeurs furent irradiées avec un tube Baby-Coolidge).

Les appareils qui voient actuellement le jour en France et dont sont déjà dotés plusieurs de nos services hospitaliers, ont une puissance de pénétration bien autrement supérieure. Il n'est donc pas douteux que dans ces conditions techniques et grâce aux recherches persévérantes que font, chaque jour, nos savants français, la rœntgenthérapie ne prenne dans le traitement des tumeurs malignes — et particulièrement dans le domaine de l'oto-rhino-laryngologie — une place prépondérante.

DELHERM et THOYER-ROZAT.

Chirurgie de l'appareil génital de la femme (1), par les docteurs PROUST et CHARRIER.

Les *Précis de technique opératoire des prosecteurs* qui ont fourni une excellente carrière, mais par cela même, ont quelque peu vieilli, sont en voie de rajeunissement, grâce à une collaboration des prosecteurs actuels avec leurs devanciers.

Le premier volume paru de cette nouvelle série est celui de Proust et Charrier consacré à la *Chirurgie de l'appareil génital de la femme*. Conservant les grandes lignes de son plan originel, l'ouvrage a, par ailleurs, subi d'importantes et heureuses modifications. Des chapitres ont été simplifiés ou raccourcis, tel celui des périnéorraphies, d'autres ont été supprimés, par exemple, celui qui exposait les opérations vaginales dans le traitement des déviations utérines. Par contre, les parties nouvelles sont nombreuses ; citons entre autres : la création d'une cavité vaginale en cas d'absence du vagin, la colpectomie totale de Muller, l'hystérocolpectomie, divers procédés de raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds, l'oblitération du cul-de-sac de Douglas, l'hystérectomie par décollation antérieure, la curiethérapie du cancer utérin. Abondamment et clairement illustré, ce petit livre a bien les qualités qu'on peut exiger d'un *Précis* moderne de gynécologie opératoire.

CHASTENET DE GÉRY.

COURS ET CONFERENCES

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE (M. Pierre SEBILEAU, directeur des travaux scientifiques). — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en dix leçons, par MM. les docteurs L. Dufourmentel, R. Miégeville, Fl. Bonnet, P. Truffert, commencera le lundi 18 septembre 1922 à 2 heures et continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 150 fr.

Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin.

Programme du cours. — I. Technique de l'ossiculectomie et de la mastoïdectomie.

II. Evidement pétro-mastoïdien. — Trépanation du labyrinthe.

III. Traitement des complications veineuses et encéphaliques, des otites suppurées (thrombo-phlébite, méningite, abcès encéphaliques et péri-encéphaliques). — Ligatures vasculaires du cou.

IV. Traitement des déviations du septum nasal. — Les rhinotomies. — Les voies d'accès naso-faciales du rhino-pharynx.

V. Traitement des sinusites maxillaires. — Les voies d'accès buccales du rhino-pharynx.

VI. Traitement des sinusites frontales, des ethmoïdites, des sinusites sphénoïdales.

VII. Les ouvertures temporaires et permanentes du conduit laryngo-trachéal (laryngotomie intercrico-thyroïdienne, tyrotomie-trachéotomie, laryngo-trachéotomie).

VIII. Les voies d'accès du carrefour aéro-digestif. Les pharyngotomies hautes et basses.

IX. La laryngectomie partielle et totale.

X. La broncho-œsophagoscopie.

COURS DE PRATIQUE CARDIOLOGIQUE (hôpital Cochin), sous la direction de M. le docteur Ch. LAUBRY, du 18 septembre au 14 octobre 1922.

Programme du cours. — Lundi 18 septembre : M. Ch. Laubry. Etiologie des cardiopathies.

Mardi 19 : M. Sigismond Bloch. Les symptômes fonctionnels des cardiaques.

Mercredi 20 : M. Hirschberg. Séméiologie des souffles cardiaques.

Jeudi 21 : M. René Giroux. Séméiologie du bruit de galop.

Vendredi 22 : M. Daniel Routier. Radiologie normale du cœur.

Samedi 23 : M. Jean Meyer. Tension artérielle.

Lundi 25 : M. Edmond Doumer. Hypertension.

Mardi 26 : M. René Giroux. Endocardites aiguës et subaiguës.

Mercredi 27 : M. Jean Meyer. Péricardites.

Jeudi 28 : M. Edmond Doumer. Angine de poitrine.

Vendredi 29 : M. Sigismond Bloch. Aortites.

Samedi 30 : M. Francis Bordet. Anévrismes aortiques.

Lundi 2 octobre : M. Hirschberg. Affections valvulaires mitrales.

Mardi 3 : M. Daniel Routier. Rétrécissements et compressions de l'artère pulmonaire.

Mercredi 4 : M. Edmond Doumer. Insuffisance ventriculaire gauche.

Jeudi 5 : M. René Giroux. Insuffisance auriculaire.

Vendredi 6 : M. Daniel Routier. Insuffisance ventriculaire droite.

Samedi 7 : M. Daniel Routier. Insuffisances sygmoïdiennes fonctionnelles.

Lundi 9 : M. René Giroux. Le poumon des cardiaques.

Mardi 10 : M. Francis Bordet. Le rein des cardiaques.

Mercredi 11 : M. Amado. Les manifestations laryngées des cardiaques.

Jeudi 12 : M. Deglaude. Pharmacologie des toni-cardiaques.

Vendredi 13 : M. Ch. Laubry. Les indications des toni-cardiaques.

Samedi 14 : M. Ch. Laubry. Les régimes alimentaires des cardiaques.

Ces cours auront lieu aux jours marqués, à 15 heures, dans le service de M. le docteur Ch. Laubry, à l'hôpital Cochin. Il sera procédé à des examens de malades, tant au point de vue clinique que radioscopique et électrocardiographique.

Droit d'inscription : 100 francs.

Les inscriptions sont reçues dans le service même, dès à présent, par M. le docteur Daniel Routier, tous les matins, de 10 heures à midi.

Le nombre des auditeurs est limité.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Le train rapide de jour « Paris-Vichy », composé de voitures de lits-salon, de 1re classe et d'un wagon-restaurant, continuera à circuler dans les deux sens :

Jusqu'au 7 septembre, les mardi, jeudi et samedi, au départ de Paris;

Jusqu'au 8 septembre, les lundi, mercredi et vendredi, au départ de Vichy;

Départ de Paris : 10 h. 40; arrivée à Vichy : 16 h. 07;

Départ de Vichy : 10 h. 22; arrivée à Paris : 16 h.

(1) Un volume de 300 pages, avec 288 figures. Prix : broché, 10 fr.; cartonné, 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chocs thérapeutiques contre chocs morbides. par G. Bouché et A. Hustin, agrégés de l'Université de Bruxelles. Un volume de 428 pages avec figures et tableaux. — Prix : 12 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Coutelas, Tinel, M.-P. Weil, Bénard, Küss, Desplas, Rouhier, Ecalle.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — M. Florence, ancien professeur, est nommé professeur honoraire.

— Sont chargés, pour l'année 1922-1923, des cours complémentaires ci-après désignés :

MM. les professeurs Barral, chimie minérale, chimie analytique, toxicologie; Condamin, propédeutique gynécologique; Gayet, propédeutique urologique; les professeurs agrégés Savy, anatomie pathologique; Hovelacque, anatomie descriptive; Florence, chimie biologique, conférence d'analyse biologique ; Rochaix, hygiène (médecine), hygiène pharmaceutique; Noël, chargé des fonctions d'agrégé, histologie; Laroyenne, agrégé libre, orthopédie; Patel, agrégé libre, anatomie topographique; Tellier, chirurgien dentiste, stomatologie; le professeur Martin (Et.), déontologie; les docteurs Renther, maladies de la grossesse; Gravier, embryologie; Bonnamour, thérapeutique expérimentale.

— Sont chargés de cours de clinique annexe pour l'année scolaire 1922-1923 :

MM. Gayet, professeur; Favre, agrégé; Durand, agrégé libre; Vignard, chirurgien des hôpitaux.

— Sont nommés, pour l'année scolaire 1922-1923 :

1° Chefs de travaux : MM. les docteurs Chanoz, docteur ès sciences, physique biologique; Mazel, médecine légale; le pharmacien de 1re classe Fouillouze, pharmacologie; Mlle Bellion, docteur ès sciences, physiologie; les docteurs Imbert, thérapeutique; Massia, parasitologie; Dufourt, médecine expérimentale et comparée et bactériologie.

2° Chefs de laboratoire : MM. les docteurs Rossigneux et Bussy, clinique ophtalmologique; Dunet et Devic, clinique chirurgicale; les pharmaciens de 1re classe Boulud et Chambon, clinique médicale.

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1922-1923, des fonctions de chefs de travaux :

MM. le professeur Barral, chimie minérale; les professeurs agrégés Bretin, matière médicale; Tavernier, chirurgie opératoire; Savy, anatomie pathologique; Hovelacque, anatomie; Florence, chimie organique.

M. le docteur Noël est chargé, pour l'année scolaire 1922-1923 : 1° des fonctions d'agrégé (histologie); 2° des fonctions de chef des travaux d'histologie.

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1922-1923, des enseignements ci-après désignés les agrégés dont les noms suivent :

MM. Nogier, physique pharmaceutique; Garin, zoologie; Thévenot (Lucien), bactériologie clinique; Piéry, hydrologie thérapeutique; Trillat, accouchements; Favre, pathologie interne; Bonnet, pathologie externe.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Clermont. — Un concours s'ouvrira le 12 mars 1923, devant la Faculté de médecine de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'école de médecine de Clermont.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

PALMES ACADÉMIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — M. le docteur Maingot (de Paris) et Goéré (de Brest).

(Au titre étranger.) MM. les docteurs Hakmad, médecin de S. M. le schah de Perse; Pagnez (de Buenos-Ayres) et Poussepp (de Dorpat).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Coche (de Marseille); Maurel (de Saint-Chéron), Sesqués (de Marseille), Benoît (de Saint-Géraud-le-Puy), Eck (de Soultz) et Lestage (de Saint-Vincent-de-Tyrosse).

(Au titre étranger.) MM. les docteurs Brisset des Nos (de Montréal), Gorski (de Kattowitz) et Robles (de Guatemala).

MÉRITE AGRICOLE. — Sont nommés :

Au grade d'officier. — M. le docteur Sartory (de Strasbourg).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Brumpt (de Paris), G. Guilbaud (de Nantes), Huguet (de Clermont-Ferrand).

MINISTÈRE DES TRAVAUX PUBLICS. — DÉCRET CRÉANT UN SERVICE MÉDICAL D'EXAMEN ET D'ÉTUDES POUR LE SERVICE DE L'AÉRONAUTIQUE ET DES TRANSPORTS AÉRIENS. — Le *Journal officiel* du 1er septembre publie le décret suivant daté du 25 août.

« ARTICLE PREMIER. — Un service médical d'examen et d'études est institué au sous-secrétariat d'Etat de l'aéronautique et des transports aériens, et rattaché au service de la navigation aérienne.

ART. 2. — Ce service est chargé d'examiner le personnel navigant, élèves pilotes, pilotes, navigateurs, mécaniciens d'aéronefs, affectés aux transports publics; d'étudier expérimentalement toutes les questions touchant à l'influence du vol sur l'organisme et d'en déterminer les conséquences, les lois et les répercussions, et notamment : d'essayer les appareils permettant le séjour aux hautes altitudes.

ART. 3. — Le service médical d'examen et d'études comprend :

1° Un centre d'examen et d'études principal;

2° Deux centres d'examens régionaux.

ART. 4. — Le fonctionnement du centre principal est assuré par :

1 médecin chef de centre principal.

4 médecins spécialistes.

1 opérateur radiographe, secrétaire, mécanicien.

Le fonctionnement des centres régionaux est assuré par un personnel dont l'effectif maximum est ainsi fixé.

1 médecin chef de centre régional.

3 médecins spécialistes.

ART. 5. — Le médecin chef du centre principal reçoit, par l'intermédiaire du directeur du service de la navigation aérienne, les directives techniques de la commission consultative médicale du sous-secrétariat d'Etat de l'aéronautique et lui adresse toutes les propositions et demandes utiles.

Il est chargé, sous le contrôle du directeur du service de la navigation aérienne, de la direction administrative générale du service.

Il peut être chargé de mission et d'études et est appelé à monter à bord d'aéronefs.

Il fait obligatoirement partie de la commission consultative.

Les médecins chefs des centres sont tenus d'assurer par semaine une présence à leur centre d'au minimum deux séances de trois heures pour le centre principal et deux heures pour les centres régionaux.

L'opérateur radiographe est placé sous l'autorité du médecin chef de centre; il doit assurer un service normal d'une durée égale à celui du personnel de bureau du service de la navigatien aérienne. Les médecins spécialistes sont convoqués par les médecins chefs des centres.

ART. 6. — Le personnel du service médical d'examen et d'études est désigné par arrêté du sous-secrétaire d'Etat de l'aéronautique et des transports aériens pour une période de trois ans, qui peut être renouvelée. L'un des médecins spécialistes de chaque centre est désigné, par cet arrêté, pour remplacer, en cas d'absence, le médecin chef du centre.

A titre transitoire, le personnel en fonctions au moment de la promulgation du présent décret sera réparti dans les cadres par arrêté du sous-secrétaire d'Etat

Le personnel peut être relevé de ses fonctions par arrêté du sous-secrétaire d'Etat de l'aéronautique et des transports aériens, après un préavis de un mois en cas de suppression du service, soit sans préavis, en cas de faute grave, et après avis de la commission médicale consultative, s'il s'agit d'une faute professionnelle.

De même, il peut, s'il le désire, quitter le service médical d'examens et d'études après avoir averti le sous-secrétaire d'Etat un mois à l'avance.

ART. 7. — Les indemnités mensuelles du personnel du service médical d'examen et d'études sont fixées ainsi qu'il suit :

1.250 fr. pour le médecin chef du centre principal.

500 fr. pour les médecins chefs des centres régionaux.

L'indemnité mensuelle de l'opérateur radiographe est fixée à 750 fr.

Les médecins spécialistes recevront une allocation par séance ou par journée de présence qui est fixée à :

Pour le centre principal, 100 fr.

Pour les centres régionaux, 50 fr.

Elle sera payée sur présentation d'un état certifié par le médecin chef du centre.

Le montant total de ces allocations ne pourra pas dépasser par année :

20.000 fr. pour le centre principal,

et 60.000 fr. pour chaque centre régional.

ART. 8. — Le présent décret aura son effet à compter du 1er janvier 1922.

ART. 9. — Le ministre des Travaux publics et le ministre des Finances sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois.* »

LEÇONS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE INFANTILE. — Le docteur P.-F. Armand-Delille fera, du 2 au 15 octobre, dans son Service d'enfants tuberculeux, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose de l'enfant.

Leçon chaque matin à 10 h., à l'hospice Debrousse, suivie d'examens cliniques dans les salles, d'examens radioscopiques et de recherches de laboratoire.

Nombre d'élèves limité. — Prix de l'inscription : 60 fr.

S'inscrire au secrétariat du Service des enfants tuberculeux, Hospice Debrousse, 148, rue de Bagnolet.

Objet du cours. — 1. Conditions et modes de l'infection tuberculeuse chez l'enfant.

2. Primo-infection; premier stade; adénopathies cervicales et trachéo-bronchiques.
3. Stade de généralisation; tuberculoses aiguës.
4. Tuberculoses atténuées des séreuses; pleurésies et péritonites.
5. Tuberculoses ostéo-articulaires et leurs complications.
6. Tuberculoses viscérales; symphyse cardio-tuberculeuse; tuberculose rénale.
7. Tuberculose pulmonaire.
8. Pneumothorax thérapeutique chez l'enfant.
9. Méningite tuberculeuse.
10. Diagnostic radiologique et recherches de laboratoire.
11. Principes de thérapeutique; héliothérapie; thalassothérapie.
12. Prophylaxie de la tuberculose chez l'enfant; rôle de l'assistance sociale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur Léon Faisans, médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Médica-sténo, nouvelle méthode de sténographie intégrale praticable en un mois. Une heure d'étude par jour, par le docteur H.-Em. FABRE, 1 vol. de 132 p., avec fig. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

De l'insuffisance quantitative du sang. Essai de physiologie et de pathologie comparées, par M. J.-M. DUPUY, vétérinaire, 1 vol. de 64 p. — Prix : 4 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

CLINIQUE NEUROLOGIQUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

SYNDROME THALAMIQUE

AVEC CRISES CONVULSIVES & TROUBLES PSYCHIQUES

DIAGNOSTIC AVEC LE SYNDROME SENSITIF CORTICAL

PAR MM.

H. ROGER
Professeur.

G. AYMÈS
Chef de clinique.

Les discussions récentes à la Société de neurologie sur les syndromes thalamiques et thalamo-striés (1) nous incitent à verser aux débats l'observation suivante intéressante par bien des points (2).

Cap... (Marie), trente-neuf ans, ménagère, *entre une première fois* à l'Hôtel-Dieu, le 16 mars 1921, pour hémiparésie gauche. A peine admise à la clinique neurologique elle manifeste des idées de persécution, s'agite, crie, menace son entourage, se livre même à des voies de fait sur l'infirmière. En l'absence de salles d'isolement nécessaires pour les soins à donner à de pareils agités, elle doit quitter le service le 21 mars.

Deuxième admission le 13 mars 1922.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Vers le 20 avril 1921, la malade a présenté dans la rue un ictus : chute, perte de connaissance, coma puis subcoma pendant trois jours, hémiplégie gauche douloureuse, mais l'impotence n'a pas été absolue et la régression des troubles moteurs s'est opérée rapidement, au point que la malade n'accusait, quelques semaines après, aucune gêne sérieuse. Par contre, persistance d'une douleur hémi-cranienne droite, et d'autre part, douleurs très vives, véritables exacerbations paroxystiques hémilatérales gauches prédominant au membre supérieur, mais existant aussi à la face et au membre inférieur, et ayant plutôt l'allure de dysesthésies, de causalgies même (impression de brûlure et plus fréquemment de piqûre comme avec un nombre considérable d'épingles...). Entre les exacerbations, les phénomènes douloureux persistent atténués et parfois disparaissent.

La marche est redevenue possible quelques semaines après l'ictus initial, mais lors de son premier passage dans le service, la malade ne pouvait encore se déplacer sans être fortement soutenue. Elle présentait une hémiataxie gauche appréciable, une légère hyperréflexie tendineuse gauche; de ce même côté un signe de Babinski net, une abolition du réflexe cutané abdominal. On avait noté l'absence de tout mouvement choréo-athétosique.

Entre ses deux hospitalisations, la malade a pu, tant bien que mal, s'occuper de son intérieur, et c'est la réapparition de phénomènes douloureux plus intenses qui l'a conduite à revenir dans le service de neurologie.

ANTÉCÉDENTS. — a. *Personnels.* — Mariée à vingt ans, deux enfants dont l'un mort de bacillose pulmonaire à l'âge de seize ans; l'autre, âgé de dix-neuf ans, est un anormal psychique gravement déséquilibré.

Une fausse couche de trois mois il y a quinze ans (dernière grossesse). Variole dans l'enfance.

A l'âge de vingt-deux ans, à la suite d'un état infectieux sans fièvre (?) qualifié de méningite, elle aurait présenté une violente crise d'excitation : elle criait, mordait les personnes de son entourage, prétendait qu'on voulait lui faire du mal; insomnie complète.

Depuis lors, crises convulsives, mensuelles, se répétant parfois dans la même journée (cri angoissé initial, morsures de la langue, écume, quelquefois blessure de chute...), paraissant quelquefois du type Jacksonien, sans prédominance nette des secousses dans un membre.

b. *Héréditaires.* — Père mort dément (démence artério-scléreuse chez un éthylique). Sa mère a eu quatorze enfants dont sept sont morts en bas-âge. La malade est la douzième née; le treizième et le quatorzième (jumeaux) sont morts. Aucun accident nerveux chez les deux frères et les sœurs actuellement vivants.

ACTUELLEMENT, l'examen de cette malade nous permet de faire les constatations suivantes :

Au point de vue moteur : démarche à peu près normale; diminution peu appréciable de la force segmentaire aux membres supérieur et inférieur gauches, surtout dans les épreuves à résistance. Mais il existe, de plus, et ceci est surtout net pour le membre supérieur gauche, un véritable état paratonique (selon l'expression de Dupré) ou « d'hypertonie intentionnelle » (Roussy) survenant à l'occasion de ces mouvements provoqués, sans que dans leur intervalle paraisse exister de la contracture nette; parfois même semble exister une sorte de négativisme musculaire qu'aucune exhortation ne peut supprimer.

On note également, au membre supérieur gauche, des *mouvements choréo-athétosiques* : l'avant-bras présente des alternatives de flexion et d'extension sur le bras; les doigts sont animés de mouvements alternatifs d'extension et de flexion, avec adduction ou abduction et torsion de la main. L'athétose prédomine nettement sur les phénomènes choréiques.

En ce qui concerne les crises, nous n'avons eu l'occasion d'assister qu'à une seule d'entre elles. Elle a été courte, sans début à prédominance unilatérale, sans déviation de la tête.

Au commencement, les ordres ne sont pas toujours bien exécutés parce que l'ordre ne paraît quelquefois pas bien compris.

On note une *ataxie* appréciable pour le membre supérieur gauche, non pas comparable à celle d'un tabétique, mais assez nette dans le geste de porter le doigt au nez ou à l'index de l'observateur; au membre inférieur, l'on constate dans l'acte de porter le talon gauche sur le genou du côté opposé une certaine hésitation (parésie? ataxie?), que ne paraît pas influencer l'occlusion des yeux.

Pas d'hémitremblement.

Face présentant une légère parésie gauche (facial inférieur).

Langue non déviée ni atrophiée; voile du palais normal. Pas de pleurer ni de rire spasmodiques.

Pupilles égales, régulières, contractiles. Pas d'ophtalmoplégie externe; pas d'*hémianopsie* (professeur Aubaret, docteur Ourgaud).

Réflexes. — Le réflexe stylo-radial gauche est un peu plus vif qu'à droite. Il en est de même pour les autres réflexes tendineux, rotulien, achilléen; celui-ci est presque trépidant.

Le réflexe plantaire se fait en flexion à droite et à gauche. Nous l'avions noté en extension il y a un an. Réflexes viscéraux normaux.

En résumé donc, en ce qui concerne les troubles moteurs et réflexes, hémiparésie gauche légère avec phénomènes choréo-athétosiques et ataxiques.

Sensibilité. — Comme nous l'avons déjà indiqué, les troubles de la *sensibilité subjective* ont été fort accusés au début; ils se sont atténués depuis lors et comportent les exacerbations antérieurement mentionnées.

La *sensibilité subjective* est nettement modifiée dans ses diverses modalités. Le *tact* est un peu mieux perçu à droite; il existe de l'hypoalgésie gauche à la *piqûre*, avec un léger retard de la perception et quelques erreurs de localisation. Le *froid*, le *chaud*, sont également moins bien appréciés à gauche. De plus, contrastant avec ces hypoesthésies, réactions exagérées (retrait du membre, cri, mimique...) à l'excitation cutanée imprévue (piqûre, pincement). Sensibilité *profonde* très troublée : abolition de la sensibilité vibratoire (diapason) pour les membres gauches, abolition du sens des attitudes passives pour les doigts, le poignet, l'avant-bras et le pied gauches; abolition du sens stéréognostique (identification primaire et secondaire); mauvaise appréciation des poids par déficit baresthésique à gauche.

---

(1) Voir également H. ROGER, G. AYMÈS et POURTAL. Syndrome thalamo-strié unilatéral pseudo-parkinsonien par artérite spécifique (*Comité médical des Bouches-du-Rhône*, 1er mars 1922, et *Marseille méd.*, 15 mai 1922.

(2) Cette malade a été présentée au *Comité médical des Bouches-du-Rhône*, le 24 mars 1922.

Troubles vaso-moteurs et thermiques peu accusés; cependant anisothermie permanente : hypo à gauche.

Rachicentèse. — Liquide clair. Albumine 0,30 ; cytologie 0,8 lympho par millimètre cube; Bordet-Wassermann négatif.

Psychisme.: Etat à peu près permanent de subexcitation psychique, avec cris, violences de langage, dont la tournure est facilement coprolalique. Préoccupations égocentriques. Idées de persécution avec revendication relatives à l'entourage immédiat : médecins, malades, infirmière surtout, érotisme. Après quelques jours d'hospitalisation, bouffée hypomaniaque véritable motivant la rédaction d'un certificat d'internement auquel il n'a pas été donné de suite, le mari ayant consenti à reprendre la malade.

Divers autres organes et appareils. — Appareil circulatoire : Pouls à 90, perception d'un rythme de Durosiez au foyer apexien.

Réaction de Bordet-Wassermann du sang négative.

Appareil respiratoire normal.

Rien à noter pour le *système digestif*.

Urines normales. Règles irrégulières.

Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les symptômes présentés par cette malade, nous voyons que l'on constate le groupement suivant :

1° *Hémiplégie légère,* contemporaine d'un ictus avec perte brève de connaissance, ayant regressé rapidement, sans signe de Babinski actuel, sans contracture, mais avec une certaine rigidité lors des mouvements provoqués, et ne gênant pas la marche.

2° *Hémichoréo-athétose* électivement localisée au membre supérieur gauche, les mouvements athétosiques prédominant sur ceux à type choréique.

3° *Hémiataxie légère* plus nette au membre supérieur gauche.

4° *Troubles de la sensibilité subjective :* Douleurs continues, spontanées, à l'hémiface gauche, au niveau des membres et plus spécialement à leur racine, avec exacerbations et peu modifiables par les analgésiques. Pas de troubles sensoriels, en particulier, pas d'hémianopsie.

5° Modifications importantes de la *sensibilité objective* dans ses diverses modalités : *hémihypoesthésie superficielle*, avec, pour certaines excitations cutanées imprévues, hyperesthésie passagère ; *troubles accentués et persistants des sensibilités profondes*, avec astérognosie.

6° Crises convulsives comitialiformes et manifestations psychopathiques.

Il s'agit là (1), abstraction faite des éléments du paragraphe 6, d'un ensemble symptomatique caractéristique de ce que Déjerine a, avec Egger, individualisé en 1903 sous le nom de *syndrome thalamique*, dont il a repris ensuite l'étude avec Roussy, et auquel ce dernier a consacré une remarquable thèse inaugurale (2). Le cas est même tout à fait superposable au type schématique qu'ils ont fait connaître. Depuis lors, les travaux de divers auteurs confirmatifs des précédents (André Thomas, Claude, P. Marie et Foix, Thiers, Monier-Vinard, Léri, Guillain, Wilson, Byrne, Senise), ont contribué à donner rang nosologique à ce syndrome, et, bien qu'il ne soit pas d'une fréquence considérable, les observations s'en sont multipliées, quelques-unes minutieusement étudiées et suivies d'autopsies (Winckler et van Lorder (d'Amsterdam), Haskowec, Head et Gordon Holmes).

(1) DÉJERINE. *Séméiologie des affections du système nerveux*, 1914, p. 922.

(2) ROUSSY. La couche optique, *Th. de Paris*, 1907.

La malheureuse expérience de la guerre a même permis d'individualiser un syndrome thalamique traumatique [Léri, Guillain (1), Faure-Beaulieu et Aymès (2)].

A l'heure actuelle, un seul des éléments de ce syndrome demeure quelque peu discuté; il s'agit de la choréo-athétose, dont, pour la plupart des auteurs étrangers, la couche optique était responsable. Considérée par d'autres (Charcot et Raymond) comme relevant d'une lésion capsulaire, et plus spécialement d'une excitation pyramidale (Kahler et Pick), il semble bien que l'on puisse à l'heure actuelle, à la lumière des connaissances récentes sur la physiologie des noyaux gris centraux, l'attribuer à une extension de la lésion vers les corps striés (3).

Ajoutons qu'à côté de cette forme type, le syndrome thalamique de Déjerine-Roussy, peut revêtir des aspects symptomatiques très divers, dus encore à la variation topographique de la lésion causale (extension de voisinage, formes associées ou mixtes).

C'est ainsi qu'il existe des formes où la lésion a fait plus que lécher partie d'autres noyaux gris; il en résulte un syndrome mixte *thalamo-strié*. Si le faisceau pyramidal est lésé sérieusement, la rétrocession des troubles parétiques s'effectue insuffisamment d'où le syndrome *thalamo-pyramidal*.

Dans la période de début du syndrome on a pu noter des *formes sensitivo-sensorielles* (Haskowec) parmi lesquelles on ne peut vraiment retenir, légitimée par la fixité des symptômes, que la forme thalamo-hémianopsique.

Citons encore les *formes incomplètes ou frustes*, les phénomènes sensitifs pouvant, à eux seuls, constituer toute l'expression clinique du syndrome (4).

Les symptômes constatés dans le type pur du syndrome thalamique (abstraction faite de la choréo-athétose dont l'origine est, nous l'avons dit, discutée), relèvent d'une lésion siégeant, non pas en un point quelconque du thalamus, mais occupant le noyau externe de ce noyau gris (partie postéro-externe), empiétant sur les noyaux interne et médian et intéressant, à un degré très minime, un certain nombre de fibres motrices du segment postérieur de la capsule interne. Ce sont donc surtout les fibres bulbo-thalamiques conductrices de la sensibilité générale, pour lesquelles la couche optique constitue un relai dans leur trajet vers l'écorce, qui sont plus ou moins altérées.

C'est encore à la clarté des notions d'anatomie

(1) GUILLAIN. Syndrome thalamique consécutif à une blessure de guerre, *Soc. méd. des hôpit.*, 9 nov. 1917.

(2) FAURE-BEAULIEU et G. AYMÈS. Syndrome thalamique traumatique, *Revue neurol.*, juillet-août 1918, n° 7-8.

(3) Roussy et Cornil, qui ont étudié dans deux cas de syndrome thalamique avec choréo-athétose les modifications du tonus musculaire au cours des mouvements automatiques comme la marche par exemple (syntonies d'automatisme) et lors des mouvements commandés (hypertonie intentionnelle), incriminent dans ce cas une destruction d'une partie plus ou moins grande de la queue du noyau lenticulaire. Dans deux cas cliniquement analogues, mais sans troubles du tonus (cas Jossaume, cas Hudry de la thèse de Roussy, p. 225 et 253), l'autopsie montrait une atteinte légère du corps strié.

(4) LHERMITTE et FUMET. Syndrome hémialgique pur d'origine thalamique chez un lacunaire, *Soc. de neurol.*, 5 mai 1921 et *Revue neurol.*, 1921, n° 5, p. 468.

relatives au trajet de la voie sensitive principale de la moelle à l'écorce, à ses rapports avec les autres faisceaux (pyramidaux, cérébelleux, etc.) et noyaux nerveux, que l'on pourra distinguer le syndrome thalamique d'avec les syndromes résultant des lésions plus ou moins systématisées au niveau des divers étages classiques. C'est ainsi que l'on pourra — la nature organique de l'affection étant établie — éliminer successivement toute une série de syndromes comportant association d'hémianesthésie et de troubles moteurs (hémitremblement, hémiataxie, hémiasynergie, hémiparésie), et dont quelques-uns du type alterne avec lésions nucléaires ou des fibres d'association : syndromes bulbaires de Cestan-Chenais et de Babinski-Nageotte, syndromes protubérantiels (type Milliard-Gubler sensitif, type Raymond et Cestan), syndrome de la calotte pédonculaire ; syndromes des tubercules quadrijumeaux avec troubles ataxo-choréo-cérébelleux et troubles *visuels*, ou *auditifs*, selon qu'il s'agit des tubercules *antérieurs* ou *postérieurs*.

Reste à envisager une lésion portant sur le trajet thalamocortical des fibres sensitives et, en particulier, sur l'épanouissement cortical. Une telle lésion engendre des phénomènes et notamment une « dissociation entre les troubles moteurs et sensitifs (1). que l'on peut facilement confondre avec ceux fournis par une lésion thalamique et que l'on groupe sous l'appellation de syndrome cortico-pariétal ou de syndrome sensitif cortical, selon que l'on pense de façon anatomique ou physio-pathologique. Pieron a, avec juste raison, proposé de lui donner le nom de *syndrome de Verger-Déjerine*, du nom des deux auteurs qui l'ont identifié et décrit.

Classiquement et schématiquement on reconnaît ce syndrome aux caractéristiques suivantes (en dehors des circonstances étiologiques) :

1° *Hémiparésie*, le plus souvent peu marquée, à tendance régressive et avec réflexe plantaire en flexion;

2° *Hémiataxie légère* ;

3° Modifications importantes de la *sensibilité objective* dominant le tableau clinique : conservation ou très légère altération des sensibilités superficielles (tact, douleur, température), conservation de la sensibilité osseuse vibratoire ; par contre, altération très marquée du *sens des attitudes*, du sens de *discrimination tactile* (élargissement des cercles de Weber parfois considérable), du *sens stéréognostique*, l'altération de ce dernier allant quelquefois jusqu'à l'*astéréognosie absolue*.

4° Existence possible de troubles sensitifs à topographie pseudo-radiculaire [territoire cubital ou radial (1)].

5° Absence à peu près complète de *troubles sensitifs subjectifs*; tout au plus constaterait-on quelques dysesthésies.

6° Présence possible de l'*aphasie* quand les lésions siègent à gauche.

(1) G. Roussy. *Les troubles sensitifs d'origin ecérébrale*, in *Questions neurologiques d'actualité*, 1 vol., p. 104, Paris, Massou, 1922.

(2) H. Roger et G. Aymès. Troubles sensitifs pseudo-radiculaires et parésie limitée aux doigts par blessure corticale, *Marseille méd.*, 1er avril 1919 ; — Troubles sensitifs permanents pseudo-radiculaires de la main gauche et crises jacksoniennes par lésion corticale spécifique, *Marseille méd.*, 15 sept. 1919 ; — Valeur des anesthésies pseudo-radiculaires du membre supérieur pour le diagnostic médico-légal des épilepsies jacksonniennes brachiales traumatiques, *Congrès des neurol. et alién.*, Luxembourg 1921, et *Sud méd.*, 15 sept. 1921.

L'on se rend compte des difficultés que peut présenter le diagnostic différentiel entre ce syndrome sensitif cortical et le syndrome thalamique. Aussi a-t-on cherché (Holmes, Head, Byrne, P. Marie et Bouttier) dans l'analyse des modalités mêmes des troubles sensitifs, des éléments que l'on pourrait plus électivement rapporter, soit au thalamus, soit à l'écorce pariétale.

C'est ainsi que Head insiste sur la variabilité des résultats fournis par l'examen objectif de la sensibilité, attribuable à la fatigabilité plus grande du sujet et contrastant avec la fixité et la permanence des troubles sensitifs thalamiques.

C'est ainsi encore que dans les lésions du thalamus l'on observerait la *surréaction*, c'est-à-dire une tendance du malade à réagir de façon excessive à toute « excitation déplaisante ou plaisante » que celle-ci s'adresse à la sensibilité générale ou à la sensibilité spéciale de la moitié atteinte.

En ce qui concerne notre malade, l'existence de crises convulsives, du type comitial, les manifestations psychopathiques pourraient faire songer à attribuer tous les phénomènes constatés à une lésion étendue du cortex occupant en particulier à la fois les zones rolandique et pariétale ascendante. Nous pensons cependant qu'il existe des lésions à topographie distante, les unes corticales, les autres thalamiques apparues indépendamment les unes des autres à des époques d'ailleurs, nous l'avons dit, très différentes.

Ce qui le prouverait encore mieux, si nous n'avions pas connaissance de la précession des manifestations convulsives c'est la dissociation thérapeutique constatée dans ce cas, et qui le rapprocherait — à ce point de vue seulement — du cas d'épilepsie partielle continue (syndrome de Kojewnikow) décrit par Souques (1). Dans le cas de Souques un traitement par le gardénal fit disparaître les symptômes convulsifs, mais n'eut aucun effet sur les myoclonies interparoxystiques. De même, chez notre malade, divers traitements sédatifs (bromure notamment), prescrits depuis son ictus, ont diminué la fréquence des crises, mais n'ont eu aucune influence, autant qu'il nous a été permis de nous en rendre compte, sur les mouvements anormaux. Mais nous savons bien par ailleurs qu'il s'agit ici de troubles choréo-athétosiques et non cloniques et qui ne sont point liés à l'altération du cortex. La seule chose qui puisse donner à ces deux ordres de lésions une certaine unité, c'est, à notre avis, une étiologie univoque que nous exposerons ultérieurement.

Certaines constatations négatives et positives nous permettent donc dès maintenant d'affirmer qu'il ne s'agit pas, dans notre cas, d'un syndrome sensitif cortical. Parmi les premières nous mentionnerons l'absence de troubles sensitifs à topographie pseudo-radiculaire.

Parmi les deuxièmes, nous noterons l'existence des mouvements choréo-athétosiques, l'abolition de la sensibilité vibratoire, la surréaction à la piqûre, au pincement et au froid, et surtout la *douleur spontanée*. P. Marie et Bouttier (2) concluent, d'ailleurs, d'une longue étude sur les dissociations de la

(1) Souques. Dissociation des paroxysmes convulsifs et des secousses interparoxystiques dans l'épilepsie partielle continue et interprétation de cette dissociation, *Revue neurol.*, janv. 1922, n° 1, p. 61.

(2) Pierre Marie et Bouttier. Etudes cliniques sur les modalités des dissociations de la sensibilité dans les lésions encéphaliques, *Revue neurol.*, janv. 1922, n° 1.

sensibilité que cette douleur spontanée reste le vrai et « seul signe de présomption » en faveur d'une lésion du thalamus.

Il est donc légitime d'affirmer, le cas étant dégagé de sa complexité apparente (crises comitiales, troubles psychiques), que nous sommes bien en présence d'un syndrome thalamique pur, tel du moins qu'on le conçoit classiquement (toutes réserves faites de l'origine striée de la choréo-athétose).

En l'absence du cortège symptomatique de l'hypertension intracranienne, nous conclurons à la non-existence d'une tumeur encéphalique pour rattacher le syndrome dans son étiologie et sa pathogénie à des lésions d'artérite ou à une gomme, de nature vraisemblablement spécifique, malgré le Bordet-Wassermann négatif (hérédo-spécificité).

En terminant, il semble qu'il soit possible d'opérer à quelque degré un curieux rapprochement entre les troubles globaux présentés par cette malade et ceux que l'on observe dans la chorée d'Huntington où des lésions cortico-striées s'accompagnent souvent de troubles psychiques. De plus, dans l'un et l'autre cas, même terrain de vulnérabilité neuropsychique.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

A FORME PYOHÉMIQUE

(ARTHROPATHIES, IRIDO-CHOROIDITE, PAROTIDITE SUPPURÉES)

Par Jean TAPIE,

Chef de clinique médicale à la Faculté de Toulouse.

L'étude de la méningite cérébro-spinale épidémique, dont les remarquables travaux de Netter et Debré, de Dopter avaient fixé les traits essentiels, a été complétée pendant la guerre; elle constitue aujourd'hui l'un des chapitres les mieux achevés de la pathologie. L'observation clinique et les recherches bactériologiques ont montré que la méningite n'était qu'une des localisations de l'infection méningococcique. La dissémination sanguine du méningocoque est extrêmement fréquente, constante même d'après certains auteurs; elle précède, accompagne ou suit la localisation méningée; elle peut aussi exister indépendamment de toute atteinte des méninges (1). L'infection méningococcique ne se traduit parfois que par des phénomènes généraux; il s'agit alors de septicémie pure; plus souvent, elle s'accompagne de localisations diverses du germe pathogène au niveau des séreuses, des viscères, des organes des sens. Nous avons eu l'occasion d'observer un malade chez lequel l'affection, en raison de la multiplicité de ces localisations métastatiques, a revêtu une physionomie particulière qui nous a paru justifier le terme de *forme pyohémique* de la méningite cérébro-spinale.

Observation. — R..., vingt et un ans, cavalier au dépôt de remonte de Brüka, entre le 12 avril 1914 à l'hôpital militaire d'Auch.

Ce militaire, dont le passé pathologique se résume dans une fièvre typhoïde de l'enfance, a été pris brusquement, le 9 avril, alors qu'il était occupé à laver ses effets, d'un grand frisson et d'une violente céphalée; il s'alite et présente plusieurs vomissements. Le lendemain, agitation, état fébrile; un médecin prescrit un purgatif; dans la soirée, la céphalée devient plus intense; vomissements répétés; le malade souffre au niveau de ses articulations métacarpo-phalangiennes. Le 11 avril, raideur généralisée, aggravation de l'état général. Le malade est évacué d'urgence le 12 avril sur l'hôpital d'Auch.

Examen a l'entrée. — Homme robuste au facies vultueux, couvert de sueurs; quelques éléments herpétiques au niveau de la lèvre inférieure; conjonctivite légère de l'œil gauche avec photophobie et larmoiement. La tête est renversée en arrière; les membres inférieurs sont légèrement fléchis. Le malade est sobre de tout mouvement, dans la crainte d'exaspérer ses douleurs qui sont particulièrement intenses au niveau de la nuque et de la face postérieure des membres inférieurs. La face dorsale des mains est le siège d'un érythème diffus sur lequel tranchent, par leur teinte plus sombre, violacée, de petits éléments purpuriques. L'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche est tuméfiée; les téguments qui la recouvrent ont une coloration écarlate; la jointure est immobilisée et la pression en est extrêmement douloureuse. Les articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius droits présentent des lésions identiques.

L'association de ces arthropathies et d'une éruption érythémato-purpurique nous fait immédiatement envisager l'hypothèse d'une méningococcie. Les signes d'irritation méningée (raideur de la nuque, signes de Kernig et de Brudzinski) confirment ce diagnostic. Le malade présente, d'autre part, de l'hyperesthésie généralisée et une raie vaso-motrice persistante. Pas de troubles sphinctériens. Les réflexes cutanés sont normaux; les réflexes tendineux affaiblis. Audition normale. Pas de paralysies des muscles des yeux; les pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation. Urines abondantes, sans albumine ni sucre. Température axillaire, 40°1; pouls, 118.

La *ponction lombaire* donne issue à un liquide épais, franchement purulent. Le culot est exclusivement formé par des polynucléaires altérés, renfermant de nombreux diplocoques Gram négatifs. L'identification du germe, après ensemencement sur gélose-ascite, a été poursuivie au laboratoire de bactériologie militaire par le médecin-major Cathoire; il s'agissait d'un *méningocoque*.

Traitement : *injection intrarachidienne de sérum antiméningococcique, 30 centimètres cubes*; chloral, 2 grammes.

13 avril. — La céphalée est moins vive; le malade est plus calme. Les signes d'irritation méningée et les arthropathies métacarpo-phalangiennes persistent. Température, 38°2; pouls, 116. *Injection intrarachidienne de 30 centimètres cubes de sérum*; chloral, 2 grammes.

Même traitement les deux jours suivants; le malade a donc reçu en quatre jours 120 centimètres cubes de sérum de Dopter. Après la quatrième injection, le liquide céphalo-rachidien est encore légèrement opalescent; dans le culot, les polynucléaires sont rares; nombreux mononucléaires; pas de germes à l'examen direct; ensemencement sur gélose-ascite négatif. L'amélioration clinique est d'ailleurs évidente; la céphalée a disparu; le malade est calme. La température oscille encore autour de 39 degrés.

17 avril. — Le malade accuse une vive douleur au niveau du genou droit qui est tuméfié; l'extension complète de la jambe est impossible; choc rotulien très net. Dans la soirée, le malade se plaint aussi d'une diminution de la vision de l'œil droit; nous constatons, en même temps qu'une légère conjonctivite, une décoloration de l'iris et la présence d'un exsudat purulent dans la chambre antérieure. Nous montrons le malade à un oculiste, M. le docteur Dansan, qui confirme le diagnostic d'*irido-choroïdite suppurée*.

Compresses chaudes; collyre à l'atropine; injection hypodermique de 40 centimètres cubes de sérum antiméningococcique.

18 avril. — Aspect trouble de la pupille droite qui ne réagit plus; de ce côté, l'acuité visuelle est à peu près nulle.

Nouvelle arthropathie au niveau du genou gauche.

Injection intraveineuse de 5 centimètres cubes d'électrargol. Urotropine, 1g50 par ingestion.

20 avril. — Etat stationnaire; la tuméfaction des genoux

(1) Portret. Les méningoccémies, *Th. de Paris*, 1912. — Brette. *Th. de Lyon*, 1918. — Olive. *Th. de Toulouse*, 1919. — Ribierre, Hébert et M. Bloch. Méningococcémie sans épisode méningé ou à épisode méningé tardif, *Ann. de méd.*, 1919, p. 341.

est encore plus marquée. Les signes méningés sont cependant très discrets; la *ponction lombaire* donne issue à un liquide clair, hyperalbumineux, contenant de rares lymphocytes.

La *ponction du genou* gauche permet de retirer 20 centimètres cubes de pus verdâtre, bien lié, dans lequel l'examen microscopique montre quelques diplocoques en grains de café. *Injection intraarticulaire de 15 centimètres cubes de sérum.*

Le lendemain on ponctionne le genou droit dans lequel on injecte aussi 15 centimètres cubes de sérum.

L'amélioration des phénomènes articulaires est immédiate : les douleurs s'atténuent, le gonflement disparaît; trois jours plus tard, les deux genoux sont souples, indolores; on ne perçoit pas de craquements. Pas de modification du côté de l'œil; on constate un début d'atrophie du globe.

25 avril. — La température s'élève brusquement à 40°1 ; le pouls s'accélère; le malade souffre au voisinage du lobule de l'oreille gauche ; on constate une tuméfaction douloureuse de la *parotide* avec infiltration et rougeur des téguments; les mouvements de la mâchoire sont limités et douloureux; il n'existe aucune modification de l'orifice du canal de Sténon.

Le lendemain, la fluxion a diffusé vers la face et jusque dans la région sous-maxillaire; la coloration de la peau rappelle celle de l'érysipèle. Une ponction pratiquée au centre de la tuméfaction parotidienne donne issue à un pus grumeleux, mêlé de sang, dans lequel il est impossible de retrouver le méningocoque par l'examen direct. Traitement : applications chaudes, pulvérisations, injections intramusculaires d'électrargol. La température s'abaisse; la tuméfaction diminue progressivement. Le 20 mai, la face a repris son aspect antérieur; le malade accuse quelques douleurs dans le domaine du trijumeau.

L'état général reste profondément altéré; l'amaigrissement est considérable; parésie des membres inférieurs; diarrhée; état subfébrile irrégulier. Les signes d'irritation méningée ont disparu; le 12 mai, la *ponction lombaire* donne un liquide céphalo-rachidien normal. Très lentement, d'ailleurs, l'amélioration se poursuit, et le malade entre enfin en convalescence. La maladie a duré trois mois. Le malade a été immédiatement réformé pour perte complète de la vision de l'œil droit.

L'extrême gravité de cette méningite cérébro-spinale s'est affirmée à son début par l'intensité des phénomènes méningés, par la précocité des éruptions érythémato-purpuriques et par l'atteinte simultanée de plusieurs articulations. Ces complications cutanées et articulaires sont une preuve de la dissémination sanguine du germe à la période initiale de l'affection. La localisation méningée ne résume donc pas, à elle seule, toute la maladie; celle-ci ne nous apparaît plus comme une affection primitive des méninges, mais comme une infection généralisée dont la méningite constitue habituellement la plus importante localisation. On a longtemps méconnu cette notion parce que l'infection sanguine est le plus souvent éphémère, alors que les accidents méningés dominent la scène et poursuivent leur évolution.

Chez notre malade, l'infection sanguine persistante a pu déterminer de graves complications après que les accidents méningés avaient été rapidement enrayés par la sérothérapie. Et, dans l'ensemble, la maladie a passé par deux étapes : 1° une phase relativement brève pendant laquelle on constatait à la fois des signes de méningite suppurée et des phénomènes traduisant l'envahissement du sang par le méningocoque; 2° après l'action remarquable du sérum sur les accidents méningés, une longue période de *méningococcémie subaiguë* à forme pyohémique. Celle-ci s'est accompagnée de localisations multiples, de gravité diverse ; quatre d'entre elles ont particulièrement retenu notre attention :

a. Les ÉRUPTIONS PURPURIQUES qui, coïncidant avec des manifestations articulaires, ont imprimé à la maladie l'allure d'un « purpura rhumatoïde » d'une exceptionnelle gravité. Ces éruptions, fréquemment observées dans les méningococcémies, donnent à ces dernières « un air de famille ». Au moment où elles apparaissent, l'hémoculture est souvent positive; dans certains cas, l'ensemencement du contenu des éléments éruptifs a permis d'isoler le méningocoque à l'état de pureté (1).

b. Les ARTHROPATHIES constituent la plus fréquente des complications métastatiques de la méningococcie (2). Chez notre malade, elles ont frappé plusieurs jointures : les genoux, les articulations métacarpo-phalangiennes. Ces suppurations articulaires, dans lesquelles nous avons pu retrouver le méningocoque, ont parfaitement guéri après injection intraarticulaire du sérum spécifique; nous n'avons observé dans la suite ni raideurs, ni craquements, ni ankylose. On ne peut s'empêcher, suivant la judicieuse remarque de Netter et Debré, d'opposer l'heureuse évolution de ces pyarthroses à celle des arthrites gonococciques qui aboutissent le plus souvent à l'impotence fonctionnelle et à l'ankylose.

c. L'IRIDO-CHOROIDITE SUPPURÉE est une complication redoutable de la méningite cérébro-spinale. Dans notre cas, nous l'avons vu débuter au moment où les accidents méningés disparaissaient sous l'influence de la sérothérapie intrarachidienne; il y a donc une indépendance évidente de la complication oculaire vis-à-vis du processus méningé (Netter et Debré). Elle a évolué sans douleurs et avec des phénomènes réactionnels insignifiants; une brusque diminution de la vision a seule attiré notre attention du côté de l'œil où nous avons constaté l'aspect trouble de l'iris et la suppuration de la chambre antérieure. Cette irido-choroïdite a continué son évolution malgré les injections de sérum intrarachidiennes, sous-cutanées, intraarticulaires; elle s'est terminée par l'atrophie du globe avec perte complète de la vision de cet œil. L'inefficacité du traitement doit être attribuée à l'insuffisance de diffusion du sérum qui n'a pu atteindre l'agent pathogène au niveau des milieux oculaires. Comme l'a fort bien exprimé Flexner, il est indispensable, pour que le sérum antiméningococcique ait une réelle efficacité, qu'il soit injecté au contact même du foyer où le germe se multiplie. Cette nécessité apparaît encore dans la résistance qu'offrent au traitement les méningites cloisonnées et les localisations ventriculaires du méningocoque. A l'époque où nous avons observé ce malade, cette notion ne nous apparaissait pas avec la même évidence; mais quelques années plus tard, M. Netter (3) démontrait qu'il était possible d'obtenir dans certains cas la guérison de l'irido-choroïdite par les injections de sérum spécifique sous la conjonctive et dans le corps vitré; plus récemment, MM. Sainton et Bosquet (4) ont employé avec succès cette méthode. Nous n'hésiterions pas à

(1) NETTER et SALANIER. *Soc. de biol.*, 1916 et 1917. — J. RENAULT et CAÏN. Preuves histologiques et bactériologiques de l'origine septicémique du purpura de la méningite cérébro-spinale, *Ann. de méd.*, 1920, p. 114.

(2) NETTER et DEBRÉ. *La Méningite cérébro-spinale*, 1911. — SAINTON et MAILLE. Les manifestations articulaires méningococciques, *Presse méd.*, 1915, n° 42. — DOPTER. *L'Infection méningococcique*, 1921.

(3) NETTER. Guérison de l'irido-choroïdite suppurée à méningocoque par les injections de sérum antiméningococcique dans le corps vitré, *Soc. de biol.*, 6 mars 1915.

(4) SAINTON et BOSQUET. *Soc. méd. des hôpit.*, 23 mars 1916.

y recourir personnellement si nous nous trouvions en présence d'un nouveau cas d'irido-choroïdite méningococcique.

d. La PAROTIDITE est une localisation peu commune de la méningococcie. Lemierre et Lantuéjoul (1) l'ont observée au début de la maladie; plus souvent elle apparaît dans le déclin de l'affection, comme dans les deux cas rapportés par Serr et Brette (2). Il ne semble pas qu'on doive incriminer l'infection ascendante de la glande par voie canaliculaire; et nous pensons plutôt avec Serr que le méningocoque arrive à la parotide par voie sanguine. S'il en est ainsi, la parotidite constitue une des localisations de la méningococcie; l'hémoculture en donne parfois la preuve (Serr et Brette); cette pathogénie est encore évidente lorsque la fluxion parotidienne coïncide avec d'autres localisations du méningocoque : pyarthrose et irido-choroïdite dans notre observation; orchi-épididymite et thyroïdite chez le malade de Lemierre et Lantuéjoul.

Le terme de *forme pyohémique* de la méningite cérébro-spinale nous paraît convenir à des cas analogues à celui dont nous venons de signaler les principaux traits. La multiplicité des localisations séreuses, glandulaires, viscérales, sensorielles en fait la gravité. Dans ces conditions, ce n'est donc pas seulement à la localisation méningée que le traitement doit s'attaquer; il faut atteindre le méningocoque partout où il se fixe et se multiplie; d'où la nécessité d'associer à l'injection rachidienne les injections sous-cutanées, intramusculaires, et, suivant les cas, de porter directement le sérum spécifique dans une articulation ou dans le corps vitré.

Enfin, il n'est pas superflu de faire remarquer que si les formes pyohémiques de la méningococcie peuvent résulter de l'envahissement de l'organisme par un germe très virulent, on les observe le plus souvent quand la nature de la maladie a été pendant plusieurs jours méconnue. Dans la méningite cérébro-spinale, on ne saurait trop le répéter, le succès thérapeutique dépend de la précocité du diagnostic et de l'heure où a été pratiquée la première injection rachidienne. D'une façon générale, ceci n'est-il pas vrai d'ailleurs pour toutes les maladies infectieuses contre lesquelles nous pouvons lutter à l'aide d'un sérum spécifique? « Frapper vite et fort », tel est, en matière de sérothérapie, le meilleur principe dont puisse s'inspirer le médecin.

REVUE DES THÈSES

La rhinite spasmodique apériodique et son traitement par l'autosérothérapie désensibilisatrice (3), par le docteur Georges DHERS, assistant d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Notre-Dame de Bon-Secours de Paris.

La rhinite spasmodique apériodique ne doit pas être confondue avec le rhume des foins, dont elle se différencie par son étiologie et sa symptomatologie.

La rhinite spasmodique apériodique doit être considérée comme une manifestation anaphylactique de l'organisme sensibilisé; la détermination de la substance sensibilisatrice est presque toujours impossible.

Il existe une forme de rhinite spasmodique non anaphylactique : c'est la rhinite spasmodique a frigore (rhinite colloïdoclasique).

L'autosérothérapie désensibilisatrice est tout indiquée dans le traitement d'une affection d'origine anaphylactique.

Sa technique est facile et peut se faire avec un matériel des plus simples.

Le sérum est d'autant plus actif qu'il est plus récent; c'est pourquoi il faut :

a. Faire des prises de sang peu copieuses et fréquentes;

b. Injecter de petites quantités (1 centimètre cube ou 1 centimètre cube et demi) de sérum récent (trois jours au maximum).

Ces injections d'autosérum sont suivies d'hypotension artérielle et de leucopénie.

Traitement de la tuberculose irienne par les rayons X (1), par le docteur Louis FERRÉ, assistant de radiologie à la clinique ophtalmologique de Lyon.

On peut reconnaître à la tuberculose irienne deux grandes formes cliniques; la forme granuleuse se présentant au début sous l'aspect de nodules gris perlés, et la forme conglomérée et abcédée.

La tuberculose irienne, lorsqu'elle revêt la forme de granulation grise, semble, de par sa constitution anatomopathologique, essentiellement justiciable de la radiothérapie.

Le fait que la lésion siège dans l'œil ne doit pas être un obstacle à l'application des rayons X. L'action de ceux-ci sur l'œil adulte peut être considérée comme nulle, ainsi que le prouvent les 1.200 irradiations oculaires pratiquées à la clinique de M. le professeur Rollet.

M. Ferré nous rapporte trois observations de tuberculose granuleuse irienne. Si, dans deux d'entre elles, un doute peut être émis sur la nature précise de l'affection, il donne par contre un cas indiscutable de granulation tuberculeuse irienne typique (sous forme de trois nodules dans chaque œil) chez une jeune fille atteinte de lupus et de tuberculose laryngée, cas dans lequel la radiothérapie a donné un résultat rapide et complet.

La technique que l'auteur propose (sans d'ailleurs la donner pour définitive) des doses minimes de rayons normalement pénétrants, faiblement filtrés (cinq séances d'irradiations réglées à 1 milliampère, 20 centimètres d'étincelle, 1/2 millimètre d'Al., 8 minutes) est sans danger pour les tissus sains de l'œil.

Ce traitement semble présenter sur la tuberculinothérapie les avantages suivants : il est plus simple comme technique; il n'expose à aucun danger de généralisation tuberculeuse; il donne généralement des résultats extrêmement rapides.

Pour ces différentes raisons, l'auteur croit que le traitement radiothérapique doit constituer la méthode de choix dans le traitement de la tuberculose granuleuse irienne. En tout cas, puisqu'il n'expose à aucun risque, il estime qu'il doit être tenté avant tout autre. S'il échoue ou si les résultats n'apparaissent pas rapidement satisfaisants, il sera toujours temps de s'adresser à la tuberculinothérapie; et même dans ce cas, grâce à une heureuse combinaison, il pourra toujours être un précieux adjuvant.

Contribution à l'étude des dérivés opiacés dans le traitement de certains états névropathiques (2), par M. le docteur E. MERGUI, ancien interne des asiles, licencié ès sciences.

M. Mergui vient de consacrer à ce sujet un travail excessivement intéressant, dans le service de M. le professeur Roger (de Marseille).

De son étude, il résulte que l'opium est le médicament de choix de l'anxiété. Sous forme de Pantopon (opium total) il atténue et même fait disparaître les principaux symptômes qui caractérisent les états psychopathiques : inquiétude morale, agitation, mélancolie simple avec conscience, obsessions et phobies.

(1) LEMIERRE et LANTUÉJOUL. Parotidite, orchiépididymite et thyroïdite au cours d'une septicémie méningococcique, *Soc. méd. des hôpit.*, 23 mai 1919.

(2) SERR et BRETTE. Deux cas de parotidite au déclin d'une méningite cérébro-spinale, *Soc. méd. des hôpit.*, 14 nov. 1919. — EMERIC. Les parotidites dans les infections méningococciques, *Th. de Toulouse*, 1922.

(3) *Th. de Paris.* — Paris, Jouve et Cie.

(1) *Th. de Lyon.* — Trévoux, J. Jeannin.

(2) *Thèse de Montpellier*, juillet 1922, in-8, 140 pages.

Associé à l'atropine et à la papavérine (spasmalgine « Roche ») il lui a donné des résultats très intéressants dans les états névropathiques s'accompagnent de mal-être avec spasmes de la musculature lisse et fait disparaître l'angoisse ; il paraît être, d'après M. Mergui, le médicament spécifique des tremblements essentiels et il modifie heureusement le psychisme dans les états émotifs.

La spasmalgine est très utile dans certaines affections névropathiques telles que les tics, torticolis, contractures, et les états parkinsoniens où tremblements et rigidité arrivent, grâce à cette action, à diminuer d'intensité et parfois à s'effacer.

D'autre part, cette association opium, atropine, papavérine a une action réelle sur la tension artérielle, qu'elle abaisse. Elle amène le sommeil sans provoquer de réveil désagréable et ne produit aucun des phénomènes périphériques : tachycardie ou mydriase, provoqués généralement par l'atropine.

Aux doses thérapeutiques quotidiennes de 1 à 3 comprimés ou ampoules de spasmalgine, cette association n'est pas toxique et ne donne pas lieu à de l'accoutumance, malgré une administration prolongée.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ CHIRURGICALE

EXONÉRATION

Le 27 juin 1909, M. M..., en montant sur l'Hippodrome de Douai, fut victime d'un grave accident qui occasionna une fracture des deux os de la jambe droite, au-dessus du cou-de-pied. Soigné immédiatement à Douai par le docteur J..., puis, au bout de deux mois par le docteur X... (de Berck), M. M... parvint, dit-il, à une grande amélioration de son état; il marchait en s'appuyant seulement sur une canne et il put prendre part à des cross-country. En novembre 1911, M. M... qui n'avait pas l'amplitude de l'articulation de la cheville, fut mis en relations avec le docteur C..., qui pratiqua l'ablation de l'astragale.

M. M... prétendit que cette opération avait été faite contre sa volonté, en dépit de l'engagement pris par le docteur C... que l'astragale ne serait pas enlevé. Cette faute opératoire, ajoutait-il, aurait eu pour conséquence de lui faire perdre le bénéfice de la grande amélioration précédemment acquise, de provoquer une atrophie, un raccourcissement et une déformation du membre blessé, d'en faire le siège de douleurs chroniques, intolérables, et de déterminer ainsi une incapacité le rendant absolument impropre aux occupations dont il était susceptible.

A la date du 31 janvier 1914, M. M... assigna le docteur C... en paiement de 150.000 francs de dommages-intérêts pour réparation du préjudice que ce dernier lui avait ainsi causé par sa faute.

L'affaire fut portée devant la 1re Chambre du tribunal civil de la Seine qui rendit le jugement suivant, le 17 juin 1922 :

« Attendu qu'à la date du 4 juillet 1914, le Tribunal commettait trois experts, MM. les professeurs Delbet et Monod et M. Mouchet, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, à l'effet :

D'examiner M. M... qui prétend avoir été opéré le 11 décembre 1911 par le docteur C... sous des conditions relatées à l'assignation et qui engagerait la responsabilité du chirurgien, soit en elle-même, soit parce que l'astragale lui aurait été enlevé contrairement à la promesse formelle qui lui aurait été faite à cet égard;

De dire si l'opération litigieuse engage la responsabilité du chirurgien;

Attendu que les experts ont procédé à la mission qui leur a été confiée, en s'entourant de tous les renseignements nécessaires, à son accomplissement et que leur rapport conclut ainsi :

« L'opération litigieuse, en l'espèce, l'astragalectomie, ne saurait engager la responsabilité du docteur C..., parce que :

1° Cette opération était légitime;

2° Elle a été pratiquée dans des conditions chirurgicales correctes;

3° Si elle n'a pas eu les heureux résultats qu'elle aurait dû avoir, la faute est à l'opéré »;

Attendu que M... ne s'incline pas devant ces conclusions formelles et catégoriques des experts; qu'il reprend toute son argumentation première consistant à soutenir que le docteur C... n'était pas autorisé par lui à pratiquer l'astragalectomie; que d'ailleurs la légitimité de cette opération ne s'imposait pas et qu'elle n'aurait pas été faite dans des conditions chirurgicales correctes;

Attendu qu'en principe, il n'appartient pas aux tribunaux de trancher des questions d'ordre scientifique et de pratique médicale, qu'ils ne se soucient davantage de prononcer sur l'opportunité d'une opération, sur la méthode à employer et sur le meilleur traitement à suivre;

Attendu que pour répondre aux critiques d'ordre scientifique formulées par M. M... à l'encontre de l'opération qu'il a subie, le Tribunal ne peut donc que constater que cette opération a été décidée et pratiquée par un praticien, professeur à la Faculté de médecine de Paris, dont la science et l'habileté sont universellement reconnues;

Qu'en plus, les trois experts nommés par le Tribunal, praticiens également éminents et présentant toutes les garanties de compétence et de sincérité, affirment d'une façon très catégorique que l'opération était légitime et qu'elle a été pratiquée dans des conditions chirurgicales correctes;

Attendu que ces questions purement techniques se trouvent donc ainsi tranchées définitivement et que M. M... ne saurait être fondé à soutenir qu'on ne se trouve pas ici dans le cas d'un médecin obligé de choisir d'urgence la méthode chirurgicale et le traitement d'un malade en état de crise aiguë;

Qu'il se serait agi uniquement de remédier à un inconvénient dont l'intéressé s'accommodait à la rigueur et pour lequel, en bonne logique, on ne devait plus accepter de courir de risques nouveaux d'impotence ou d'aggravation;

Attendu qu'à ces considérations émanant d'un plaideur intéressé s'opposent les avis éclairés et fortement motivés, d'abord, de l'opérateur et, ensuite, des trois experts, tous les quatre hommes de science professionnelle inspirant la plus entière confiance;

Attendu, d'ailleurs, que M. M..., lui-même, n'a pas toujours tenu le même langage, et qu'après son opération, il a communiqué à des journaux sportifs des nouvelles sur son état qui contredisent formellement ses allégations actuelles;

Que ces notes communiquées sont ainsi conçues :

« Pour la quatrième fois depuis sa chute de juin 1909, le sympathique gentleman qu'est M. M..., vient d'être opéré. Le docteur C... lui a fait avec succès l'ablation de l'astragale;

M. M..., non encore remis de sa chute de juin 1909, vient de subir avec succès, par le chirurgien C..., l'opération de l'astragalectomie;

Le courageux sportman, depuis son accident, a subi trois interventions chirurgicales très graves et des plus douloureuses. On se rappelle que c'est grâce à son énergie et à sa volonté que l'amputation du pied n'a pas été faite lors de l'accident »;

Attendu ainsi que, de l'aveu même de M. M..., les conséquences de son accident avaient été très graves et qu'il ne s'agissait pas uniquement, quand il est allé consulter le docteur C.... d'une simple imperfection physique à faire disparaître ou à dissimuler, mais bien du traitement d'une fracture grave ayant entraîné la déviation du pied;

Que les experts déclarent qu'au moment où le docteur C... a conseillé l'opération, le pied était normalement dévié en dehors, et M. M... ne peut contredire cette constatation en alléguant que cette déviation n'était pas perceptible dans les radiographies;

Attendu ainsi que, de tous les griefs invoqués par M. M... et reproduits dans ses dernières conclusions, il n'en subsiste qu'un seul, celui qui consiste à soutenir qu'en présence du sieur N..., le docteur C... lui aurait donné l'assurance que l'astragale ne serait pas enlevé;

Attendu que les experts, en vertu des pouvoirs qu'ils tenaient du Tribunal, se sont livrés à cet égard à une véritable enquête contradictoire entre les parties;

Qu'ils ont invité M. M... et le docteur C... à faire citer devant eux tels témoins dont les dépositions leur paraîtraient utiles à la manifestation de la vérité;

Que les médecins qui avaient soigné M. M... antérieurement à l'opération ont été entendus;

Que M. N... s'est abstenu de comparaître, et que M. M... s'est contenté de remettre aux experts une déclaration de lui non datée;

Attendu que le docteur G.... qui assistait à la consultation donnée par le docteur C... à M. M..., n'a pas entendu ledit docteur prendre l'engagement d'épargner l'astragale;

Que les experts ajoutent : « Cela ne nous étonne point et nous nous refusons à admettre qu'un chirurgien de la valeur de M. C... ait pu accepter de se soumettre à une pareille condition » ;

Attendu que, dès lors, le témoignage écrit de M. N... qui, n'ayant aucune connaissance en médecine, a pu se méprendre sur la portée des paroles qu'il prête au docteur C..., ne saurait avoir aucune valeur dans le débat actuel ;

Attendu que les faits articulés par M. M... et dont il demande subsidiairement à rapporter la preuve, sont ainsi d'ores et déjà démentis par les faits de la cause, et dans tous les cas dépourvus de toute pertinence. »

En conséquence, le Tribunal a rejeté la demande de M. M... Son jugement, que nous avons tenu à reproduire dans sa presque totalité, permet d'apprécier dans quelles circonstances cette demande était formée. Le médecin et le chirurgien doivent agir avec beaucoup de prudence dans les actes de leur profession, pour éviter non pas absolument un procès, car on ne peut pas empêcher une personne de faire faire une assignation, mais de donner prise à la critique résultant de ce que l'opération aurait été faite contre le gré du malade.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée (1), publié sous la direction de Emile SERGENT, professeur de clinique médicale propédeutique, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS, médecin de la Maternité; L. BABONNEIX, médecin de l'hôpital de la Charité. Tome X : **Sang, Organes hématopoiétiques, Rate, Os**, par MM. le professeur BEZANÇON, L. LE SOURD, AGASSE-LAFONT, PAGNIEZ, HAZARD, SAINTON, APERT.

Depuis les recherches classiques du professeur Hayem, l'étude du sang et des organes hématopoiétiques a fait avec une technique sans cesse perfectionnée les plus grands progrès. Le sang est un liquide complexe : intermédiaire entre les organes secréteurs et les tissus qu'il nourrit et enrichit de substances multiples nécessaires à la vie, il a été une mine inépuisable de travaux originaux dont les applications sont pour ainsi dire journalières en clinique. De la morphologie du sang ont été tirées nos connaissances sur les leucémies. Comment en présence d'un malade qui présente une grosse rate ou des ganglions volumineux faire un diagnostic, sans la numération globulaire et l'étude de la formule leucocytaire? Comment d'autre part établir la nature et le pronostic d'une anémie, si l'on ne connaît pas la réaction des organes hématopoiétiques aux substances destructives des globules rouges? Comment reconnaître une chlorose, et en suivre la guérison par le traitement ferrique, si on ne sait pas quelle est la teneur du sang en hémoglobine?

Mais les sciences hématologiques ne se bornent pas à établir une formule sanguine. Chaque jour un chapitre nouveau se fonde ou perfectionne les acquisitions antérieures : l'histoire des troubles de la coagulation sanguine montre les données multiples sous lesquelles doit être envisagée l'hémophilie. Il en est ainsi pour bien d'autres problèmes qui se posent en clinique. Les auteurs de ce livre, MM. Ph. Pagniez, Agasse-Lafont, se sont préoccupés de mettre les lecteurs au courant des notions hématologiques nouvelles. Mettant de côté les théories incertaines, ils ont surtout eu en vue le diagnostic clinique et le traitement d'un cas déterminé. Leur nom est un sûr garant de l'autorité qui s'attache à leurs articles.

(1) In-8, 1922, 67 fig., 4 pl. en couleurs. — Prix : 25 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Dans le même volume, on trouvera l'exposé des maladies des os. Conçus dans le même esprit, les chapitres qui les concernent sont précis et clairs. M. Sainton, qui a beaucoup étudié les affections osseuses, a donné à son travail une forme extrêmement claire et une documentation extrêmement précieuse. Le rachitisme a été décrit par M. Apert dont les travaux sont extrêmement connus et à juste titre.

Du reste, le livre est présenté au lecteur par M. le professeur Besançon et M. L. Le Sourd, dont la compétence est bien connue et qui ont, en quelques pages, défini l'immense territoire de l'hématologie et montré l'intérêt pratique qui s'attache à cette science. L. G.

La Pratique chirurgicale illustrée (1),
par le docteur Victor PAUCHET.

La Pratique chirurgicale illustrée de Victor Pauchet n'est ni un traité, ni, à proprement parler, une revue. C'est une série de recueils où se trouvent groupés, d'ailleurs sans aucun lien entre elles, des questions diverses de technique chirurgicale, mises au point par Pauchet lui-même ou par des spécialistes choisis. Cette forme de présentation surprend un peu notre routine habituée au plan classique et commode du traité ou du manuel. Mais elle n'importe pas autrement, si, comme c'est le cas ici, chaque sujet forme un tout cohérent et se suffit à lui-même.

Je ne connais pas les deux premiers fascicules de cette publication. Le troisième que j'ai en mains est fort intéressant. Voici de quoi il est fait : La radicotomie, indications par Sicard et technique par Robineau. Le traitement opératoire des fractures récentes par Dujarier. Le cancer de la langue. Les goitres. L'ulcus gastrique et duodénal et particulièrement la gastro pylorectomie pour ulcus prépylorique. Les tumeurs du gros intestin. Enfin l'adénome prostatique.

L'ouvrage contient peu de texte et beaucoup de figures. C'est à sa louange, évidemment, puisqu'il s'agit de technique. Chacun sait qu'en pareil cas nulle description ne vaut un bon dessin ou un schema clair et précis. D'ailleurs, le texte, si condensé et réduit soit-il, occupe une place qui n'est pas négligeable et ajoute fort utilement aux commentaires explicatifs des figures. Il est à la fois concis, substantiel et essentiellement pratique. Peut-être pourrait-on lui reprocher — si toutefois c'est un reproche — l'impression de certitude et de facilité excessives qu'il donne parfois à propos de questions encore discutables ou d'opérations réellement compliquées et délicates. Le chapitre le plus remarquable m'a paru être celui des tumeurs du gros intestin.

CHASTENET DE GÉRY.

Manuel d'éducation prophylactique contre les maladies vénériennes (2), publié sous la direction de MM. les docteurs QUEYRAT et SICARD DE PLAUZOLES.

Ce manuel contient les notions essentielles biologiques et médicales que doivent posséder tous ceux et toutes celles qui ont la mission d'instruire et de conseiller la jeunesse.

Il s'adresse d'abord aux parents qui sont souvent fort embarrassés pour avertir utilement et orienter scientifiquement leurs enfants à l'âge de la puberté et à la veille du mariage.

Ce manuel s'adresse d'ailleurs à tous ceux qui peuvent et doivent exercer une influence morale sur la jeunesse et particulièrement aux professeurs de l'enseignement primaire et secondaire, aux officiers et sous-officiers des armées de terre et de mer. Les médecins militaires et les médecins de la marine chargés de l'éducation prophylactique des jeunes soldats et marins trouveront dans ce manuel les meilleurs conseils pour l'accomplissement de la tâche si délicate dont ils sont chargés relativement à la propagande contre les maladies vénériennes.

Enfin les médecins praticiens trouveront aussi dans ce petit manuel, les directives les plus sûres pour le traitement et la direction morale de leurs malades, notamment en ce qui concerne la délicate question du mariage. L. G.

(1) In-18 jésus de 240 p. avec 308 fig. dans le texte dessinées d'après nature par S. Dupret. Prix : 25 fr. — Paris, G. Doin.
(2) In-8, 1922. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DES PLEURÉSIES PURULENTES

DÉFINITION. — On appelle pleurésie purulente l'inflammation des plèvres, dont l'épanchement est constitué par du pus : c'est en somme un véritable abcès de la plèvre.

Cette suppuration de la plèvre peut occuper la grande cavité pleurale à droite ou à gauche : *pleurésies purulentes généralisées.* Dans certains cas cependant, la cavité pleurale se cloisonne et il peut se former des *pleurésies purulentes enkystées*, tout spécialement au niveau de certaines régions prédisposées : pleurésies interlobaires, médiastinales, diaphragmatiques, etc.

Ces deux variétés de pleurésies purulentes sont très différentes; aussi faut-il décrire à part : les pleurésies purulentes généralisées, et les pleurésies purulentes partielles ou enkystées.

1. Les pleurésies purulentes généralisées. — *A.* DÉBUT. — La pleurésie purulente peut survenir :

a. Chez un individu sain, en pleine santé, brutalement et sans que rien ne paraisse le prédisposer. C'est la *pleurésie purulente primitive*;

b. Chez un malade ou convalescent, ayant été atteint d'une pneumonie, d'une grippe, d'une bronchopneumonie, d'une septicémie puerpérale ou autre, d'un érysipèle, etc. C'est la *pleurésie purulente secondaire.*

Le *début* peut être brusque et franc, marqué par un point de côté très violent, de la toux très pénible, de la dyspnée, des frissons, de la fièvre qui atteint souvent d'emblée à 40 degrés, des sueurs répétées, un faciès pâle et terreux.

Dans les pleurésies secondaires, le plus souvent le début est plus insidieux, parfois même traînant. Le malade n'attache pas grande importance aux malaises, à la fébricule, aux petits frissons dont il est atteint. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps, alors que l'épanchement est déjà abondant, que les signes fonctionnels deviennent tels qu'ils obligent le malade à s'aliter.

Dans certains cas (broncho-pneumonies, grippe, etc.), les signes de la pleurésie doivent être recherchés systématiquement par l'examen, par la ponction exploratrice, par la radioscopie, parce que ses symptômes propres sont voilés par les accidents bruyants de l'infection initiale.

Enfin, on n'oubliera pas non plus que la pleurésie purulente peut provenir de la transformation purulente d'une pleurésie sérofibrineuse ou d'un hémothorax.

B. PÉRIODE D'ÉTAT. — Nous prendrons comme type de description la *pleurésie purulente généralisée, primitive, à streptocoques.*

C'est surtout pour cette variété que le début est brutal, violent, marqué par un point de côté intense, de la toux répétée, de la dyspnée, une élévation de la température à 40 degrés, des frissons et des accès de sueurs.

Il est classique, à la période d'état, de décrire : d'une part les signes du syndrome pleurétique banal et les signes propres de la purulence.

1. *Syndrome pleurétique banal.* — Rappeler rapidement les signes principaux et classiques de tout épanchement pleural généralisé :

Les *signes fonctionnels* marqués par le point de côté, la dyspnée, la toux sèche et quinteuse, l'absence d'expectoration.

Les *signes physiques* qui sont caractérisés par des signes pathognomoniques, la matité de bois à la percussion, matité considérable et qui remonte plus ou moins haut, la diminution ou l'abolition des vibrations à ce niveau, la diminution ou l'abolition du murmure vésiculaire à ce niveau, le souffle pleurétique, doux, voilé, lointain, expiratoire, l'égophonie, la pectoriloquie aphone, le skodisme sous-claviculaire, le déplacement des organes du médiastin vers le côté sain, la respiration supplémentaire, etc.

Enfin *radioscopiquement*, on constate une opacité très étendue, à limite supérieure dégradée, la disparition du cul-de-sac costo-diaphragmatique, l'immobilité respiratoire du diaphragme du côté malade.

2. *Les signes propres de l'épanchement purulent.* — Ce sont l'œdème de la paroi thoracique, le développement de la circulation collatérale, la voussure, les signes pseudo-cavitaires, les signes généraux.

L'*œdème de la paroi thoracique* du côté malade siège ordinairement au niveau de la région sous-axillaire ou sous-épineuse. C'est un signe tardif.

La dilatation du *réseau veineux sous-cutané* du côté malade est un signe qui accompagne souvent l'œdème. Il traduit le trouble circulatoire au niveau de la paroi. L'existence d'une voussure localisée en une région du thorax est à noter. La constatation des *bruits cavitaires* (souffle caverneux avec gargouillement) a une grande valeur. Enfin on peut constater la présence d'adénites axillaires du côté de l'épanchement.

Du côté gauche, on peut constater un symptôme important, la *pulsatilité.* La constatation de pulsations synchrones à celles du cœur sont en faveur d'un empyème gauche. Mais en somme la plupart de ces symptômes physiques sont inconstants ou peuvent être observés au cours des pleurésies sérofibrineuses chroniques.

Les *signes généraux* sont beaucoup plus caractéristiques : ils sont à la fois graves et d'une grande intensité.

La fièvre est élevée souvent irrégulière et à grandes oscillations, parfois rémittente, rarement régulière. La fièvre à grandes oscillations est la plus fréquente, c'est la fièvre banale de suppuration avec ses poussées vespérales intenses, accompagnées de frissons et suivies de sueurs profuses.

L'état général est très touché : teint terreux, pâle, plombé, amaigrissement rapide, troubles digestifs habituels : anorexie, vomissement et diarrhée.

L'examen des urines montre de l'albuminurie.

L'analyse du sang indique une leucocytose abondante.

Ces signes généraux joints aux signes précédents doivent imposer aussitôt une *ponction exploratrice*, qui, seule, fera la preuve de la pleurésie purulente.

Ponction exploratrice. — On doit rechercher systématiquement par la ponction exploratrice l'existence des pleurésies purulentes. Non seulement elle révèle la qualité de l'épanchement pleural, mais elle en permet aussi l'examen bactériologique. Le liquide est constitué par du pus épais, jaunâtre, grumeleux, sans odeur. L'examen direct du pus par étalement et coloration simple, de même que les cultures, révèlent les chaînes caractéristiques du streptocoque. L'inoculation à l'oreille du lapin donne un érysipèle.

C. EVOLUTION. — A côté de la forme aiguë, il faut citer la forme suraiguë et la forme subaiguë.

Dans la *forme suraiguë*, l'évolution se fait vers la septicémie, avec albuminurie abondante, sueurs profuses, diarrhée abondante, grosse rate infectieuse, vomissements, teint subictérique. La mort est la règle, au milieu de ces accidents toxi-infectieux.

Parfois une complication apparaît : pyohémie, endocardite, phlébite, abcès du cerveau.

Dans la *forme subaiguë*, l'évolution est plus lente, avec tendance à la fistulisation cutanée. Il n'y a pas de vomique. La pleurésie purulente à streptocoques n'a aucune tendance à la guérison spontanée. Le malade se cachectise progressivement, et finit par succomber à une suppuration prolongée et interminable, à la dégénérescence amyloïde.

Parfois la mort brusque par syncope peut se produire.

D. AUTRES FORMES CLINIQUES. — Les formes étiologiques sont les plus intéressantes : en dehors de la pleurésie à streptocoques, il faut citer les pleurésies à pneumocoques, staphylocoques, putride, fétide, etc.

1. *Les pleurésies purulentes généralisées à pneumocoques.* — Elles sont ou *primitives*, résultant de la localisation initiale du pneumocoque au niveau de la plèvre, ou bien *secondaires* à la pneumonie. Dans ce dernier cas, on distingue deux éventualités :

— la *pleurésie purulente parapneumonique*, qui est contemporaine à la pneumonie.

— la *pleurésie purulente métapneumonique*, qui éclate quinze jours à trois semaines après la défervescence.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Coutelas, Tinel, M.-P. Weil, Bénard, Küss, Desplas, Rouhier, Ecalle.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ROUEN. — Sont prorogés dans leurs fonctions de chef des travaux pratiques jusqu'à l'expiration de leurs fonctions de professeur suppléant :

MM. Lecaplain, professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale, jusqu'au 30 juin 1929;

Le Grand, professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, jusqu'au 6 juin 1930;

Petit, professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicale et obstétricale, jusqu'au 30 juin 1929.

BOURSES DE DOCTORAT. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 30 octobre 1922.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la Faculté, près laquelle ils désirent poursuivre leurs études. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins, de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que le candidat aura passé sous les drapeaux pendant la guerre.

Les registres d'inscription seront clos le 20 octobre, à seize heures.

Sont admis à concourir :

A. *Ancien régime d'études.* — 1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ou à l'examen du certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année;

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire;

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le deuxième examen probatoire ;

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note « bien » le troisième examen probatoire.

B. *Nouveau régime d'études.* — Les candidats pourvus de quatre, huit, douze ou seize inscriptions qui ont subi avec la note « bien » l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Les épreuves du concours consistent en compositions écrites, savoir :

Etudiants avec quatre inscriptions : une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

Etudiants à huit inscriptions : *a.* Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie ; *b.* une composition de physiologie.

Etudiants à douze inscriptions : *a.* Une composition de médecine ; *b.* une composition de chirurgie.

Etudiants à seize inscriptions : *a.* Une composition de médecine; *b.* une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Peuvent obtenir une bourse de doctorat en médecine de première année les candidats qui justifient :

Soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention « assez bien » au baccalauréat et de 80 points au moins audit certificat ;

Soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention « assez bien » au certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, soit de la mention « assez bien » au baccalauréat et de la mention « bien », audit certificat.

BOURSES DE PHARMACIE. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu au siège des Facultés de pharmacie et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie le lundi 30 octobre 1922.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la Faculté près

laquelle ils désirent poursuivre leurs études. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que le candidat aura passé sous les drapeaux pendant la guerre.

Les registres d'inscription seront clos le 20 octobre, à seize heures.

Sont admis à concourir :

Ancien régime d'études. — Les candidats pourvus de quatre, huit ou douze inscriptions qui ont subi avec la note « bien » les examens de fin de première et deuxième année et l'examen semestriel.

Nouveau régime d'études. — *a.* Les candidats pourvus de quatre, huit ou douze inscriptions qui ont subi avec la note « bien » l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions ;

b. Les candidats pourvus de quinze ou de seize inscriptions qui ont obtenu la note « bien » au troisième examen de fin d'année.

Les épreuves du concours consistent en compositions écrites portant sur les matières énumérées dans le programme suivant :

A. *Ancien régime d'études.* — Elèves à quatre inscriptions : 1° physique et chimie ; 2° botanique.

Elèves à huit inscriptions : 1° chimie organique ; 2° matière médicale et pharmacie.

Elèves à douze inscriptions : 1° pharmacie galénique ; 2° chimie analytique et toxicologie.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

B. *Nouveau régime d'études.* — Elèves à quatre inscriptions : 1° physique et chimie minérale ; 2° botanique.

Elèves à huit inscriptions : 1° chimie organique : 2° matière médicale et pharmacie.

Elèves à douze inscriptions : 1° Pharmacie chimique ; 2° chimie analytique et toxicologie.

Elèves à quinze ou seize inscriptions : 1° Chimie biologique et microbiologie ; 2° pharmacie galénique.

Quatre heures sont accordées pour l'ensemble de ces épreuves.

Les candidats qui justifient soit de la mention « bien » au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention « assez bien » à l'examen de validation de stage, soit de la mention « assez bien » au baccalauréat et de la mention « bien » à l'examen de validation, peuvent obtenir sans concours une bourse de première année.

ADJONCTION DES DÉLÉGUÉS DES ÉTUDIANTS AUX CONSEILS DES UNIVERSITÉS. — Pour les affaires disciplinaires concernant les étudiants immatriculés dans les facultés ou écoles assimilées qui sont déférés au Conseil de l'université, il est désormais adjoint à ce conseil deux étudiants inscrits sur le registre de la faculté ou école à laquelle appartient l'étudiant qui fait l'objet de la poursuite.

Ils sont désignés par leurs camarades au scrutin secret, ainsi que quatre suppléants.

Ces suppléants remplacent les délégués lorsque ceux-ci sont empêchés ou refusent de siéger, ou donnent leur démission, ou terminent leurs études avant l'expiration de leur mandat.

Pour être éligible, il faut être majeur, de nationalité française, et n'avoir encouru aucune peine disciplinaire. La désignation est faite pour deux ans.

Si les délégués et les suppléants régulièrement convoqués pour siéger ne se présentent pas au jour et à l'heure fixés, le Conseil de l'université peut passer outre et statuer en leur absence.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort, à l'âge de cinquante-sept ans, du docteur Robin-Massé, ancien chirurgien de l'hôpital Péan, ex-chef du 1er secteur chirurgical de la 8e région, chevalier de la Légion d'honneur. Il s'était fixé à Bourges, après la guerre.

Ancien élève de Péan, Robin-Massé était un chirurgien de valeur qui a rendu des services appréciés pendant la guerre.

A. B.

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau traité de médecine. Fascicule II : **Maladies infectieuses** (1), publié sous la direction de G.-H. ROGER, Fernand WIDAL et P.-J. TEISSIER.

Ce fascicule renferme une série d'articles du professeur Pierre Teissier, fort bien venus malgré le caractère banal des sujets traités, sur les diverses maladies éruptives : scarlatine, rougeole, rubéole, quatrième et cinquième maladies, varicelle, variole et vaccine, dans lesquels on retrouve condensé en des pages appelées à devenir classiques l'enseignement dont l'éminent clinicien fait bénéficier ses élèves à l'hôpital Claude Bernard.

Citons encore, parmi les plus intéressants articles, celui sur le zona, les herpès et les fièvres herpétiques de M. P. Ravaut, celui sur le typhus exanthématique de MM. Ch. Nicolle et Conseil ; celui sur le tétanos de MM. J. Camus et Gournay, enfin les deux importants articles de MM. Aviragnet, B. Weill-Hallé, et P.-L. Marie sur la diphtérie et de M. H. Barbier sur le rhumatisme articulaire aigu.

Un grand nombre de figures et d'excellentes planches en couleur facilitent singulièrement au lecteur la compréhension des descriptions cliniques et anatomo-pathologiques.

L. G.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Instruments et modes personnels de séméiologie et de thérapeutique otologiques, par le docteur J. MOLINIÉ, ancien président de la Société française d'otorhinolaryngologie, otorhinolaryngologiste du 15e corps d'armée, 1 vol. de 92 p., avec fig. — Prix : 12 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Syphilis. Paludisme. Amibiase. Le traitement d'attaque et les traitements secondaires (préventif, abortif et d'entretien), par le docteur Paul RAVAUT, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Préface du professeur Fernand WIDAL. 2e éd. refondue, 1 vol. de 214 pages. — Prix : 9 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le médecin de l'assistance au Maroc. Conseils pratiques au jeune médecin du service de la santé et de l'hygiène publiques, par les docteurs Charles BOUVERET, médecin chef de l'hôpital indigène de Mogador, et André POUPONNEAU, médecin major de 1re classe aux troupes coloniales du Maroc. Préface de M. le médecin inspecteur Oberlé, 1 vol. de 136 p. — Prix : 7 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

La tuberculinothérapie et le traitement intradermique, par le professeur H. SAHLI, directeur de la clinique médicale de l'Université de Berne. Traduction de MM. Piotrowski et Bickel, de la clinique médicale de Genève, avec la collaboration de l'auteur. Une brochure in-8 de 32 p. — Prix : 4 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

(1) 1 vol. de 766 p., avec 89 fig. et 8 pl. en couleurs. — Prix : 50 fr. — Paris 1922, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

DE QUELQUES TRAITEMENTS RÉCENTS DU RHUMATISME BLENNORRAGIQUE

Par M. PIERRE MOULONGUET,
Interne des hôpitaux de Paris,
Aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris.

D'innombrables traitements ont été mis en œuvre contre le rhumatisme blennorragique. Il pouvait paraître, il y a quelques années, qu'aucun d'eux ne modifiait d'une façon certaine la marche infiniment fâcheuse de cette affection rebelle. Un certain découragement en résultait et pour beaucoup de médecins l'immobilisation de l'articulation atteinte était la seule conduite à tenir. N'était-ce pas, en effet, suivant la phrase de Brun, « le seul traitement qui permette de calmer d'une manière rapide et sûre »? D'un plâtre appliqué en bonne position, le malade sortait guéri, enraidi ou ankylosé. L'arthrite avait évolué suivant sa tendance naturelle. Qui pouvait se vanter d'avoir modifié le cours spontané d'une arthrite blennorragique?

Depuis quelques années, cependant, de nouvelles tentatives sont faites, un nouvel effort est tenté et les résultats abondent déjà, pleins de promesses. Il est possible, dès maintenant, d'en faire la revue et d'en tirer des indications de traitement à propos des différentes formes d'arthrites blennorragiques.

C'est dans deux directions très différentes que la plupart des chercheurs ont travaillé.

Les uns, remettant en honneur un traitement chirurgical déjà ancien, y ont associé la mobilisation précoce.

Les autres ont appliqué à la gonococcie articulaire les traitements spécifiques, vaccino et sérothérapie.

Arthrotomie avec mobilisation précoce. — L'idée d'ouvrir les articulations atteintes d'arthrite blennorragique n'est pas nouvelle.

Il semble que c'est Thiéry qui pratiqua dans le service de Verneuil, en 1892, la première arthrotomie pour arthrite blennorragique du coude (*Soc. anat.*, 1892, p. 712). Vers la même époque, Walther, chez Tillaux, eut l'occasion de refaire cette opération.

Les mémoires de Tillaux, Gervais de Rouville, Bonnet paraissent sur ce traitement et cela indique qu'il était alors en vogue.

La même année, chez Delbet et chez Hartmann, deux thèses sont soutenues sur les bons résultats de l'arthrotomie dans le rhumatisme blennorragique : Parizeau. *Th. de Paris*, 1895-1896, n° 479, et Dezanneau, n° 314.

Morestin, dans son excellent livre classique sur la chirurgie générale des articulations, enseigne la nécessité d'intervenir chirurgicalement sur les formes purulentes de l'arthrite blennorragique.

Les auteurs sont loin, d'ailleurs, de donner tous des techniques analogues pour la pratique de l'arthrotomie.

Pour le genou, par exemple, les uns conseillent l'arthrotomie unilatérale, de quelques centimètres de long; d'autres, l'arthrotomie bilatérale, très longue, pour ne laisser aucun recessus non découvert.

D'autres conseillent de s'en tenir à la ponction au bistouri. C'est, par exemple, la pratique d'Okinczyc.

Ce sur quoi tous insistent, c'est sur la nécessité de bien vider l'articulation, d'expulser notamment les grumeaux séro-fibrineux qui y sont contenus presque toujours. « Ce sont d'énormes placards fibrineux dont deux mesurent environ 6 centimètres sur 4 centimètres avec une épaisseur de 1 centimètre » (Dujarier. *Soc. de chir.*, séance du 7 juin 1922, p. 841).

Certains veulent même que l'on fasse le parage de la synoviale en excisant les adhérences molles en voie d'organisation dans les recoins, notamment dans l'espace intercondylien du fémur. Martin (rapport Bazy. *Soc. de chir.*, séance du 16 mars 1921, p. 390). L'anesthésie générale est nécessaire si l'on veut exécuter ce nettoyage systématique.

Pour la plupart, l'évacuation doit être suivie d'u lavage : soit au sérum, soit à l'eau bouillie chaude à 50 degrés (méthode Cassaët, thèse de Gentile, Bordeaux, 1910-1911), soit à l'éther, soit à l'eau phéniquée. Il peut être bon de mobiliser l'articulation sous le liquide de lavage pour en assurer la dispersion (Souligoux).

Mais les opinions diffèrent surtout au sujet du traitement de la plaie opératoire. Ici il faut distinguer nettement entre les partisans du drainage et ceux de la suture complète.

Les anciens auteurs drainaient et cette pratique a été remise en honneur par Willems qui conseille de laisser les grandes plaies d'arthrotomie bilatérale largement ouvertes, afin que le pus soit expulsé aisément à mesure qu'il se reforme.

Thiéry, cependant, avait suturé son incision d'arthrotomie du coude, et, par la suite, il a toujours refermé les articulations qu'il opérait pour arthrite blennorragique.

C'est cette façon de faire qui est la plus en faveur. Elle est conforme aux principes de la chirurgie aseptique réglée. Et Lenormant a fait observer qu'il serait choquant de laisser ouvert un genou arthrotomisé pour une hydarthrose blennorragique. Pour cette forme anatomique, la suture est donc obligatoire.

Le *traitement postopératoire* est le point essentiel du traitement chirurgical actuel.

Autrefois il était formellement indiqué de mettre le membre dans un appareil jusqu'à ce que tout phénomène inflammatoire eût cédé et de mobiliser ensuite progressivement avec une grande prudence, de peur que le traumatisme provoqué par un mouvement forcé ne réveillât le processus infectieux encore mal éteint.

Ollier enseignait d'immobiliser les articulations pendant un mois au moins après les opérations.

Mauclaire demandait que le délai d'un mois fût abaissé à quinze jours (*Progrès méd.*, 1913).

Guyot (*Th. de Paris*, 1905-1906, n° 129) proposait de débuter par une séance de mobilisation sous anesthésie générale.

Mais c'est seulement dans ces dernières années que la nécessité d'une mobilisation précoce, ou pour mieux dire immédiate, a été reconnue et qu'on a paru abandonner toutes craintes d'aggraver, par les mouvements, la marche naturelle de l'arthrite.

La manière de mobiliser varie suivant la technique de l'arthrotomie et il faut distinguer deux conditions différentes :

La mobilisation est faite sur une articulation ouverte et béante suivant la méthode de Willems.

Elle est faite sur une articulation fermée par suture de l'arthrotomie.

1° La méthode de Willems (*Soc. de chir.*, 1918, p. 568 et 1098) consiste en ce que le malade mobilise seul son membre sans que jamais les mouvements actifs volontaires soient remplacés par des mouvements passifs provoqués.

La mobilisation doit être immédiate, dès que le malade se réveille de l'anesthésie. Elle doit être continuelle, poursuivie jusqu'à la fatigue. Elle doit être systématique, tous les mouvements étant poussés à fond, à bout de course.

En théorie, les contractions musculaires ont une action directe sur les culs-de-sac synoviaux, ils les expriment et ainsi est réalisé un drainage parfait. En principe, les mouvements répétés sans trop longs intervalles sont aisés, le malade ne souffre bientôt plus et il peut réaliser des mouvements de grande amplitude.

En réalité, le traitement demande beaucoup de courage et une véritable collaboration du malade et du chirurgien.

Ce traitement a été appliqué maintenant dans de nombreux cas. On peut juger de ses résultats.

Il en est de bons.

Martin et Bazy en ont apporté chacun un à la *Société de chirurgie* en 1921, séance du 16 mars, p. 390.

Arrou (*Soc. de chir.*, 28 avril 1920, p. 632), rapportant une observation de son service, insiste sur le fait qu'après avoir suivi point par point la technique de Willems, on dut la modifier pour obtenir la guérison. Les mouvements actifs très douloureux étaient de moins en moins amples. Truffert, par une flexion provoquée forcée du genou, exprima le contenu de l'article en un flot de pus. Les mouvements actifs redevinrent possibles. Les jours suivants la même manœuvre produisit le même heureux effet. Cette pratique a l'inconvénient d'être douloureuse. Elle doit être employée cependant si, au cours d'un traitement à la Willems, des signes de rétention apparaissent, c'est-à-dire recrudescence de douleurs, fièvre, limitation des mouvements. Tuffier avait suivi déjà cette méthode mixte de mobilisation active et passive.

A côté de cas heureux, des échecs sont à la charge de la méthode de Willems. Lenormant, après une tentative longtemps poursuivie de mobilisation active et passive, dut plâtrer le genou et le résultat fut une ankylose.

Cotte (*Soc. de chir. de Lyon*, 18 mars 1920, in *Lyon chir.*, p. 482), après arthrotomie bilatérale du genou, tenté de faire faire des mouvements actifs, notamment des mouvements de marche. La douleur est extrêmement vive. La température reste à 40-41 degrés. Sous anesthésie il vide le genou par flexion forcée. L'évolution continue d'être si déplorable qu'il doit mettre le membre dans le plâtre. « L'immobilisation a un effet magique ; le malade dit qu'il n'a jamais été aussi bien depuis le début. » L'ankylose se produit.

Cotte dit en terminant qu'il y a donc des arthrites qui ne guérissent pas par la mobilisation. « Je suis même persuadé qu'il y en a qui sont aggravées. »

2° Quand l'articulation a été suturée, la mobilisation se pratique comme sur une articulation qui n'a pas été opérée et suivant les méthodes ordinaires associant le massage, la mobilisation passive et la rééducation des mouvements.

Les massothérapeutes ont fait remarquer qu'avec une grande douceur, des précautions délicates et une progression très lente on pouvait mobiliser des jointures enflammées, considérées comme bloquées. On trouvera des renseignements sur cette technique appliquée à l'arthrite blennorragique dans la thèse de Fauvel (méthode de Fège, Paris 1920-1921, n° 91).

En 1907, Mongour (de Bordeaux) avait publié quatre observations d'arthrites blennorragiques mobilisées après une ponction évacuatrice, et une observation d'arthrotomie suivie de mobilisation immédiate. C'était cinq succès (*Bull. méd.*, 4 mai 1907, p. 391). Petit de la Villéon, en 1912, apporte une observation d'arthrite aiguë gonococcique du genou traitée par l'arthrotomie au bout de quelques jours (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1912, p. 403).

Depuis lors, cette méthode a été appliquée très souvent. Elle comporte, comme nous l'avons vu, une ouverture plus ou moins large de l'articulation, une évacuation soigneuse du liquide et des grumeaux séro-fibrineux, un lavage et une suture complète. Dans les jours suivants on pratique, si l'épanchement s'est reformé, une ou plusieurs ponctions ; elles ont un effet très heureux sur l'amplitude et l'indolence des mouvements.

Il est impossible de citer toutes les observations publiées, et il en est beaucoup qui ne le sont pas, car la méthode tend à devenir d'usage courant.

La thèse d'Horion (Paris 1919-1920, n° 93) renferme trois observations du service Hartmann. Hartmann, à la Société de chirurgie le 5 mars 1920, apporte deux cas de guérison par l'arthrotomie, alors que les autres traitements avaient échoué.

Capette apporte à la Société de chirurgie (1921) un cas heureux d'arthrite purulente traitée suivant cette technique au bout de quinze jours seulement et parfaitement guérie (rapport Bazy). Rouvillois, au cours de la même discussion, en donne trois observations.

Durand (*Soc. de chir. de Lyon*, 1er déc. 1921) apporte un succès sur un genou.

Là encore, cependant, il y a des échecs. Dans une observation inédite du service Lecène, une arthrite purulente à forme ankylosante du genou ne put être mobilisée après arthrotomie. Il fallut en venir à l'immobilisation, et plus tard, pour remédier aux troubles d'une ankylose incomplète, à la résection. Auvray rapporte un cas analogue où le genou s'était ankylosé en mauvaise position après arthrotomie (*Soc. de chir.*, 1922, p. 381).

Comment peut-on interpréter l'inconstance des résultats ? Faut-il spécifier plus exactement les indications de l'arthrotomie et la réserver à telle ou telle forme d'arthrite blennorragique ?

On sait qu'elles sont multiples et d'ailleurs difficiles à distinguer cliniquement. Leur évolution est cependant très différente. L'hydarthrose à évolution longue et tenace, mais non ankylosante, ne peut être comparée à l'arthrite plastique, pseudo-phlegmoneuse qui va fatalement à l'ankylose. La forme purulente non cloisonnée peut guérir avec un simple enraidissement. Les formes polyarticulaires, d'ordinaire, ne s'ankylosent pas, mais le rhumatisme, après avoir léché plusieurs articulations, peut en mordre une et y produire des lésions définitives.

Arrou a bien insisté, à la fin de son rapport, sur la différence des cas et sur l'erreur que l'on commet à leur vouloir appliquer à toutes le même traitement.

Les conclusions suivantes de Lenormant semblent bien représenter l'opinion de la Société de chirurgie :

« A quel cas d'arthrite blennorragique faut-il appliquer l'intervention chirurgicale? Elle est applicable aux arthrites purulentes et séro-purulentes, cas le plus fréquent, où l'on trouve de gros paquets fibrineux nageant dans un liquide louche et aussi aux simples hydarthroses qui sont souvent désespérantes par la lenteur de leur résorption, l'atrophie musculaire qui les accompagne et les raideurs articulaires qu'elles laissent après elle. »

L'arthrite blennorragique semble, par contre, peu justiciable du traitement chirurgical dans deux conditions : 1° son siège à certaines articulations qui sont très serrées comme le poignet, ou d'un abord difficile comme la hanche; 2° sa forme anatomo-pathologique : la périarthrite phlegmoneuse, dite encore forme plastique ankylosante, évolue si fatalement et si rapidement vers l'ankylose que dans la plupart des cas le traitement chirurgical est voué à l'échec. Tuffier et Walther ne l'ont jamais vue guérir autrement que par ankylose.

Traitements spécifiques. — S'attaquant à l'agent causal, ils peuvent espérer guérir les formes les plus sévères, pourvu qu'ils soient institués assez tôt, avant que les lésions articulaires soient irréparables. De plus ils peuvent être employés contre les formes polyarticulaires qui échappent à l'action chirurgicale.

Une étude d'ensemble de ces traitements spécifiques a été faite par Bonnamour et Salles (*Lyon méd.*, 1914, p. 732 et 792).

1° VACCINOTHÉRAPIE. — Elle a été tentée depuis longtemps contre la blennorragie et ses complications. Les premiers essais semblent être dus à Wright. Nous ne ferons qu'énumérer les différents vaccins qui sont à la disposition des médecins. Nous ne donnerons pas leur mode de préparation. On trouvera les renseignements à ce sujet dans l'article de Cruveilher (*Journ. méd. Français*, 1919, p. 124) ou dans un mémoire de Frassi (*Arch. It. di chir.*, 1921, t. III, fasc. 6, p. 537-648).

Cruveilher propose un vaccin sensibilisé.

Nicolle et Blaizot ont fait le Dmégon.

Baril et Crezé, l'Eucratol.

Lumière et Chevrotier, un entéro-vaccin, la Rhéantine.

David Thompson, un vaccin détoxiqué.

Demonchy, un vaccin aqueux.

Costa, un vaccin formolé (Sieur. *Soc. de chir.*, 19 oct. 1921).

Le Moignic, Sézary et Demonchy, un lipo-vaccin, le Lipogon (*Soc. de biol.*, 23 mars 1918 et 8 fév. 1919).

L'institut Pasteur de Paris prépare un vaccin avec plusieurs races de gonocoques, c'est le plus employé dans les hôpitaux de Paris.

La technique d'emploi est la suivante : l'injection est faite sous-cutanée et de préférence au flanc ou à la région scapulaire. Dans certains cas cependant on a injecté le vaccin au voisinage de l'articulation malade, recherchant l'action locale en même temps que générale.

Il faut commencer par une dose faible pour tâter le sujet. Les réactions doivent être minimes : un peu de chaleur au lieu de la piqûre pendant quelques heures avec un léger érythème. Quelquefois, un léger état nauséeux, une élévation thermique légère. On a signalé dans certains cas un réveil des douleurs dans l'articulation malade et même une poussée rhumatismale dans les articulations jusque-là saines ou déjà guéries.

Ces réactions sont nécessaires pour le bon effet de la vaccination. Les auteurs insistent sur le fait qu'il faut les obtenir sous cette forme légère. C'est une question de dose.

Si la première injection a été trop faible, on double la dose à la seconde, et ainsi de suite. Il est impossible de fixer la dose à l'avance, elle doit varier avec les sujets et avec la gravité de l'arthrite. Dans la règle, à infection forte convient une dose faible et vice-versa.

Une fois la réaction obtenue, il faut attendre sa rémission pour pratiquer une réinjection. Un jour sans fièvre est le délai minimum imposé.

Il faut faire au moins cinq injections. Telles sont les bases, purement cliniques de la conduite du traitement. Elles sont actuellement adoptées au lieu et place des épreuves de laboratoires proposées par Wright et consistant en recherches des opsonines et en établissement de la courbe des phases positives et négatives. La vaccinothérapie est ainsi devenue un traitement pratique.

Elle a été extrêmement employée. Les résultats publiés sont très nombreux. On les trouvera notamment et pour ne citer que les travaux récents :

Dans la thèse de Malleterre (Paris 1912-1913, n° 357).

Dans la thèse de Pignol, à propos du vaccin de Creuzé, qui donne trois observations (Paris 1918-1919, n° 231).

Dans l'article de Renaud Badet (*Annales de derm. et syph.*, 6e série, t. I, n° 2, p. 98), qui renferme deux observations et s'occupe surtout du vaccin de David Thompson.

Dans la thèse de Haddad (Paris 1920-1921, n° 205), qui donne spécialement la technique du lipovaccin et rapporte huit cas de guérison dont un d'arthrite pseudo-phlegmoneuse du coude.

Dans la thèse de Troncy (Paris 1919-1920, n° 204), qui donne dix observations, pour la plupart de polyarthrites.

Quelles conclusions tirer de ces travaux? Le vaccin antigono agit d'une façon inconstante. Ses meilleurs résultats paraissent être dans les formes polyarticulaires. Les échecs sont nombreux dans les formes monoarticulaires et notamment dans la forme ankylosante. Dans ces cas, la vaccinothérapie diminue souvent la fièvre, mais elle n'a pas toujours d'action sur l'arthrite elle-même qui reste douloureuse et qui ne peut être mobilisée.

P. Delbet n'a pas constaté de bons résultats. Noguès, Legueu (*Clin.*, 19 juin 1914) ont eu des résultats divers, d'inconstants succès.

Dans un cas, j'ai observé une grave complication imputable à la vaccinothérapie. Il s'agissait d'une talalgie rebelle, séquelle d'un rhumatisme polyarticulaire guéri sans ankylose. Après deux injections de 1/2 centimètre cube de vaccin de Nicolle, toutes les articulations furent de nouveau atteintes, la température monta à 39 degrés, un érythème apparut. On assista à une nouvelle poussée grave de rhumatisme généralisé. Cet orage passé, la talalgie n'avait pas disparu.

Denis et Delcroix (*Soc. belge d'urologie*, 30 nov.

1913) ont observé des phénomènes généraux réactionnels assez sérieux.

La vaccinothérapie n'est donc pas sans danger.

2° SÉROTHÉRAPIE. — Les essais de sérothérapie contre la blennorragie et ses complications sont d'ancienne date. Il faut distinguer dans ces essais les phases suivantes :

Tout d'abord on tente, à cause des analogies morphologiques entre les deux microbes, du sérum antiméningococcique plus facile à obtenir.

Puis Rogers et Torry ayant réussi à préparer le sérum antigono, d'abord sur le lapin puis sur le mouton, les essais de sérothérapie spécifique commencent sur un grand nombre de cas, en Amérique (*Journ. of Américain med. assoc.* 1906, vol. XLVIII, n° 4, p. 263 et 1907, vol. XLIX, p. 218).

Les injections sont faites le plus souvent sous-cutanées. Les résultats en sont variables. Swinburn n'a, sur 29 cas, que 5 guérisons, Schmidt sur 22 cas, 5 guérisons complètes. Avec le sérum de l'institut Pasteur préparé sur des chevaux par Nicolle (de Paris), Langeron et Bocca (*Lyon chir.*, 1920, t. XVII, p. 362) ont obtenu de bons résultats. Ils font des injections intramusculaires à fortes doses : 150 à 200 centimètres cubes en trois ou quatre fois, et publient 13 cas heureux.

Par contre, Auvray (*Congrès de Strasbourg*, 1921 in *Presse méd.* 1921, p. 807), tant par la vaccinothérapie que par la sérothérapie, a échoué contre une arthrite ankylosante du genou. Des insuccès sont annoncés de tous côtés et il faut conclure que si la méthode n'est pas sans intérêt, ses résultats sont insuffisants.

Pour additionner les effets de la vaccinothérapie et de la sérothérapie, on a tenté d'utiliser le liquide même d'épanchement retiré de l'arthrite gonococcique. On peut en effet compter avec lui sur une immunisation active, puisqu'il renferme des gonocoques et sur une immunisation passive, si la sérosité contient des anticorps. C'est la méthode de l'autopyo-sérothérapie appliquée à l'arthrite blennorragique d'abord par Maillet (*Th.* BÉNASSON, 1910-1912, n° 476), puis par Lop (*Gaz. des hôpit.*, 1912, p. 1489.) Félix Ramond en publie 5 cas heureux à la *Société médicale* (séance du 10 nov. 1911, p. 307). Dufour et Debray ont apporté 3 cas à la *Société médicale* (séance du 12 nov. 1920, p. 1399). Dufour et Thiers (*Soc. méd. des hôpit.*, 18 nov. 1921) ont apporté de nouvelles observations de guérison, une pyarthrose et une hydarthrose du genou. Le liquide retiré, même s'il est purulent, doit être réinjecté aussitôt sous la peau.

3° SÉROTHÉRAPIE LOCALE INTRA-ARTICULAIRE. — Contre le principe des injections sous-cutanées des anticorps gonococciques, Debré et Paraf ont publié une série de notes et de mémoires (*Soc. de biol.*, 6 et 20 déc. 1913 et 17 janv. 1914. *Soc. méd. des hôpit.*, 31 oct. 1919, *Th.* de PARAF, Paris 1919-1920, n° 88).

Ils mettent en relief le fait que les toxines du gono sont surtout des endotoxines et que par conséquent, il faut agir in situ sur les lésions gonococciques si l'on veut assurer la neutralisation de la toxine qui ne diffuse pas. L'analogie est extrême avec les principes de la sérothérapie intrarachidienne contre la méningite à méningocoques et les auteurs concluent à la nécessité formelle de pratiquer contre l'arthrite des injections intra-articulaires de sérum antigono.

La technique de ces injections est la suivante. Il faut ponctionner au niveau d'un cul-de-sac synovial et vider le plus possible l'articulation. C'est dire qu'une grosse aiguille est utile dans les formes purulentes et qu'il faut quelquefois faire des ponctions en plusieurs endroits, s'il s'agit d'une forme cloisonnée. On injecte ensuite le sérum au lieu et place de l'épanchement qui a été retiré. Si la quantité de sérum ne dépasse pas la quantité extraite, l'injection n'est pas douloureuse. On peut, après quelques minutes, retirer le sérum et le remplacer par une quantité équivalente qu'on laisse à demeure.

Il n'y a pas de réaction consécutive. Le lendemain ou le surlendemain, il y a souvent intérêt à recommencer la ponction évacuatrice et l'injection. Trois ou quatre injections peuvent être pratiquées ; il faut se laisser guider par l'état de l'articulation.

Comme pour toutes les thérapeutiques sériques, un intervalle de plusieurs jours ne peut être laissé sans risques entre deux injections. Nous aurons à revenir sur les accidents qui en résulteraient.

Paraf apportait 16 observations avec 14 guérisons totales, c'est-à-dire rétablissement intégral de la fonction articulaire; les deux échecs concernaient des formes polyarticulaires.

Gilbrin (*Th. de Paris*, 1920-1921, n° 38) avait 3 observations : une arthrite pseudo-phlegmoneuse du genou guérie par une seule ponction suivie de lavage avec 60 centimètres cubes de sérum ; une hydartrose du genou guérie ; une péri-arthrite où la ponction de la cavité articulaire ne fut pas possible et où les résultats furent médiocres.

Œttinger et Deguignand (*Soc. méd.*, 1921, n° 13, p. 532) ont publié 8 observations. Leur statistique est extrêmement instructive parce que leurs observations peuvent se classer de la façon suivante : 4 concernent des arthrites traitées seulement par des injections sous-cutanées de sérum ; les résultats ont été variables, parfois médiocres. 2 autres sont des poly-arthrites traitées en même temps par les injections sous-cutanées et par les injections intra-articulaires dans une des jointures. Or celle-ci, et celle-ci seulement, a été favorablement influencée par le traitement. Un poignet fut guéri en une séance, un autre poignet très douloureux fut rendu indolent mais finit par s'enraidir. Enfin, 2 observations concernent des arthrites mono-articulaires, arthrite purulente du genou et arthrite pseudo-phlegmoneuse du poignet, qui furent soignées par l'injection intra-articulaire de sérum. La guérison fut parfaite dans les deux cas. Plus belle preuve de l'efficacité de la sérothérapie intra-articulaire ne peut être apportée.

Ribierre (*Soc. méd.*, 1921, p. 493) a apporté quatre résultats excellents avec restitution ad integrum.

Dans un cas inédit du service Lenormant, une arthrite pseudo-phlegmoneuse du coude accompagnée de phénomènes généraux sérieux fut guérie en six jours par trois injections de sérum dans le cul-de-sac sous-tricipital. L'articulation, absolument immobilisée à l'entrée, était, une semaine après, complètement libre et indolente.

Auvray vient de présenter à la *Société de chirurgie* (14 juin 1922, p. 380), une malade traitée par cinq injections de 20 centimètres cubes de sérum dans le genou. Elle avait récupéré tous ses mouvements et ne présentait aucune atrophie musculaire. Il a fait mention de deux observations analogues.

A la séance du 21 juin 1922 (p. 920 du *Bulletin*), Michon a présenté une malade guérie par la séro-

thérapie intra-articulaire d'une arthrite plastique ankylosante du coude. Il a insisté sur les bons effets de la mobilisation et du massage pour parachever la guérison.

Cette méthode a donc obtenu de très beaux succès. Elle paraît agir sur les formes graves que les autres méthodes ne guérissaient pas, c'est-à-dire sur les formes monoarticulaires ankylosantes.

On lui a fait cependant des critiques. Elle présente des difficultés d'exécution pour les arthrites du poignet, de l'épaule, de la hanche. Ces difficultés ne paraissent pas insurmontables et nous avons cité justement de tels cas où elle a été employée avec succès.

D'ailleurs, il faut remarquer avec Quénu que la péri-arthrite est aussi importante que l'arthrite dans les formes graves. Il s'ensuit que l'injection aux alentours de la cavité articulaire est sans doute très efficace et que même si l'on n'a pas pu retirer par la ponction du liquide articulaire, il y a intérêt à injecter le sérum.

Un grief plus sérieux fait à la méthode de Debré et Paraf est le risque des accidents sériques graves. Ces accidents sont de deux ordres :

1° Shock sérique constaté au cours d'une réinjection, consistant en dyspnée, angoisse, rougeur de la face, vomissements, suivis d'un frisson et d'une forte hyperthermie. Ces acccidents sont impressionnants, il faut les éviter en groupant les injections en une seule série sans intervalles;

2° Réaction sérique intra-articulaire. Celle-ci est moins bien connue; elle est cependant fort importante. Elle consiste en une inflammation intense avec apparition d'un épanchement articulaire, d'un œdème étendu sur le membre et avec réveil des douleurs. Sous ce masque, la guérison de l'arthrite gonococcique passe bien entendu inaperçue. On croit à une récidive du processus infectieux; si l'on renouvelle les injections, on aggrave encore les accidents au lieu de les amender.

Il faut savoir différencier les deux processus. Lemierre et Deschamps y ont insisté à propos d'une belle observation d'arthrite grave du genou guérie par deux injections intra-articulaires de sérum (*Soc. méd.*, 1921, p. 489). Ils ont pratiqué dans ce cas l'examen cytologique et bactériologique répété du liquide d'épanchement. Après la deuxième injection, la formule s'était complètement modifiée, les mononucléaires avaient remplacé les poly et le liquide était stérile. Malgré l'aggravation des signes cliniques, ils ont prévu une guérison prochaine et n'ont plus pratiqué de réinjection, mais bien une évacuation de l'épanchement qui s'était reformé. Leur pronostic s'est montré exact : il s'agissait d'une arthrite sérique.

Depuis cette communication, Bazy (*Soc. de chir.*, 22 juin 1922, p. 888) a parlé de cette arthrite sérique. Michon croit devoir lui rapporter les incidents qui ont retardé la guérison de sa malade. Pour l'éviter, il faut préciser encore davantage la technique de la sérothérapie intra-articulaire. Lemierre et Deschamps pensent qu'elle doit être menée comme la sérothérapie antiméningococcique intrarachidienne. « Après une ponction évacuatrice de l'articulation malade, suivie d'une injection intra-articulaire de 20 à 40 centimètres de sérum, l'articulation doit être vidée chaque jour et chaque évacuation doit être suivie d'une nouvelle injection de sérum jusqu'à ce que la formule cytologique de l'épanchement se soit transformé. »

*
* *

Il semble que de cette revue on puisse conclure de la façon suivante.

On peut maintenant entreprendre avec de grandes chances de succès le traitement d'une arthrite blennorragique.

Contre la forme rhumatismale poly-articulaire la vaccinothérapie paraît le meilleur moyen.

Contre l'hydartrose et la pyoarthrose, l'arthrotomie suivie de mobilisation précoce et la sérothérapie donnent d'excellents résultats.

Contre la péri-arthrite pseudo-phlegmoneuse elle-même, forme ankylosante jusqu'ici incurable, nous ne sommes plus désarmés. C'est à la sérothérapie intra-articulaire qu'il faut recourir d'une façon précoce; par une courte série d'injections quotidiennes, il semble qu'on puisse obtenir des guérisons complètes.

LETTRE D'AMÉRIQUE

La *transfusion du sang*, dont l'histoire moderne a commencé en Amérique il y a quelque quinze ans, semble être bien entrée dans la pratique courante et l'on parle aujourd'hui de 55 transfusions sans plus de façons qu'on n'en parlait d'une série de 2, il y a dix ans. J'ai déjà eu l'occasion de mentionner les méthodes qui se sont succédé en Amérique et de donner un résumé (1) de la manière dont la transfusion est d'habitude appliquée ici. Comme il s'agit essentiellement d'une procédure d'urgence, dans laquelle tout moment compte, les hôpitaux ont adopté le système des donneurs professionnels, à Wassermann constamment surveillé, et à sang classé d'avance, d'après ses propriétés agglutinantes, dans l'un des quatre groupes bien connus (sur lesquels Ottenberg (2) a essayé d'établir une méthode de recherche de la paternité dont l'exactitude n'est d'ailleurs point universellement admise, tant s'en faut). De ces quatre groupes, deux sont fréquents, deux sont rares et l'on pourrait perdre un temps précieux à chercher un donneur III ou IV (car la consanguinité ne donne aucune garantie à ce point de vue), si le classement n'était point fait d'avance.

En ce qui concerne la technique même de la transfusion, la méthode originale *directe*, d'artère à veine, à l'aide de la canule d'Elsberg ou du tube de Brewer, a été abandonnée, sauf pour des cas exceptionnels, et cela bien qu'elle soit indiscutablement le procédé idéal au point de vue de la qualité du sang traansfusé. C'est qu'en pratique elle se heurte à trois grosses difficultés : elle demande des connaissances et une expérience de la chirurgie vasculaire que tout praticien ne possède pas, elle ne permet pas de mesurer la quantité de sang transfusé, elle nécessite chaque fois la section d'une artère, ce qui est incompatible avec le système des donneurs professionnels. Cependant, comme c'est la méthode qui seule met à l'abri des réactions dues à une modification du sang pendant la transfusion et que la prévention d'une réaction de ce genre peut quelquefois être une question de vie ou de mort, il y a des cas où, ainsi que le fait remarquer Bernheim, l'emploi de la transfusion directe s'impose, sous peine de s'exposer à un désastre.

Mais, pour les cas ordinaires, les méthodes *indirectes*, de veine à veine, ont l'avantage de permettre

de mesurer la quantité de sang, de pouvoir être presque indéfiniment répétées et de ne requérir rien que l'adresse nécessaire pour piquer une veine franchement et proprement. Il y a trois principaux procédés de transfusion de veine à veine, qui sont, par ordre d'ancienneté, la méthode à la seringue de Lindeman, la méthode à l'aide d'un appareil intermédiaire alternativement aspirant et foulant et la méthode à l'air libre avec addition de substances anticoagulantes, dite méthode au citrate, car c'est le citrate de soude qui a été presque exclusivement employé. C'est cette dernière technique qui a le plus contribué à généraliser l'emploi de la transfusion du sang, car c'est la plus simple, mais sa popularité a beaucoup décru depuis que l'on s'est aperçu que l'addition de l'anticoagulant n'était point aussi inoffensive qu'on l'avait tout d'abord supposé et exposait à la production de réactions notablement plus fréquentes et plus violentes que la transfusion de sang naturel. Or, ces réactions sont loin d'être sans danger chez les affaiblis que sont toujours les transfusés et se terminent fatalement dans bon nombre de cas. C'est pourquoi la méthode au citrate, de méthode de choix qu'elle était pendant la guerre, est tombée au rang de pis-aller, de procédé de nécessité, à employer seulement quand on ne peut faire autrement.

La méthode à la seringue de Lindeman est très simple et a donné des résultats remarquables dans les mains de son auteur surtout chez les nouveau-nés où la quantité de sang à transfuser n'est point très considérable. Lindeman injectait dans le sinus longitudinal supérieur, à travers la fontanelle. Il faut trois seringues et trois « opérateurs ». L'un prélève le sang, passe la seringue au second, qui injecte puis passe la seringue au troisième qui la lave dans de l'eau salée physiologique et la repasse au premier, qui pendant ce temps a rempli une seconde seringue et l'a passée au second et ainsi de suite. Avec trois personnes habituées à travailler ensemble, le tout s'accomplit très vite; mais, avec des gens inexpérimentés, il peut y avoir une perte de temps considérable, avec danger de coagulation d'autant plus grand que le volume de sang à transfuser est lui-même plus grand et que le nombre de seringues à injecter augmente.

Donc, pour la plupart des transfusions de l'adulte, la préférence va maintenant aux appareils avec récipient intermédiaire paraffiné, où l'on peut alternativement aspirer le sang du donneur et le refouler dans la veine du transfusé. Le prototype de ces appareils est celui de Kimpton et Brown, simple récipient triangulaire dont le sommet porte une tubulure communiquant avec une seringue analogue à celle de l'appareil de Potain, c'est-à-dire pouvant aspirer ou refouler à volonté, tandis que chacun des angles inférieurs porte une tubulure communiquant, l'une avec la veine du donneur, l'autre avec la veine du receveur. Il y a plusieurs appareils plus récents basés sur le même principe, mais avec des systèmes de robinets à plusieurs voies qui en facilitent le maniement. Ces appareils fonctionnent de façon satisfaisante, n'altèrent pas le sang et n'exposent point à la coagulation.

Les Etats-Unis viennent de limiter de façon radicale l'*importation de l'opium*. La loi Harrison, en vigueur depuis 1914, a permis de tenir une *comptabilité très exacte* des quantités d'opium et de ses dérivés nécessaires pour les emplois *médicaux légitimes*. On a trouvé qu'il fallait 40.000 kilos d'opium brut pour la préparation de tous les dérivés nécessaires et l'importation annuelle totale est maintenant limitée à ce chiffre, jusqu'à ce que les faits démontrent qu'il est besoin de le modifier. On a pensé — et fort logiquement — que permettre l'importation illimitée en gros, sans prendre en considération les besoins réels, était simplement inviter le trafic illégitime. C'est en veillant *aux sources d'origine* au moins autant qu'aux voies d'écoulement que l'on parviendra à un contrôle efficace, et le commerce des substances vénéneuses a trop longtemps présenté cette anomalie regrettable d'une surveillance minutieuse, voire tracassière, sur les petites quantités détaillées, tandis que la vente en gros était presque sans restrictions. D'ailleurs, en ce qui concerne l'opium, les choses semblent en bonne voie pour l'établissement d'accords internationaux qui, seuls, seront capables de vraiment résoudre le problème.

Il est probable qu'une mesure analogue à celle qui vient d'être prise pour l'opium sera bientôt prise pour la cocaïne, qui constitue une menace beaucoup plus grande et plus redoutable. Car le « coke » a beaucoup plus de sujets en Amérique que l'opium. Or, l'emploi légitime de la cocaïne a beaucoup diminué depuis que les succédanés moins toxiques ont fait leurs preuves. La procaïne — c'est là le nom américain de la novocaïne — a presque complètement détrôné la cocaïne pour l'anesthésie locale chirurgicale et ce n'est point exagérer que de dire que le trafic illégal consomme beaucoup plus de la cocaïne importée aux Etats-Unis que les usages médicaux réguliers.

Quant à l'héroïne, *la plus dangereuse de toutes les drogues*, le vœu a été émis de la rayer simplement de la pharmacopée. Sa valeur thérapeutique pour la sédation de la toux n'est vraiment pas à comparer avec les milliers de cas d'accoutumance incurable qu'elle a causés dans ce pays-ci.

Incidemment, signalons les travaux intéressants de Macht, de Johns Hopkins, sur les principes actifs des alcaloïdes de l'opium. Macht est parvenu à préparer des substances ayant les propriétés thérapeutiques des dérivés de l'opium sans en avoir les inconvénients et ne causant pas d'accoutumance. Deux de ces substances, appartenant toutes deux aux éthers benzyliques, ont déjà fait leurs preuves au point de vue sédation de la douleur due à la contraction de fibres musculaires lisses et au point de vue modération de tout péristaltisme trop actif : ce sont le benzoate de benzyle et le succinate de benzyle. Ces corps ont un coefficient toxique très faible, nul, pour ainsi dire. Si l'on arrive à avoir de bons succédanés de l'opium et de ses dérivés, il est évident que ce seront de précieux aides dans la lutte contre les toxicomanies.

Quelques médecins, au nom de la liberté de prescrire, ont adopté une attitude de protestation contre toute limitation ou surveillance. Il est facile de voir que, sauf très rares exceptions, les motifs derrière cette attitude sont beaucoup plus sordides que la défense d'un principe. Il ne faut pas s'inquiéter outre mesure de ces « regimbeurs », qui existent dans tous les pays. Quand on a à faire face à une situation aussi grave que celle des narcoticomanies l'est aujourd'hui, tant en Amérique qu'en Europe, le privilège personnel disparaît devant l'intérêt général. Et, puisque certains pays semblent considérer comme légitime la fabrication de quantités énormes de substances vénéneuses pour inonder les pays

voisins, ceux-ci ont le droit et le devoir de fermer leurs frontières aux poisons dont on s'efforce de les gratifier.

FAXTON E. GARDNER
(de New-York).

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921 ou 1922, lettre d'Amérique.
(2) *Id.*, même lettre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1921-1922

DOCTORAT D'ÉTAT. — 1. SAPPEY. — L'origine ovarienne de certaines hémorragies utérines. (Etude et recherches anatomo-pathologiques).

2. DENIS. — Contribution à l'étude des abcès pelvi-péritoniques anté-utérins.

3. SALLES. — Considérations anatomo-cliniques et thérapeutiques sur les calculs vésicaux chez la femme.

4. CARVALLO. — Contribution à l'étude de la stomatologie et de son évolution.

5. FLAYOLS. — Considérations anatomiques sur un cas de tuberculose utéro-annexielle.

6. ROUSTIT. — Contribution à l'étude de la cystoscopie dans les affections inflammatoires utéro-annexielles.

7. GIROD. — De l'état général dans le cancer du rectum.

8. BOYER. — Recherches expérimentales et cliniques sur le traitement de la distomatose hépatique par les injections intraveineuses d'émétique.

9. GAUDION. — De la nécrose des quatre incisives supérieures.

10. DEVÈZE. — De quelques remarques inspirées par les réactions de Bordet-Wassermann pratiquées à l'Institut Bouisson-Bertrand en 1921.

11. VISQUIS. — Sur huit cas de fractures du col du fémur traitées par l'enchevillement sans arthrotomie.

12. POUX. — La vaccinothérapie dans les affections pulmonaires chroniques.

13. DUBOIS. — Prophylaxie du rachitisme.

14. COMÈS. — Sur un cas de volvulus de l'S iliaque.

15. ALCAY. — Contribution à l'étude des tumeurs de la glande surrénale avec tableau clinique du virilisme surrénal.

16. BORIE. — Contribution à l'étude pathogénique et thérapeutique de la mole hydatiforme (mole hydatiforme et dégénérescence kystique des ovaires).

17. KINDLER. — Contribution à l'étude du somnifène.

18. FRANÇOIS. — Quelques considérations au sujet de la pathogénie des angiomes fissuraux. (Deux observations.)

19. GUITTARD. — A propos de quelques cas d'ulcères variqueux traités par le mercure.

20. BOREL. — Contribution à l'étude du traitement des abcès amibiens du foie par le chlorhydrate d'émétine.

21. CARCOPINO-TUSOLY. — Contribution à l'étude de la pneumoséreuse. Technique, indication, résultats. (Importance séméiologique des variations cytologiques quantitatives des épanchements séreux.)

22. LAZARE. — Le traitement de l'infection « post-abortum » par l'irrigation intra-utérine au liquide de Dakin.

23. BARRY. — Contribution à l'étude des hernies de l'appendice à gauche.

24. PAPON. — A propos d'un cas de sacralisation douloureuse de la 5e vertèbre lombaire.

25. TABARIÉ. — Un cas prolongé d'encéphalite léthargique.

26. ORSINI. — Les sarcomes musculaires (nature histologique et pathogénie).

27. GREGORJ. — De la suppression du drainage préventif du péritoine dans les laparotomies pour annexites suppurées.

28. MILHAUD. — La forme réelle du segment cæco-perpendiculaire de l'intestin.

29. PY. — Contribution à l'étude de l'étranglement crural de l'appendice. (A propos d'un cas d'étranglement rétrograde dans une hernie crurale.)

30. IMBERT. — Sur deux cas d'asphyxie locale des extrémités chez les paludéens.

31. BOURDE. — Considérations sur quelques cas de traumatismes craniens sans fracture.

32. JEAN. — Les kystes dermoïdes du raphé ano-bulbaire.

33. BERTHIER. — Contribution à l'étude des réactions locales diagnostiques de l'infection tuberculeuse. (L'auto-hémo-réaction.)

34. SERPENTIER. — Valeur clinique de la constante d'Ambard en chirurgie urinaire.

35. TERRIER. — A propos de la maladie de Thomsen.

36. ACQUAVIVA. — De l'amputation de cuisse dans le traitement des grands écrasements du membre inférieur avec état de shock.

37. BOURGUET. — De la mole hydatiforme.

38. AVIERINOS. — Essai de différenciation clinique et thérapeutique de quelques points douloureux de l'abdomen pour servir au diagnostic des affections des voies digestives, biliaires et des cœlialgies.

39. ROBIN. — Contribution à l'étude du torticolis. (Un cas de torticolis congénital et héréditaire.)

40. SIVIEUDE. — Sur un cas de cancer du cholédoque à forme clinique d'obstruction calculeuse.

41. VERGNET. — Contribution à l'étude du traitement des paralysies diphtériques par le sérum antidiphtérique.

42. NÈGRE. — Remarques cliniques sur trois cas d'érythrodermies secondaires.

43. JANDOT dit DANJOU. — Névraxite épidémique et grossesse.

44. MOURRE. — Les tétanos bénins des membres.

45. ROBERT. — Valeur comparative de la radiumthérapie pré et post-opératoire dans le traitement des cancers de l'utérus.

46. GOYON. — L'hydarthrose chronique de la syphilis héréditaire. (Hydarthrose syphilitique double de Clutton.)

47. BOUSQUET. — Dysenterie balautidienne. (Une observation.)

48. DECOPPET. — Contribution à l'étude des antérococcémies.

49. MAUREL. — Des lésions des ongles dans l'eczéma, le psoriasis et les dermites artificielles de cause externe.

50. BOURGEOIS-GAVARDIN. — Les anévrismes périphériques non traumatiques. (Leur fréquence chez les hommes de couleur.)

51. ENCONTRE. — Contribution à l'étude de l'appendicite gangréneuse chez le vieillard.

52. SERVAIN. — Sur un cas de paralysie du plexus brachial accompagné de fracture de la clavicule chez un nouveau-né.

53. ALMÉRAS. — Un cas de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux.

54. LARROUYET. — De la recherche du bacille de Koch dans le pus tuberculeux. (Technique pratique, résultats.)

55. ALFONSI. — Quelques particularités des angiomes profonds du cou.

56. CAMBON. — Sur la sclérodermie.

57. BAUDOIN. — A propos d'un cas de myome utérin pur pédiculé, intracavitaire.

58. FILIPPI. — Hémophilie congénitale mortelle et diathèse biliaire familiale.

59. BEC. — Contribution à l'étude de la rachianesthésie. (Rachianesthésie par le mélange syncaïne-caféine.)

60. RAYBAUD. — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie pulmonaire. « L'auto-ptysmathérapie ».

61. FEYS. — Le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire incipiente chez l'adulte.

62. JOURDAN. — Essai sur la névrose de Gustave Flaubert.

63. ABBÈS. — De l'artérite oblitérante des membres supérieurs.

64. MAILHES. — Le mécanisme de la menstruation.

65. TEISSEIRE. — Contribution à l'étude des abcès du cervelet.

66. ETIENNE. — Chorée et grippe. (A propos de 4 observations de chorée.)

67. RIBARD. — A propos d'un cas d'ictère hémolytique familial guéri par la splénectomie.

68. LAFONT. — Radiumthérapie dans les cancers du col de l'utérus. (Etat actuel de la question.)

69. MOUTET. — Occlusion de l'intestin grêle par malformation congénitale chez le nouveau-né.

70. GACHE. — Sur la technique du traitement des abcès froids du thorax par la résection costale large.

71. VIALLETON. — L'ostéoporose localisée à distance dans les lésions traumatiques et inflammatoires des os.

72. POURTAL. — Contribution à l'étude des torticolis spasmodiques.
73. RUDEL. — Contribution à l'étude de la genèse des hémoptysies tuberculeuses.
74. BRAHIC. — Contribution à l'étude du liquide céphalo-rachidien au cours du mal de Pott.
75. GUIEU. — Les fractures de guerre de la branche montante du maxillaire inférieur.
76. FOUYMAYOU. — Contribution à l'étude des ictères hémolytiques « splénomégalie chronique hémolytique avec ou sans ictère ».
77. HENRY. — Recherches anatomo-cliniques sur les rapports entre l'évolution du corps jaune et l'apparition des règles.
78. LAFON. — Contribution à l'étude du traitement du syndrome parkinsonien post-encéphalitique par le bromhydrate de scopolamine.
79. PÉGURET. — Contribution à l'étude du traitement de l'hérédosyphilis précoce par le novarsenobenzol.
80. COTTALORDA. — Les fractures par enfoncement de la cavité cotyloïde. (Etude expérimentale, clinique, radiographique pronostique.
81. AUBERT. — Contribution à l'étude du cancer primitif des voies biliaires principales. (Essai de symptomatologie et de diagnostic.)
82. SMADJA. — Caractérisation du sang par le dérivé stanneux de l'hématoporphyrine. (Son application en médecine légale).
83. GAUBY. — La Faculté de médecine de Perpignan dans l'ancienne université.
84. MERGUI. — Contribution à l'étude des dérivés opiacés dans le traitement de certains états névropathiques.
85. CLOTTENS. — Essai de pathogénie des états cholalémiques.
86. GERMAIN. — Un cas de méningite primitive à pneumocoques ayant débuté par de l'aphasie.
87. TRABUC. — De la mesure de la résistance de l'organisme dans la tuberculose.
88. GOSSEREZ. — La technique de l'émasculation totale. Procédé de M. le professeur Forgue. (Emasculation rétrograde.)
89. MARTEL. — De l'utilisation des greffes de Delagenière pour le comblement des cavités d'évidement des ostéomyélites prolongées.
90. CAMBON. — La dégénérescence kystique de la rate et le diagnostic des splénomégalies chroniques.
91. VIGUIÉ. — Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose pulmonaire par la teinture d'iode.
92. JULIAN. — A propos d'un cas de gangrène pulmonaire traité par la sérothérapie.
93. VEZOLLES. — Contribution à l'étude de la coxalgie hystérique. (Maladie de Brodie.)
94. FOUSSEREAU. — Contribution à l'étude de la luxation congénitale de la rotule.
95. LATTÈS. — Le danger arsenical en viticulture. (Quelques cas d'intoxication arsenicale par le vin.)
96. BÉRARD. — A propos d'un cas d'épiploïte herniaire suppurée.
97. BÉATRIX. — Contribution à l'étude du sarcome de l'omoplate.
98. MÉTADIER. — Contribution à l'étude de la lithiase de la glande sous-maxillaire et du canal de Wharton. (Une observation.)
99. PAYRÉ. — Le paludisme en Roussillon.
100. MAUBERT. — Contribution à l'étude de la sinusite maxillaire d'origine traumatique. (Traumatismes de guerre exceptés).
101. PANSIER. — Evolution de l'ophtalmie granuleuse dans la région de Montpellier.
102. SOUQUIÈRE. — Considérations sur les hémorragies sous-arachnoïdiennes au cours des méningites méningococciques. (A propos d'un cas personnel.)
103. FARAUT. — Contribution à l'étude de la stomatite bismuthique.
104. MONAT. — L'adénopathie sus-claviculaire gauche dans le cancer de l'utérus.
105. PINEAU. — A propos d'un cas de luxation du coude en dehors.
106. CRISTOL. — Contribution à l'étude de la physiopathologie du zinc et en particulier de sa signification dans les tumeurs.
107. GENTY. — De l'efficacité et de la tolérance du traitement arsenical per os par son association au fumeterre dans la thérapeutique infantile et générale.
108. PERRAMOND. — De la pleurésie purulente du nourrisson.
109. GUÉRIN. — Stase cæcale et pérityphlite.
110. GAUTIER. — Contribution à l'étude du traitement des fibromes utérins par radium et radiothérapie (34 observations).
111. EVRARD. — Contribution à l'étude du cancer gastrique à forme d'anémie pernicieuse.
112. PIÉNELLI. — La valeur sociale de la vaccination antityphoïdique mesurée par ses résultats en France.
113. ROUSSET. — Tuberculose rénale à forme de mal de Bright.
114. COUSTOU. — Deux résultats éloignés de néphrectomie pour cancer du rein.
115. MONZAT. — Contribution à l'étude clinique des cotes cervicales supplémentaires.
116. GIRAUD. — Contribution à l'étude de la sacralisation de la Ve vertèbre lombaire.
117. PFAFF. — Le syndrome de Korsakoff consécutif aux paratyphoïdes.
118. BOITEUX. — De la nécessité des services ouverts pour le traitement des psychopathes et des aliénés.
119. FAJON. — Grossesse et syndrome Parkinsonien post-encéphalitique.

DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. — *Mention « Médecine »*. — 1. GONZALEZ MEDINA. — Contribution à l'étude du rhumatisme articulaire tuberculeux.
2. DE ARMAS-GOURÉ. — Contribution à l'étude de la mastoïdite jugo-digastrique.
3. POLIAK. — Sur un cas de pancréatite chronique.
4. VASILJEVITCH. — La perforation pulmonaire. (Complication du pneumothorax artificiel.)
5. GAYITCH. — Contribution à l'étude de la méningite du nourrisson due au bacille de Pfeiffer.
6. TODOROVITCH. — A propos d'une laparotomie pour contusion de l'abdomen.
7. COHEN. — Allongement hypertrophique uni ou bilabial du col utérin d'origine inflammatoire.
8. CHRISTOFF. — Contribution à l'étude de l'étiologie et de la prophylaxie du typhus exanthématique. (Etude de l'épidémie de Deli Orman (Bulgarie) 1916-1917).
9. GEORGUIEFF. — Contribution à l'étude de la blennorragie chez l'enfant au-dessous de dix ans.
10. STÉPHANOVITCH. — Un cas rare de complication postopératoire tardive. (Considérations cliniques et pathologiques.)
11. PAVLOVITCH. — Action du traitement mercuriel sur certaines cirrhoses de Laënnec.
12. KONSTANTINOVITCH. — Essai sur la doctrine médicale de l'Ecole de Montpellier et les tendances de la médecine moderne.
13. LEKITCH. — Contribution à l'étude de la suppuration des myomes utérins.

NOTES DE PRATIQUE

DÉPRESSION NERVEUSE

1° Prendre six cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée, de la solution suivante (Joulie) :

Acide phosphorique		17 gr.
Phosphate de soude		24 gr.
Eau distillée	Q. s. p.	250 gr.

2° Avant chacun des deux principaux repas, v à x gouttes de Vanadarsine.

Si la débilité est très accusée, recourir de préférence aux injections de Vanadarsine injectable (une injection de 1 ou 2 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Essai sur l'origine des cancers et tumeurs, par le docteur Joseph STEFANI, 1 vol. de 212 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Au lit du tuberculeux. Des animaux réfractaires à l'homme. Méthode d'immunisation artificielle, par Fern. BARBARY, directeur du Dispensaire d'hygiène sociale de la Société de secours aux blessés à Nice. In-8 écu, 2 planches hors texte. — Prix : 6 fr — Paris, A. Maloine et fils.

COURS ET CONFERENCES

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (professeur : M. A. GILBERT; agrégé : M. Maurice VILLARET). — COURS DE PERFECTIONNEMENT (septembre 1922). — *Les notions récentes médico-chirurgicales sur les maladies du tube digestif.* — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 11 septembre 1922, à 9 heures, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. Maurice Villaret, agrégé, médecin des hôpitaux et avec la collaboration de MM. Lardennois, agrégé, chirurgien des hôpitaux; Herscher et Chabrol, médecins des hôpitaux; Lippmann, ancien chef de clinique; Leven, François Moutier, anciens internes des hôpitaux; Saint-Girons et Dufourmentel, chefs de clinique; Coury, chef de clinique adjoint; Paul Descomps, Henri Bénard, Dumont et Deval, chefs des laboratoires d'anatomie pathologique, de bactériologie et de chimie; Durey et Lagarenne, chefs des laboratoires de radiologie et des agents physiques de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Il aura lieu régulièrement le matin à 9 heures, l'après-midi à 14 h. 30.

Le cours comprendra 31 leçons et sera complet en deux semaines; il sera illustré de planches et projections, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques. Il portera plus spécialement sur l'examen clinique au lit du malade et sur les procédés récents de thérapeutique médicale, chirurgicale physiothérapique et hydrominérale.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades présentés, aux manœuvres thérapeutiques, au maniement des appareils, aux recherches de laboratoire s'appliquant à la clinique courante, et pourront emporter les préparations exécutées par eux.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués à chaque élève.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

Nota. — Pendant les vacances de l'année scolaire 1921-1922 ont lieu à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, dans les mêmes conditions et sous la direction du professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux :

1° Deux cours de perfectionnement : *a.* L'un sur les maladies du foie et du pancréas et sur le diabète (vacances de Pâques); *b.* l'autre sur les maladies du tube digestif (grandes vacances : septembre).

2° Un cours de revision : sur les notions récentes de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic (grandes vacances : juillet).

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS BAUDELOCQUE. (Professeur : A. COUVELAIRE.) — COURS COMPLÉMENTAIRES DE PRATIQUE OBSTÉTRICALE. — Cours réservés aux docteurs en médecine français et étrangers et aux étudiants ayant terminé leur scolarité, sous la direction de M. Lévy-Solal, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux, assisté de MM. Vignes, accoucheur des hôpitaux; Marcel Pinard, médecin des hôpitaux; Cleisz, ancien chef de clinique; Morisson-Lacombe, Povilevicz, Hidden et Sellet, chefs de clinique et chefs de clinique adjoints.

Durée : deux semaines, le matin et l'après-midi.

Troisième série du 11 au 23 septembre 1922. — Quatrième série du 2 au 14 octobre 1922.

PROGRAMME. — I. *Leçons.* — Diagnostic de la gestation.

Diagnostic des présentations par le palper, le toucher et l'auscultation.

Diagnostic et traitement des viciations pelviennes.

Diagnostic et traitement des hémorragies pendant la gestation, l'accouchement et la délivrance.

Diagnostic et traitement des toxémies (vomissements graves, albuminurie, convulsions éclamptiques).

Diagnostic et traitement de la syphilis maternelle, fœtale et infantile.

Diagnostic et traitement des anomalies de la dilatation. Dilatation artificielle. Ballon de Champetier de Ribes.

Diagnostic et traitement des infections puerpérales.

Traitement de la mort apparente du nouveau-né.

Conduite à tenir au cours de l'accouchement et de la délivrance.

II. *Exercices cliniques individuels journaliers.*

III. *Manœuvres obstétricales.* — Forceps; extraction du siège; version; basiotripsie; embryotomie.

Droit d'inscription : 100 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 h.

COURS COMPLÉMENTAIRE DE VINGT JOURS SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT PRATIQUE DE LA TUBERCULOSE MÉDICO-CHIRURGICALE. (*Tuberculose des ganglions, des os, des articulations, du péritoine, des poumons, du tube digestif, du système nerveux, de la peau et de l'appareil urinaire.*) — Du lundi 9 au 31 octobre 1922, à l'hôpital des Enfants-Malades; tuberculose chirurgicale, M. le professeur Auguste Broca. Tuberculose médicale, M. H. Méry, agrégé.

LEÇONS THÉORIQUES. — *Tuberculose chirurgicale.* — Tous les jours, à 16 heures.

Etude générale des tuberculoses ostéo-articulaires : Etiologie. Evolution anatomique. Attitudes vicieuses et ankyloses. Evolution clinique selon les âges. Diagnostic précoce.

Etude des localisations spéciales : Adénopathies tuberculeuses. Péritonite tuberculeuse. Spina ventosa. Tuberculoses du genou, de la hanche, du pied, du rachis et du membre supérieur. Tuberculose testiculaire.

Toutes ces leçons seront faites par le professeur Broca, et accompagnées de projections radiographiques.

Tuberculose médicale. — Tous les jours, à 17 h. 15.

1. Conception générale et étiologie de la tuberculose infantile. Hérédité. Contagion humaine et bovine (Méry).

2. Porte d'entrée et tuberculose du nourrisson (Girard).

3 et 4. Adénopathie trachéo-bronchique ; formes médiastinale et hilaire, formes simples, formes tumeur. Etude anatomo-clinique (Méry).

5. Tuberculose pulmonaire chronique chez l'enfant (Armand Delille).

6. L'examen radiologique du thorax dans la tuberculose infantile (Detré).

7. Formes aiguës de la tuberculose infantile. Typho-bacillose. Granulie. Pneumonie caséeuse (Génévrier).

8. Pleurésie tuberculeuse chez l'enfant. Péricardite. Cirrhose cardio-tuberculeuse (Génévrier).

9. Tuberculose péritonéale et intestinale (Génévrier).

10. Méningite bacillaire, tubercules cérébraux (Armand Delille).

11. Syphilis et tuberculose (Méry).

12. Tuberculose cutanée; manifestations cutanées et purpura chez les tuberculeux (Hallé).

13. Rhumatismes tuberculeux. Tuberculose disséminée chronique, formes spléniques. Lymphadémie tuberculeuse (Girard).

14. L'évolution de la tuberculose infantile en général. Réinfection. Immunité. Réactions humorales (Méry).

15. Le traitement de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. Le pneumothorax artificiel (Génévrier).

16. La cure physique. Héliothérapie. Ecole de plein air, les préventoria (Armand Delille).

LEÇONS PRATIQUES. — Les mardis, jeudis, samedis à 9 heures du matin (M. Broca). Les lundis, mercredis, vendredis, à 9 heures du matin (M. Méry).

VISITES. — Préservation familiale, Cure sociale, Œuvre Grancher. Visite de Plessis-Robinson, Berck, Villiers-sur-Marne. Stages à Debrousse et aux Enfants-Malades.

Prière de se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 15 heures.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

EXCURSIONS A FONTAINEBLEAU ET A MORET. — *Train spécial à prix réduits.* — Rappelons que la Compagnie P.-L.-M. mettra en marche, tous les dimanches, jusqu'au 24 septembre, un train spécial à prix réduits, 2e et 3e classes, de Paris à Fontainebleau et Moret dans les conditions suivantes :

Aller : dép. de Paris, 7 h. 30 ; arr. Fontainebleau 8 h. 35 ; Moret 8 h. 50. Retour : par tous les trains du même jour dans les conditions prévues pour les voyageurs.

Prix des billets aller et retour : de Paris à Fontainebleau, 2e cl. 11 fr., 3e cl. 7 fr. ; de Paris à Moret, 2 cl. 12 fr., 3e cl. 7 fr. 50.

A la gare de Fontainebleau, le nouveau train est en correspondance directe avec les services P.-L.-M. d'autocars pour la visite de la Forêt.


ΙΟΔΟΓΕΝΟL
ΠΕΠΙΝ
René Vincent

N° 71. — MARDI 12 & JEUDI 14 SEPT. 1922. 95e ANNÉE. MARDI 12 & JEUDI 14 SEPT. 1922. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — GRENOBLE. — Le lundi 6 novembre 1922, à 9 h. du matin, il sera ouvert un concours pour la nomination de : un médecin suppléant, un chirurgien suppléant.

Les demandes d'inscription devront parvenir à l'Administration des hôpitaux avant le 30 septembre 1922.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au Secrétariat général des hôpitaux.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — REIMS. — L'Ecole de médecine de Reims, très éprouvée par le siège, reprend sa vie normale et aspire à continuer ses traditions auxquelles tant d'anciens internes de Paris, ses élèves et, parmi eux, le doyen Landouzy, les professeurs Nicaise, Duguet, Troisier, Lancereaux, Launois, ont apporté, à maintes reprises, le témoignage de leur gratitude.

L'Ecole, pourvue de laboratoires que maintes Facultés pourraient lui envier, possède des éléments de travail de tout premier ordre, dont peuvent largement profiter les élèves.

Ils y trouvent, en particulier, en surabondance cette matière anatomique dont la pénurie se fait tant sentir ailleurs.

Il s'y est formé une Association des étudiants, dont le dévouement à l'égard de son Ecole s'est affirmé d'une façon remarquable, sollicitant les autorités administratives, maire, préfet, les notabilités de la ville; elle a su créer, seule, une « Maison des étudiants » qu'elle administre et où les étudiants de toutes catégories, P. C. N. Médecine, pharmaciens trouvent le logement et la nourriture pour 300 francs par mois.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Par décret en date du 31 août 1922, la chaire d'hygiène industrielle du conservatoire national des arts et métiers a été transformée en « chaire d'hygiène générale dans ses rapports avec l'industrie ».

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON. — Les anciens élèves du Prytanée militaire qui ont obtenu en 1921 au Prytanée un diplôme universitaire donnant accès aux études médicales, et qui ont pris leur certificat d'études physiques, chimiques et naturelles à la fin de l'année scolaire 1922, pourront être admis à la division préparatoire du Prytanée militaire à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon, dans la limite des places disponibles. Pour tous renseignements, s'adresser d'urgence à M. le commandant du Prytanée militaire à la Flèche.

CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Voici les instructions relatives au concours pour des emplois de médecins aides-majors des troupes coloniales.

I. *Composition du jury.* — 1° Un officier général du Corps de santé des troupes coloniales, président;

2° Trois médecins des troupes coloniales, du grade de médecin-major de 1re classe au moins.

Deux médecins-majors de 1re classe sont, en outre, nommés membres suppléants et appelés à faire partie du jury, en cas d'absence des membres titulaires.

II. *Opérations du jury.* — *a.* Epreuves écrites : Composition sur un sujet de pathologie générale.

Après l'ouverture de la séance, le président du jury dicte aux candidats le sujet de la composition, tiré au sort, en leur présence, entre trois sujets, préalablement choisis par le jury, après délibération.

Il est accordé quatre heures pour cette composition, qui doit être faite sans l'aide de livres ou de notes, sous la surveillance d'un membre du jury.

Les compositions sont écrites sur du papier revêtu du cachet du ministère de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau).

Chaque candidat inscrit, en tête de sa feuille, ses nom et prénoms et appose sa signature à l'endroit indiqué, au moment de la remettre à l'officier surveillant.

Chaque composition est placée, par l'officier surveillant,

dans une enveloppe distincte, sur laquelle il appose le numéro d'ordre, après l'avoir cachetée.

Toutes ces compositions, ainsi cachetées et numérotées, sont renfermées dans une enveloppe cachetée et remise au président du jury.

Cette enveloppe est ouverte, en présence des candidats qui lisent, eux-mêmes, leur composition devant le jury.

Chaque candidat sera suivi, dans sa lecture, par un de ses concurrents.

b. Epreuves orales : Les sujets des diverses épreuves sont délibérés par le jury, avant la séance, enfermés dans des plis cachetés et déposés dans l'urne.

Chaque candidat est appelé à son tour, à tirer de l'urne le pli contenant le sujet qu'il devra traiter.

L'ordre dans lequel les candidats sont appelés à tirer les épreuves orales est déterminé par le sort.

Les épreuves, arrêtées par le jury, doivent répondre au programme des divers examens du doctorat en médecine. Elles ne comportent ni les questions particulières des maladies spéciales (oreilles, nez, larynx, etc.), ni les opérations qui sortent de la chirurgie courante et pratique.

a. Examen clinique de deux malades atteints, l'un, d'une affection médicale, l'autre, d'une affection chirurgicale; chaque candidat expose, devant le jury, le résultat de son observation clinique et les conclusions pratiques à en tirer. La durée de cette épreuve, examen et exposé, ne doit pas dépasser quarante-cinq minutes.

b. Epreuve de médecine opératoire, précédée de la description de la région sur laquelle elle doit porter. La durée de cette épreuve n'est pas limitée. Il est accordé au candidat dix minutes de réflexion avant de commencer.

c. Interrogation sur l'hygiène. La durée de cette épreuve est de quinze minutes.

C. Notes et coefficients :

L'appréciation de chacune des épreuves, écrites et orales, est estimée par un chiffre compris entre 0 et 20.

Les notes sont multipliées par des coefficients fixés ainsi qu'il suit :

Composition écrite, 12; examens cliniques, 15; médecine opératoire, 12; interrogation sur l'hygiène, 10.

La liste des candidats, classés par ordre de mérite, et en tenant compte des majorations auxquelles ils peuvent avoir droit, est adressée, avec les procès-verbaux des séances, au ministre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), qui arrête le nombre des candidats dans le cas d'être nommés médecins aides-majors de 2e classe des troupes coloniales et fait connaître aux intéressés le résultat de leur concours.

SERVICE MÉDICAL DE COLONISATION EN ALGÉRIE. — Un concours pour le recrutement de douze médecins de colonisation sera ouvert le 4 décembre 1922, à Alger (Faculté de médecine), à Paris (Office de l'Algérie), à la préfecture des villes possédant des facultés ou écoles de médecine. Les médecins de colonisation sont répartis en six classes qui correspondent à des traitements variant entre 8.000 francs et 12.000 francs. Les médecins de colonisation, citoyens français, bénéficient, en outre, de l'indemnité algérienne correspondant à 25 p. 100 du montant de leur traitement. En dehors de leur traitement et de la clientèle payante, ces médecins reçoivent, à défaut du logement en nature, une indemnité de logement à la charge des communes de la circonscription, et des indemnités diverses, notamment pour les transports judiciaires, les expertises médico-légales, les vaccinations et revaccinations, le service des infirmeries indigènes et des dispensaires communaux, etc. Pour tous autres renseignements, s'adresser à la direction de l'intérieur (2e bureau) du gouvernement général de l'Algérie. Les demandes d'admission au concours devront parvenir au gouvernement général avant le 4 novembre 1922.

ÉCOLES D'INFIRMIÈRES. — Le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales vient de prendre l'arrêté suivant :

« ARTICLE PREMIER. — Le Conseil de perfectionnement des Ecoles d'infirmières est composé comme suit :

Première section (infirmières hospitalières). — Mlle Chaptal, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique; MM. Courmont, membre du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France ; le médecin principal Henri Lehoussois, délégué du Service de santé militaire; Mlle d'Haussonville, déléguée de la Société de secours aux blessés militaires ; Mme Chardayre, déléguée de l'Union des Femmes de France; MM. Chenevrier, directeur des études de l'Ecole de la Salpêtrière ; Henri Collin, secrétaire général des Ecoles départementales d'infirmières de la Seine ; Rist, médecin des hôpitaux de Paris ; Vidal-Naquet, vice-président de la Commission administrative des hospices civils de Marseille; Mlles Hamilton, directrice de l'Ecole d'infirmières de Bordeaux ; Fumey, directrice de l'hôpital civil de Reims ; Garcin, directrice de l'Ecole d'infirmières de Strasbourg.

Deuxième section (infirmières-visiteuses : service d'hygiène sociale). — MM. l'inspecteur général Faivre, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique; le professeur Calmette, membre du Conseil supérieur d'Hygiène publique de France ; le professeur Maurice Letulle, membre de l'Académie de médecine ; Labbé, directeur au sous-secrétariat d'Etat de l'Enseignement technique ; Lesage, secrétaire général du Conseil supérieur de la protection de l'enfance; Mme Carnot, déléguée de l'Association des Dames françaises; Mlle Milliard, déléguée du Comité national de défense contre la tuberculose; MM. Lafosse, directeur de l'Ecole de pratique sanitaire de l'Institut Lannelongue; Louis Martin, médecin en chef de l'hôpital Pasteur ; Chatin, médecin des hôpitaux de Lyon ; Mlle Delagrange, surintendante du personnel féminin des Services d'hygiène des régions libérées; M. Weill-Hallé, délégué de l'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine de Paris.

ART. 2. — Le bureau du Conseil de perfectionnement est ainsi formé : Président : M. le professeur Maurice Letulle; présidente de la 1re section : Mlle Chaptal ; présidente de la 2e section : Mlle Milliard; secrétaires : M. Henri Colin et Mlle Delagrange. » (*J. O.*, 30 août 1922.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur E.-M. Dubruel, décédé au Mont-Dore.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

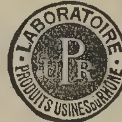
La Psychoanalyse des névroses et des psychoses, ses applications médicales et extramédicales, par E. RÉGIS, professeur de clinique psychiatrique à l'Université de Bordeaux, correspondant de l'Académie de médecine, et A. HESNARD, professeur à l'École de médecine navale, assistant de clinique psychiatrique à l'Université de Bordeaux. 2e édition revue et mise à jour. 1 fort vol. in-16. — Prix : 12 fr. — Paris, F. Alcan.

Instruments et modes personnels de séméiologie et de thérapeutique otologiques, par le docteur J. MOLINIÉ, ancien président de la Société française d'otorhinolaryngologie, otorhinolaryngologiste du 15e corps d'armée, 1 vol. de 92 p., avec fig. — Prix : 12 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Le médecin de l'assistance au Maroc. Conseils pratiques au jeune médecin du service de la santé et de l'hygiène publiques, par les docteurs Charles BOUVERET, médecin chef de l'hôpital indigène de Mogador, et André POUPONNEAU, médecin major de 1re classe aux troupes coloniales du Maroc. Préface de M. le médecin inspecteur Oberlé, 1 vol. de 136 p. — Prix : 7 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

La tuberculinothérapie et le traitement intradermique, par le professeur H. SAHLI, directeur de la clinique médicale de l'Université de Berne. Traduction de MM. Piotrowski et Bickel, de la clinique médicale de Genève, avec la collaboration de l'auteur. Une brochure in-8 de 32 p. — Prix : 4 fr. — Paris, A. Maloine et fils.


LABORATOIRE
PR
PRODUITS USINES du RHÔNE


LABORATOIRE
PR
PRODUITS USINES du RHÔNE


LABORATOIRE
PR
PRODUITS USINES du RHÔNE

HYPERALGIE

ET

HYPERTHYMIE DÉLIRANTE

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes.

Les relations qui existent entre une douleur physique, sans infection ni intoxication définies, et l'apparition d'un syndrome délirant secondaire, sont mal précisées. C'est sur ce point spécial que nous désirons attirer l'attention des cliniciens et des auteurs. En fait, chez les « hyperalgiques » qui sont frappés de psychose transitoire ou chronique, le délire tire son origine d'un système d'idées et d'émotions résultant des sensations pénibles, durables et variées, qu'ils éprouvent. Nous en rapporterons un exemple où l'accès délirant s'est terminé par la guérison : avant de l'exposer, nous croyons utile de rappeler diverses modalités réactionnelles des patients à la douleur, de montrer les particularités cliniques évolutionnelles du délire et de signaler enfin les difficultés possibles du diagnostic.

A. La douleur physique, unique ou multiple, quels qu'en soient les caractères, le siège, les irradiations que nous ne pouvons étudier ici, est la cause dans la grande généralité des cas d'émotions variées : la résignation devant la douleur est l'exception.

D'abord, et le plus fréquemment peut-être, un mal physique détermine de l'*énervement*, de l'agacement, de l'irritabilité, et même une tendance marquée à la colère. Le sujet ne peut demeurer en place, il circule, va et vient dans sa chambre; s'il est couché, il garde difficilement le lit, s'agite, proteste, etc. L'épigastralgie, le serrement à la gorge, dus à l'énervement sont tantôt nets, tantôt obscurs, suivant les patients, c'est-à-dire suivant leur disposition à s'observer et la qualité de leur inclination à l'auto-analyse. La souffrance physique détermine très souvent, d'emblée ou rapidement, de l'*inquiétude*, de la peur, de l'anxiété, de l'angoisse, c'est-à-dire toutes les variétés et formes de l'émotion à base d'anxiété. Le sujet est agité et douloureusement angoissé. Il appelle ceux qui l'entourent, il les interroge fiévreusement : « Que va-t-il m'arriver? Quelle est la maladie grave dont je suis atteint? » La crainte des heures qui vont passer est immense. Quelquefois très vite, l'hyperalgique est sidéré par l'anxiété qui l'étreint et, dans son lit, il garde une immobilité pleine d'effroi. Plus rarement la douleur physique détermine du *chagrin*. Le malade est triste, abattu; il parle peu, presque pas du tout. Il supporte son mal patiemment et sans peur; mais intimement il s'adresse des reproches : « Si je suis malade, c'est bien de ma faute. Pourquoi m'être tant surmené? Pourquoi ai-je fait tels excès? » Et cette rumination secrète, tout le monde l'ignore, la famille comme le médecin : ainsi installée, elle peut être un facteur d'aggravation véritable. Enfin, la souffrance somatique, par le fait d'un tour propre d'esprit et de dispositions émotionnelles acquises ou constitutionnelles, peut être la source d'une *euphorie* spéciale. Le patient qui se complaît dans sa douleur, y trouve des joies ou un plaisir qu'il analyse finement et qu'il exprime agréablement à ceux qui l'entourent. D'origine philosophique ou religieuse, cette euphorie devant la douleur s'accompagne d'inclinations à l'ironie et à la fantaisie des propos et des écrits. Souvent, en effet, le malheur et l'ironie font route côte à côte.

Ces émotions variées (énervement, anxiété, chagrin, joie) engendrées par les idées qui se développent à l'occasion de la douleur physique, peuvent se combiner entre elles, se succéder, s'enchaîner et constituer des systèmes passionnels curieux et complexes. Le médecin thérapeute de la douleur doit connaître exactement l'état d'esprit et l'état moral de son malade. Dans l'aphorisme célèbre d'Hippocrate : « Le médecin guérit quelquefois, soulage souvent, console toujours », il y a une vérité profonde qui témoigne de la puissance d'observation clinique du maître de l'antiquité grecque. Qu'un bactériologiste ou un biologiste oublie par moments qu'il est médecin, cela se comprend, mais le praticien ne saurait perdre de vue sa fonction propre, essentiellement thérapeutique.

Enfin la douleur physique, avec ou sans émotions pénibles surajoutées, détermine de l'*asthénie* nerveuse générale (asthénie musculaire, sentiment de faiblesse, abattement, épuisement, prostration; asthénie psychique, confusion dans les idées, laquelle n'est pas la confusion mentale, amnésie, aprosexie, etc.). Cette asthénie, exceptionnellement, peut se compliquer de troubles nerveux ou mentaux très variés et plus ou moins graves.

B. Lorsqu'un délire se greffe sur un état douloureux physique, non fébrile, ni toxique, c'est que celui-ci a engendré des troubles émotionnels ou passionnels. Autrement dit lorsque la souffrance d'un mal détermine un syndrome vésanique, ce n'est pas directement, mais par l'intermédiaire des perturbations de l'émotivité ou de l'affectivité qu'elle développe. La triade évolutionnelle suivante est constamment observée dans les cas bien nets :

1° Douleurs physiques spéciales (syndrome hyperalgique);

2° Troubles de l'émotivité (syndrome hyperthymique);

3° Délire (syndrome délirant avec ou sans hallucinations).

Nous désignons sous le nom de syndrome hyperalgique l'état douloureux particulier, excessif, anormal, aigu ou chronique, que tel patient accuse soit à la suite d'une blessure légère, soit à la suite d'une cicatrice opératoire (comme chez le malade de notre observation), soit à l'occasion de toute autre cause (le syndrome céphalalgique que nous avons isolé en est un exemple). Ce syndrome hyperalgique peut ne jamais se compliquer d'altérations émotionnelles (ce qui est rare), ni de phénomènes paranoïaques (paranoïa = délire).

Sans doute on dira que ces délires qui se greffent sur des douleurs physiques ne surviennent que chez des prédisposés ou des « dégénérés » : cependant notre malade n'est ni un héréditaire, ni un dysthymique constitutionnel, ni un débile mental congénital. Pour nous, d'ailleurs, il serait un « prédisposé » que cela n'aurait à peu près aucune signification du point de vue scientifique.

C. Maintes fois, croyons-nous, les spécialistes déclarent de semblables malades atteints de mélancolie hypocondriaque (hypocondrie délirante, hypocondrie major), ou d'hypocondrie simple, sans délire (hypocondrie minor). Chez notre sujet l'épisode dé-

lirant a été de courte durée, et d'ailleurs il n'était pas de couleur hypocondriaque; l'hypocondrie délirante chronique est donc à écarter. Doit-on considérer notre malade comme atteint d'hypocondrie minor (avec accès délirant accessoire) : nous ne le pensons pas. Avant sa maladie mentale aiguë, le soldat H... était simplement un hyperalgique et l'hyperalgie était nettement localisée : il a laissé le métier de terrassier pour celui de cultivateur; il a toujours travaillé; il s'est marié; il souffrait sans cesse, mais il n'avait point d'idée obsédante et il n'exprimait aucune interprétation absurde. Plus ou moins résigné, il supportait ses douleurs quotidiennes et organisait sa vie en conséquence. Notre diagnostic est donc : syndrome hyperalgique compliqué d'accès délirant (hyperthymie délirante aiguë). Voici, du reste, l'observation de ce malade.

*
**

H... (Alfred), quarante-deux ans, cultivateur, autrefois terrassier, soldat du ne régiment territorial d'infanterie, entre à l'hôpital militaire Broussais, le 9 juillet 1915.

État actuel, 10 juillet 1915. — Le malade, dont l'état somatique général apparaît comme satisfaisant, est délirant et manifeste des phénomènes d'agitation anxieuse.

Il gémit, se lamente : « On va me fusiller... Il y a quelqu'un là, par derrière, qui va me fusiller. Je n'ai pourtant rien fait de mal... Je me mets toutes sortes d'idées dans la tête. J'ai rêvé que je passais en Conseil de guerre et que mes camarades français tiraient sur moi... (Toute la nuit, il a été agité : il croyait à chaque instant qu'on venait le chercher pour le tuer.) Pourtant, ce n'est pas de ma faute si je suis malade, si je ne peux pas faire le service qu'on exige de moi : j'ai été opéré pour hydrocèle. C'est impossible « à moi » de faire les marches... J'ai le feu là-dedans : c'est dur, c'est sensible. J'ai peur à un moment de ne pas pouvoir obéir à mes chefs. On m'a dit de demander à changer d'arme, mais je ne pourrai pas monter à cheval. Ça tire dans les parties. J'avais peur d'aller à la visite, parce que je croyais que si je me faisais porter malade, on me fusillerait. Je suis un pauvre malheureux. Hier soir, il me semblait entendre la voix de ma femme : elle m'appelait... (Il pleure.) Je ne demande pas mieux que de servir la Patrie, mais qu'on me donne un travail que je puisse exécuter... »

Ce matin, par deux fois, H... a cherché à se pendre dans sa chambre; il nécessite une surveillance de tous les instants. Il refuse de s'alimenter.

Au point de vue somatique, on note que le testicule gauche est remonté de 2 centimètres environ, par rapport au droit; la cicatrice de la plaie opératoire est adhérente, mais nullement douloureuse au palper.

Histoire clinique. — Le soldat H..., durant son service militaire actif, en 1898, à vingt-deux ans, a été opéré d'hydrocèle gauche. Depuis cette époque, il éprouve des brûlures et des tiraillements dans les testicules, surtout du côté gauche. Il exerçait le métier d'ouvrier de terrassement; il a dû l'abandonner. Comme cultivateur, il ne peut se livrer à aucun travail pénible, surtout quand les douleurs des « parties » sont très vives (douleurs à caractère paroxystique).

Mobilisé le 13 août 1914 (2e corps), il a servi tout de suite au ravitaillement. Puis, son régiment, à cause de l'invasion, a été évacué sur la Bretagne, à Landerneau, le 2 septembre 1914. H... est parti au front, dans la zone des armées, à Troyes, le 29 février 1915 et a été affecté au ravitaillement. Les corvées étaient dures : le 1er avril, il se fait porter malade. Hospitalisé à Troyes (1er-10 avril), à Saumur (11 avril-15 mai), il obtient un congé de convalescence d'un mois qu'il passe dans sa famille, à L... (Somme). Rentré au dépôt le 15 juin, il est désigné pour l'entraînement et doit exécuter d'assez longues marches. Il souffre, mais hésite à aller à la visite : il a peur d'être puni et de passer en Conseil de guerre. Il dort mal, il a des cauchemars. Reconnu malade mentalement, le 8 juillet, il est dirigé sur Broussais pour un examen spécial.

Antécédents. — Les renseignements qui suivent ont été fournis par le patient, sa femme et sa sœur.

Il n'y a dans la famille ni cas de maladie mentale, ni cas de maladie nerveuse. Son frère a été blessé grièvement au cours des hostilités, à la fin de 1914.

H... n'a pas présenté d'affection sérieuse dans son enfance; à quinze ans, il a été atteint de fièvre typhoïde. — Il a reçu une instruction primaire. — A vingt-deux ans, il a été opéré pour hydrocèle. « Ce mal là, dit sa femme spontanément, ça lui fait bien du tort pour son travail. » A trente-sept ans, il a été affecté d'une bronchite qui a duré plusieurs mois (pas d'hémoptysie). Il n'est ni alcoolique ni syphilitique.

Marié à vingt-cinq ans, il a eu de sa femme trois enfants qui sont bien portants. Celle-ci actuellement est enceinte et sa grossesse est normale.

Evolution. — L'évolution de la maladie mentale de H... a été favorable. En voici, résumés, les détails :

12 juillet 1915. — Depuis l'entrée du malade à Broussais, on n'observe aucune amélioration. L'agitation anxieuse persiste ainsi que le délire. En conséquence, l'autorité militaire demande le placement à l'asile des aliénés.

14 juillet. — Syndrome délirant avec illusions et hallucinations. On va le fusiller... On va venir le chercher pour le fusiller. Pourtant il n'a rien à se reprocher. Il souffre de son hydrocèle, il ne peut faire les marches, etc. » Il nie avoir cherché à se suicider (phénomène d'amnésie).

25 juillet. — « J'ai du tracas avec ma maladie (hydrocèle?). Ce sont les marches qui ont aggravé mon état. Mon suspensoir me faisait mal. On ne voulait pas m'examiner. Les mauvaises idées vont « se retirer » de ma tête, probable ».

10 août. — « Je me trouve mieux. J'avais peur d'aller à la visite. J'avais peur d'être puni. Un rien me « saisit le sang. » Je n'entends plus les appels de ma femme depuis une dizaine de jours... Les camarades aussi ne parlaient que de Conseil de guerre et d'exécution, j'ai eu peur. » Il a été réformé n° 2, le 3 août.

15 septembre. — Le délire s'est dissipé. H... se sent affaibli. Il travaille un peu dans la section, mais se fatigue très vite.

19 octobre. — Une dépêche annonce le décès de sa femme, par péritonite, suites de couches. H... demande instamment sa sortie qui lui est accordée.

13 janvier 1916. — Il a été repris bon pour le service, le 20 décembre. Il nous écrit que ses quatre enfants sont seuls à la maison et que c'est sa gamine de quatorze ans qui soigne l'« innocence » (le dernier né qui a trois mois).

5 juillet 1921. — Il a servi jusqu'à sa démobilisation comme garde-voie, puis comme garde-phare. Il n'a pas eu de nouvel accès de délire. Il souffre toujours beaucoup de son « hydrocèle », dit-il (laquelle est inexistante, puisqu'il en a été opéré, mais il éprouve les mêmes douleurs dans les bourses). Il s'est remarié il y a environ deux ans.

*
**

Depuis 1898, le soldat H... présentait un syndrome hyperalgique bien caractérisé, post-chirurgical : opéré d'hydrocèle, il éprouvait dans les bourses des sensations de brûlures et de tiraillements. Changé de milieu, surmené du fait de la guerre, il s'affecte de son état, a peur de ne pas être reconnu malade, ne dort plus et finalement devient délirant. Il a guéri de sa psychose pour revenir à son état antérieur, avec les mêmes douleurs localisées dans la région des bourses.

Conclusions. — Chaque malade a ses réactions émotionnelles propres vis-à-vis de la douleur physique : le praticien constate surtout l'énervement et l'anxiété, plus rarement le chagrin, exceptionnellement et chez les intellectuels, une joie spéciale,

sorte d'euphorie contemplative; de véritables états passionnels peuvent aussi se développer. L'asthénie, musculaire et mentale, est presque toujours bien caractérisée après une douleur physique. Le délire, quand il vient à compliquer le tableau psychoclinique de la douleur physique, se greffe sur des troubles émotionnels ou passionnels; la succession des phénomènes observés est la suivante : syndrome hyperalgique, syndrome hyperthymique et syndrome délirant. Ces cas sont différents de l'hypocondrie, vésanique ou non.

LE TRAITEMENT DE LA DYSENTERIE

Par A. CHELMONSKI,
Chef du service de physiothérapie à l'hôpital de l'Enfant-Jésus à Varsovie.

Le traitement de la dysenterie, que j'applique depuis plusieurs années, donne des résultats bien meilleurs que ceux obtenus par le procédé généralement en usage, et c'est pourquoi je désire le faire connaître.

Je passe outre à la casuistique, puisque dans des cas pareils on n'évite jamais la juste objection : *post hoc, ergo propter hoc.* Je ne dispose point des données statistiques qui eussent pu appuyer mes conclusions dans un certain degré. Je ne puis que déclarer en général que, toutes les fois que le procédé décrit ci-dessous a été appliqué de bonne heure et avec observation rigoureuse des ordonnances du médecin, il a toujours donné des bons résultats; souvent même dans les cas graves, presque désespérés, dans lesquels le traitement usuel a échoué, ma méthode ayant été appliquée, j'ai toujours noté une amélioration suivie d'un rétablissement progressif. Les cas plus ou moins chroniques donnent de très bons résultats.

Si l'on passe outre à l'indication causale laquelle, hélas! jusqu'à ce moment n'a pu être satisfaite encore il nous reste ici — en qualité de tâche principale — l'atténuation de l'intensité du processus inflammatoire dans les intestins.

Dans ce but il faut appliquer la méthode antiphlogistique laquelle se réduit ici à épargner l'organe atteint et appliquer les remèdes antiphlogistiques.

On sait que les exulcérations dysentériques se localisent de préférence dans le gros intestin et surtout dans ses courbures, c'est-à-dire dans les endroits où les fèces s'entassent abondamment (Virchow). En conséquence, pour épargner les points attaqués, pour obtenir l'état de repos, il faut avant tout évacuer les fèces amassés (1) et pendant un ou deux jours tenir le malade presque au jeûne absolu; ensuite passer aux aliments qui, tout en laissant peu de résidus, peu de fèces, n'irritent que faiblement le gros intestin. Telles sont les substances albumineuses. L'administration des aliments albumineux a encore l'avantage de compenser les pertes d'albumen sérieuses subies par l'organisme par suite de la dysenterie.

Il est à remarquer que les malades supportent en général très bien les aliments albumineux malgré l'asthénie secrétoire de l'estomac constatée parfois dans des cas semblables.

(1) Le prof. I. BARANOWSKI ordonnait au cours de la dysenterie une cuillerée de l'huile de ricin après chaque selle ou bien après deux ou trois défécations.

En conséquence, au début de la maladie il faut ordonner du calomel et de l'huile de ricin, comme seule alimentation du thé sucré. Les deux jours suivants le malade ne prend que du café de glands noirs, quatre à six verres par jour et de l'eau à volonté. Après ces jours de diète rigoureuse on donne du cacao à l'eau, encore du café de glands, de l'eau et en outre — de la caillebotte ou du fromage frais, du bœuf grillé (bifteck), du suc de viande; dans la période de l'amélioration — des œufs durs finement hachés. (Le lait frais et les œufs à la coque sont d'ordinaire mal supportés par les malades de cette catégorie.) Lorsque les fèces commencent à se consolider quelque peu, on passe progressivement aux mets farineux. Pour les intestins j'emploie les remèdes antiphlogistiques sous deux formes : La première, la plus propice, ce sont les bains de siège de 8°-10° R., trois fois par jour à 20-30 minutes. Puisque la température de l'eau est d'ordinaire plus élevée, on y met de la glace pour la refroidir. Les bains de siège plus chauds sont inefficaces et, s'ils sont d'une durée plus courte, ils deviennent même nuisibles.

La seconde méthode antiphlogistique, qui agit d'une manière moins énergique que les bains de siège, ce sont les compresses de glace appliquées sur le ventre : sur le bout d'un essuie-mains, trempé dans l'eau froide et mis sur le ventre, on place un sac de glace aussi grand que possible. Une compresse pareille est faite trois à six fois par jour, chaque fois à 30 minutes.

Les remèdes hydriatiques précités réagissent non seulement d'une manière propice sur le processus local, le processus dans les intestins, mais encore ils exercent une action très favorable sur les organes de la circulation et sur l'état général du malade.

ACTUALITÉS

COUP D'ŒIL SUR L'AVENIR SANITAIRE

Il est curieux — et un peu décourageant — de constater que la mortalité varie très peu par rapport au nombre des vivants, ainsi qu'en témoigne l'examen des statistiques obituaires depuis 1860. Qu'il y ait tout de même une petite amélioration, nul n'en doute, puisque la France, par exemple, qui avait annuellement 22 décès pour 1.000 vivants de tous les âges en 1866, n'en présentait que 19 en 1911. Depuis, ce chiffre aurait eu sans doute tendance à baisser encore un peu si des événements terriblement meurtriers n'étaient venus en troubler la marche. Il importe d'ailleurs de remarquer, avec J. BERTILLON (1), que notre mortalité est relativement faible et constitue une petite exception heureuse à la loi démographique de l'augmentation régulière de la mortalité du Nord au Sud de l'Europe (Norwège, 15; Angleterre, 16; Belgique, 17; Prusse, 20; Bavière, 24; Roumanie, 25; Espagne, 26, etc.). Quoi qu'il en soit, il n'apparaît pas que la légère diminution de notre mortalité corresponde d'une manière satisfaisante aux efforts accomplis dans le domaine de l'hygiène et de la thérapeutique. Comment expliquer cette situation?

*
* *

Le fait brutal, c'est le décès, mais le décès re-

(1) J. BERTILLON. *La Dépopulation de la France*, 1911, p. 62-65.

connaît des causes multiples. Or, quand on examine le détail des statistiques, on s'aperçoit que si la mortalité totale n'a pas beaucoup varié, en revanche ses causes ont subi un changement de valeur parfois très considérable. Certaines maladies, qui entraînaient jadis un nombre important de décès, sont maintenant en voie de diminution sensible ou même de disparition, la variole, la diphtérie, la fièvre typhoïde, la fièvre puerpérale; la goutte a semblé perdre, dans ces derniers temps, de sa gravité; la diarrhée infantile et la faiblesse congénitale ont baissé un peu de fréquence. La courbe de la mortalité tuberculeuse présente des oscillations singulières; jusqu'en 1910-1911, elle a monté progressivement, puis s'est arrêtée presque en plateau; actuellement elle tend assez nettement à redescendre, peut-être par suite d'un diagnostic plus précis. En opposition avec ces maladies, se trouvent celles qui, au contraire, augmentent : en premier lieu le cancer; ensuite la syphilis, au moins par les complications qu'on lui attribue, mais en raison des mesures prises, cette ascension ne sera, espérons-le, que momentanée. De son côté la grippe joue à présent un rôle très néfaste, car on la rend indirectement responsable de plus du tiers des affections pulmonaires non tuberculeuses ayant entraîné la mort. Depuis la guerre, le paludisme, qui, chez nous, ne comptait presque plus dans les statistiques, y réapparaît, avec d'autres infections qui n'y figuraient pas, parce que nouvelles, ou qui n'y figuraient qu'à titre exceptionnel, le typhus exanthématique, la diarrhée bacillaire et amibienne, la mélitococcie, les méningococcies, la poliomyélite et l'encéphalite épidémique, etc. Enfin certaines maladies ont gardé sensiblement la même fréquence, rougeole, scarlatine (celle-ci plutôt en légère diminution), diabète, rhumatisme, affections gastro-hépato-intestinales, rénales et cardo-vasculaires, névroses et vésanies (plutôt en augmentation).

A ces facteurs de mortalité s'en ajoutent d'autres qui, jadis, n'intervenaient que très peu et qui, aujourd'hui, prennent une place chaque année plus grande : ce sont les accidents du travail et de la circulation, conséquences du machinisme et s'accroissant inévitablement avec lui. Je les signale sans y insister.

En somme, de notre bref examen, il résulte que l'équilibre mortuaire tient à l'entrée en jeu de causes nouvelles dont l'effet est de contrebalancer la diminution d'action des causes anciennes, comme s'il y avait une sorte d'autorégulation en vertu de laquelle les gains réalisés d'un côté sont immédiatement compensés de l'autre par des pertes à peu près égales.

*
* *

Il vient naturellement à l'esprit que les causes anciennes perdent de leur importance parce que, les connaissant mieux, nous sommes aussi mieux armés contre elles; par suite, on doit admettre qu'il arrivera un moment où, toutes les maladies graves étant à leur tour connues, nous réussirons à supprimer leur danger : mais cette conclusion n'est légitime que jusqu'à un certain point. D'abord nous ne sommes pas certains d'éclairer suffisamment le mystère de toutes ces maladies pour en triompher, et puis il n'y a pas de rapport obligé entre notre savoir positif et la protection réalisée. Nous ignorons beaucoup de la variole et cependant nous parvenons à l'éviter presque sûrement; nous ignorons tout du cancer et nous obtenons néanmoins la guérison de quelques cas. Enfin A. Bordier a signalé un phénomène singulier que les observations récentes tendent à vérifier, et qu'il indique comme suit : Quand, dans un milieu défini, une maladie disparaît, une autre la remplace. Comme preuve, on peut citer l'histoire de la variole et de la tuberculose, dont le développement est presque rigoureusement inverse, et celle de la suette et de la scarlatine, la première s'effaçant de plus en plus devant la seconde. Que l'on explique ce phénomène par l'antagonisme du virus nouveau pour le virus ancien, par les modifications des conditions d'existence ou de toute autre manière, peu importe en ce qui concerne le résultat, et ce résultat, ainsi qu'en témoignent les statistiques de mortalité, reste sensiblement le même. Il se peut également que la maladie remplaçante ait un caractère de contagiosité et de gravité plus accusé que la maladie remplacée, et prenne l'allure d'une véritable pandémie, trait par lequel on aime parfois à distinguer l'infection s'attaquant à un terrain neuf.

On objecte à cela qu'il n'y a pas de maladies nouvelles, mais seulement démembrement des maladies anciennes grâce au progrès de nos moyens d'investigations. Tout dépend de la manière dont le problème est posé. La rougeole était une maladie nouvelle pour les habitants des Feröe, comme la tuberculose pour les Maoris. Au surplus, rien ne s'oppose, tout au contraire, à ce que des microorganismes libres et indifférents s'adaptent au parasitisme et deviennent virulents. Evidemment les infections n'ont pas été créées en même temps que l'homme; elles se sont peu à peu développées avec les circonstances. Dès lors pourquoi d'autres circonstances ne seraient-elles pas capables de produire de nouvelles maladies? La maladie du sommeil semble bien être une maladie nouvelle, car elle tend littéralement à dépeupler certaines régions du Congo, qui, au moment où elles furent découvertes, se montraient riches d'habitants. Si la trypanosomose avait existé autrefois, elle n'aurait pas attendu à aujourd'hui pour décimer les Noirs. Nous pouvons donc raisonnablement admettre la possibilité de l'apparition de maladies nouvelles, ou, tout au moins, une telle aggravation de certaines maladies anciennes qu'elles se comportent comme si elles étaient nouvelles. C'est le cas de la scarlatine en Angleterre, qui, du temps de Sydenham, se montrait d'une extrême bénignité et qui est devenue ensuite très meurtrière.

On a, à la vérité, des raisons d'espérer que, contre toutes ces maladies, nouvelles ou non, nous finirons par disposer de remèdes spécifiques, sérums ou vaccins, et qu'ainsi nous atténuerons le péril qu'elles font courir à la pauvre humanité. Mais alors un autre danger nous menace. Ces antigènes variés que, à titre prophylactique ou curatif, on injectera sous la peau, ne manqueront pas de créer un état de sensibilisation permanente fort inquiétant. Déjà aujourd'hui, ne voyons-nous pas certaines personnes réagir avec une extrême violence à une injection sérique postérieure de dix ans à la première. Qu'est-ce que ce sera plus tard, quand l'enfant aura été successivement prémuni contre la variole, la rougeole, la scarlatine, la tuberculose, la méningite cérébro-spinale, l'encéphalite épidémique, la grippe, la fièvre typhoïde, l'adulte contre le choléra, la peste, la fièvre jaune, sans parler de la syphilis, du paludisme et des autres maladies à protozoaires, ni des innombrables mycoses? L'anaphylaxie, puisqu'il

faut l'appeler par son nom, remplacera toutes les infections. Y gagnera-t-on beaucoup? Sans doute, les procédés de désensibilisation auront été perfectionnés et seront devenus courants, mais on peut se demander comment l'organisme supportera ces multiples interventions et quelles en deviendront les conséquences au point de vue vital. Il y a là matière à spéculations sans fin. Pourtant une chose est à retenir qui nous doit guider dans nos anticipations : la loi de Cope s'applique à l'homme comme aux animaux. Plus une espèce se perfectionne, plus elle devient fragile et trouve en elle-même de causes de maladies et de mort. Si nous voulons améliorer vraiment l'état sanitaire, ne nous sensibilisons pas trop et méfions-nous de l'anaphylaxie.

J. LAUMONIER.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE

LES NÉPHRITES GRAVIDIQUES

Historique. — 1. Considérées comme la règle par Reyer qui le premier eut le mérite d'attirer l'attention sur les relations entre l'albuminurie et le gravidisme; 2. Reconnues en réalité rares par Blot et les auteurs modernes qui ont bien distingué les néphrites proprement dites des albuminuries gravidiques simples, de beaucoup les plus fréquentes.

Pathogénie. — 1. Virchow, Dickinson, Leyden et plus récemment Chirié ont établi que la grossesse détermine par elle-même la stéatose des épithéliums du rein aussi bien que celle des cellules hépatiques; 2. Cette modification histologique, en quelque sorte physiologique, ne constitue pas bien entendu une lésion de néphrite, mais elle rend sans doute le rein plus vulnérable vis-à-vis des causes qui peuvent troubler son fonctionnement.

Quelles sont ces causes? Il en est de générales comme en dehors de la gravidité; maladies infectieuses *anciennes* ou récentes (scarlatine, angine, grippe, etc.), action du froid? et de particulières à la grossesse : augmentation de la pression sanguine abdominale troublant la circulation rénale (Chirié), infections gravidiques à colibacilles, intoxication intestinale (Fabre), insuffisance hépatique (Pinard).

Anatomie pathologique. — 1. Dans les cas bénins suivis habituellement de guérison rapide après l'accouchement et où l'autopsie n'est faite que par hasard à la suite de mort par circonstances étrangères à la lésion rénale, on ne trouve que de la congestion et les caractères histologiques du « rein gravidique de Leyden » : stéatose infiltrant surtout l'épithélium des tubes contournés et des branches montantes de Henle; 2. Dans les cas graves les lésions sont celles de la néphrite épithéliale aiguë infectieuse : organe augmenté de volume et pâle, l'inflammation violente ayant pour résultat d'infiltrer le tissu rénal d'un véritable œdème d'abord, puis d'exsudats cellulaires sous forme de petites cellules inflammatoires; cette inflammation aboutit rapidement d'une part à la production de sclérose, c'est-à-dire à la formation de tissu fibrillaire qui s'interpose entre les éléments du rein et en modifie profondément la charpente, et d'autre part à l'altération et même à la destruction des éléments épithéliaux. Suivant l'ancienneté de la lésion ce sont les altérations interstitielles ou au contraire celles des éléments nobles qui prédominent.

Symptômes. — Parmi les symptômes habituels et classiques relevés au cours des albuminuries gravidiques, quels sont ceux qui peuvent plus spécialement faire diagnostiquer la *néphrite?* Ce sont surtout :

1. L'intensité et la généralisation des œdèmes.
2. L'importance de l'albuminurie et *sa résistance au régime.*
3. La présence, dans le sédiment des urines, de globules rouges et de cylindres.
4. L'existence d'une *hypertension* mise en évidence soit par les instruments de mensuration, soit par ses manifestations cliniques : hypertrophie du cœur et bruit de galop; hémorragies diverses et à répétition; céphalalgie intense et permanente; œdème aigu du poumon; décollement prématuré du placenta normalement inséré; hémorragies rétiniennes.
5. A l'heure actuelle surtout la recherche de la chlorurémie et plus encore de l'*azotémie* par dosage de l'urée dans le sang.

Formes cliniques. — On peut observer : 1. Une forme lente et progressive dont les manifestations œdème, anorexie, céphalée, etc., demandent à être recherchées et rattachées à leur cause véritable; 2. Une forme aiguë où à la suite d'un refroidissement réel ou supposé on voit éclater une poussée d'œdème envahissant rapidement la face, le tronc et les membres, avec urines rares, bouillon de bœuf, chargées de nombreux globules rouges et de cylindres épithéliaux; 3. Une forme foudroyante en quelque sorte, se traduisant d'emblée par l'une des complications à grand fracas des néphrites gravidiques, qu'il s'agisse d'une crise d'éclampsie, d'une hémorragie cérébrale, d'une attaque d'œdème aigu du poumon, d'une retinite albuminurique avec cécité brusque, ou enfin d'un décollement prématuré du placenta normalement inséré.

Pronostic. — En dehors de ces complications graves auxquelles les malades atteintes de néphrite gravidique sont particulièrement exposées, le pronostic de cette affection lorsqu'elle relève *directement* de la grossesse est relativement bon; même après des accidents graves il est de règle de voir les malades qui ont pu leur résister, se remettre après la délivrance, ou même quelquefois seulement après la mort du fœtus in utero, et cela en un temps qui varie de quelques semaines à plusieurs mois. Parmi celles-ci un certain nombre demeurent complètement et définitivement guéries, d'autres conservent, semble-t-il, des lésions latentes de leurs reins, lésions que chaque nouvelle grossesse suffit à remettre en évidence; il s'agit dans ces cas d'un rein gravidique à répétition de forme grave d'après Vinay, la néphrite finissant généralement par s'affirmer de façon définitive.

Quant au pronostic fœtal, il est assombri par la fréquence des morts in utéro et des interruptions prématurées de la grossesse, aussi bien que par la débilité particulière qui caractérise les fœtus « araignées » des grandes albuminuriques.

Traitement. — *Prophylactique :* hygiène de la grossesse : surtout hygiène alimentaire et intestinale. *Curatif :* diète hydrique; diète lactée absolue; purgations répétées; diurétiques; saignée; chloral. Interruption de la grossesse dans les cas d'accident menaçant la vie de la mère, ou d'un pronostic particulièrement sombre (troubles visuels graves).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 AOUT 1922)

Rôle de la respiration dans la diminution des hydrates de carbone des feuilles pendant le jaunissement automnal. — MM. Raoul COMBES et Mlle Denise KOHLER.

Le sphincter de l'iris chez les sélaciens. — M. L. CARRÈRE.

REVUE DES THÈSES

Études sur le streptocoque hémolytique et l'entérocoque (1), par M. le docteur Paul HAUDUROY.

Dans ce travail, l'auteur étudie d'abord l'action du streptocoque hémolytique sur le sang : introduit dans le torrent circulatoire, ce microbe sécrète une streptocolysine qui lèse d'abord l'enveloppe des globules rouges (ce qui se traduit par une diminution de la résistance globulaire) puis met en liberté l'hémoglobine et la transforme en méthémoglobine acide et alcaline.

L'auteur étudie en outre les caractères biologiques de l'entérocoque, encore peu connus, en particulier son action sur le sang, le plasma sanguin, les sucres ; sa résistance à la chaleur et aux antiseptiques.

Enfin l'auteur s'est efforcé de préciser les caractères permettant de différencier l'entérocoque des streptocoques.

L. G.

Etude statistique de la survie après l'opération du cancer du sein (2), par le docteur Etienne BOULARD.

L'auteur, au terme de cette étude, croit pouvoir en tirer les conclusions suivantes, qui seront de deux ordres :

D'ordre clinique et prophylactique, d'une part, la première, maintes fois déjà redite par d'autres plus autorisés, est que :

1° L'avenir de la chirurgie du cancer du sein repose en premier lieu et presque exclusivement sur la précocité du diagnostic et de l'intervention chirurgicale, maintenant que la méthode opératoire semble avoir atteint la limite extrême de l'exérèse possible.

Et d'autre part, d'ordre statistique :

2° Le pourcentage « global » est une erreur. Erreur traditionnelle et qui se continue.

Les renseignements qu'il fournit, toujours inexacts, sont, dans certains cas, avec le recul de la date de l'intervention, grossièrement erronés ; l'emploi de ce « mètre » faux est en désaccord paradoxal avec la précision qu'on s'efforce, par ailleurs, d'apporter dans les méthodes d'étude du cancer.

3° Le pourcentage « vrai » est seul exact et son emploi est seul logique.

Seul il donne des renseignements de valeur, dont on puisse utilement tenir compte.

4° L'application du procédé de pourcentage « vrai » doit se faire sur le total obtenu par l'addition des survivantes dénombrées à chaque année post-opératoire de même désignation ordinale, quelle que soit la date millésime de l'intervention, et sans qu'il y ait à tenir compte que ces survivantes d'alors soient encore vivantes ou déjà décédées au moment où se fait cette enquête.

On obtient seulement ainsi des renseignements qui, serrant de près l'évolution de la réalité clinique, en donnent, par la succession des pourcentages obtenus une vue « perspective » exacte en nombre et en durée.

5° La transcription graphique, en courbes et en tracés, des données fournies par ce mode de faire, aide singulièrement à en prendre une connaissance simultanée aux différents moments, permettant de juger la valeur du bénéfice de l'acte opératoire sur l'ensemble des opérées — et d'en tirer les lois générales de pronostic.

(1) *Th. de Strasbourg.*
(2) *Th. de Paris*, 1922. — Paris, Le François.

La mesure du débit respiratoire maximum à l'état normal et à l'état pathologique par la méthode et le masque manometrique de Pech (1), par le docteur Emile GUÈS.

On peut apprécier et chiffrer la valeur fonctionnelle d'un appareil respiratoire par la mesure du débit respiratoire maximum au moyen de l'appareil de Pech.

Le débit respiratoire maximum, chez l'individu normal adulte est de 3 l. 500 ; chez l'enfant, il augmente avec l'âge pour devenir stationnaire vers quinze ans ; chez le vieillard, il diminue avec la sclérose du poumon. Il existe un rapport entre le débit respiratoire maximum et l'indice de Hirtz.

Le masque manométrique de Pech rend en matière d'éducation physique pour l'étude de la respiration, les mêmes services que l'oscillomètre de Pachon pour l'étude de la circulation. Au cours de la gestation, le débit respiratoire varie en raison inverse de l'âge de la grossesse.

Au cours des états pathologiques, la mesure du débit respiratoire maximum permet d'apprécier l'état fonctionnel du poumon. Dans les affections respiratoires, la diminution du débit respiratoire maximum est toujours la régle. Elle varie suivant la nature et le degré de la lésion.

Dans l'emphysème pulmonaire, la tuberculose, les pleurésies avec épanchements, nos mesures ont montré une diminution du débit aux deux temps de la respiration, plus marquée à l'expiration. Dans l'obstruction des fosses nasales, la mesure du débit respiratoire permet, suivant une certaine technique, de déterminer la part qui revient : à la congestion de la muqueuse, à la rhinite concomitante, aux obstacles anatomiques. Chez les hypertendus, le débit respiratoire augmente parallèlement à l'abaissement de la tension artérielle. L'existence d'une dyspnée d'effort, sans modification du débit respiratoire maximum permet d'éliminer une dyspnée d'origine pulmonaire et doit orienter le diagnostic vers une affection d'origine générale.

La mesure du débit respiratoire maximum peut fournir des renseignements pour le pronostic :

L'abaissement du débit est une manifestation de déficience fonctionnelle de l'appareil respiratoire.

L'augmentation du débit au cours de l'évolution d'une affection pulmonaire aiguë est, même en l'absence de toute modification stéthoscopique, d'un bon pronostic.

Chez les tuberculeux chroniques, l'augmentation brusque du débit respiratoire indique, par contre, la formation d'une caverne.

La mesure du débit respiratoire maximum donne donc, au point de vue de l'étude clinique du pronostic des maladies des voies respiratoires, des renseignements, sinon indispensables, du moins très précieux. Il serait à souhaiter, à l'exemple des oscillomètres en clinique cardio-vasculaire, que le masque manometrique de Pech devienne d'un usage journalier en clinique respiratoire.

L. G.

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau traité de médecine, publié sous la direction de G.-H. ROGER, Fernand WIDAL et P.-J. TEISSIER. — Fascicule IV (2) : **Maladies infectieuses et parasitaires** (*suite*).

L'étude des maladies infectieuses et parasitaires se poursuit dans ce fascicule en une série d'articles très documentés : M. Dopter donne de la *Maladie de Heine-Médin* une excellente description et insiste avec raison sur les multiples aspects cliniques que peut revêtir cette affection. M. May étudiant l'*Encéphalite léthargique* a bien mis en relief la symptomatologie polymorphe de cette affection, et clairement exposé les recherches expérimentales qui commencent à jeter quelque clarté sur l'étiologie et la pathogénie de cette maladie.

(1) *Th. de Paris*, 1922. — Paris, Vigot frères.
(2) 1 vol. de 718 p. avec 134 fig. dans le texte et 5 pl. en couleurs. — Prix : 40 fr. — Paris 1922, Masson et Cie.

Viennent ensuite de remarquables articles de M. G. Ferré sur la *Rage*; de M. G.-H. Roger sur la *Tuberculose et les Pseudo-tuberculoses* et de M. P. Courmont sur la *Septicémie tuberculeuse*. Puis d'excellentes études de MM. P. Courmont et André Dufourt sur la *Morve*, de M. Léon Perrin sur la *Lèpre*, de M. Guiart sur le *Verruga*, de M. Laederich sur l'*Actinomycose* et sur l'*Aspergillose*, de M. Langeron sur les *Mycétomes*, les *Oosporoses*, les *Sporotrichoses* et les *Blastomycoses*, de M. Brumpt sur les *Spirochétoses*.

Le volume se termine par une importante étude de M. J. Nicolas sur la *Syphilis*, œuvre très personnelle de l'éminent professeur de l'Université de Lyon. L. G.

L'Organisation de la matière dans ses rapports avec la vie. *Etude d'anatomie générale et de morphologie expérimentale sur le tissu conjonctif et le nerf*, par J. NAGEOTTE, professeur au Collège de France, médecin de la Salpêtrière.

L'auteur, dont on connaît les nombreux travaux et les brillantes découvertes, expose dans cet ouvrage abondamment illustré les résultats d'une série de recherches expérimentales et dégage les notions générales, relatives à la vie, qui en découlent.

La vie, qui est un ordre de faits particuliers, n'apparaît que dans certains groupements matériels, et à un certain degré de complexité. Ces groupements, nous n'avons absolument aucun motif de supposer qu'ils obéissent à des lois autres que celles de la physique; mais ils sont caractérisés par un certain agencement des éléments, qui repose sur l'état colloïdal. C'est ce mode d'agencement qui constitue l'organisation de la matière. L'organisation, à l'inverse de la cristallisation, rapproche les espèces chimiques et favorise les réactions : là est le secret de la vie.

Le point de départ des recherches a été l'étude des substances intercellulaires qui nous paraissent vivantes parce qu'elles croissent et s'adaptent constamment aux conditions ambiantes. L'auteur a montré que la substance conjonctive, la plus importante de ces intercellulaires, peut se former dans les plaies, aux dépens d'un réseau de fibrine par un processus de « métamorphisme ».

La trame des tissus n'est donc pas autre chose qu'un coagulum des albumines du milieu intérieur. Cette conception a conduit à la pratique des « greffes mortes », par lesquelles la théorie s'est trouvée vérifiée — par surcroît, ces greffes ont rendu quelques services en chirurgie; — le mécanisme de leur reviviscence a été exposé en détail dans ce livre.

La construction et le fonctionnement de la cellule ont ensuite été soumis à une discussion approfondie; puis, l'auteur s'est attaché à dégager, de l'ensemble des faits passés en revue, la conception de la vie qui s'accorde le mieux avec les exigences de la morphologie.

Enfin, l'organisation d'un tissu complexe, le nerf périphérique, a été étudiée expérimentalement, en prenant pour guide le processus de la régénération dans les plaies.

L'ouvrage est divisé en deux parties : la première est consacrée à l'exposé théorique; la seconde contient les documents et le détail des expériences. L. G.

La Botryomycose chez l'homme et chez les animaux. Contribution à l'étude des granulomes [*Monographie des Archives françaises de pathologie générale et expérimentale et d'anatomie pathologique*] (2), par le docteur J. TORLAIS.

Ce travail inspiré par le professeur Sabrazès, et fait sous sa direction, contient un historique et une bibliographie complète de la question. L'étude clinique porte sur 108 cas de botryomycomes. Le siège le plus fréquent est la main et les doigts. Les lèvres viennent ensuite. L'auteur insiste sur la fréquence relative de ces productions au cuir chevelu. La grossesse favorise leur développement et leur récidive. Elles se présentent sous forme de bourgeons pédiculés, rouges, saignant facilement, couverts de croûtes purulentes. Elles ont l'apparence framboisée. Le diagnostic est simple encore qu'elles puissent être simulées par un épithéliome.

D'après 80 cas, la classification suivante s'impose : 1° Angio-fibromatose. 2° Angio-fibromatose infectée dans laquelle on retrouve dans la croûte des microbes en amas denses. 3° Fibro-adénose sudoripare, correspondant à la forme décrite par MM. Poncet et Dor. 4° Granulomatose à tendance fibreuse où l'on voit tous les intermédiaires entre les formations angiomateuses et le tissu fibreux avec vaisseaux à paroi propre. 5° Bourgeons charnus fibromuqueux, télangiectasiques, lymphangiectasiques et œdémateux. 6° Granulomatose avec lymphocytose locale très marquée. 7° Forme sarcoïde à cellules géantes que l'on retrouve au niveau de la conjonctive (chalazion ulcéré). 8° Plasmome. Type de néoformation inflammatoire des gencives ayant les caractères du botryomycome et constituée presque uniquement par des cellules plasmatiques. 9° Botryomycome à forme pseudo-sarcomateuse.

Les botryomycomes sont des modalités de granulomes ne tendant ni à la récidive ni aux métastases.

Voici des localisations peu connues : col de l'utérus, sein, oreille (bourgeon charnu du conduit auditif au cours des otites). Le fibrome de la langue peut être l'aboutissant d'un granulome du type botryomycome. On note l'existence en nombre variable et sans dispositions bien fixes dans le botryomycome humain, de mastzellen, d'éosinophiles, et de cellules plasmatiques.

Chez l'animal, Torlais décrit trois formes cliniques de botryomycose correspondant à trois formes histologiques : champignon de castration, fibrome infectieux, botryomycose généralisée, existant par ordre de fréquence chez le cheval, le mulet, le bœuf, le porc. Torlais décrit un cas de tumeur du chat rappelant de très près le botryomycome.

La botryomycose est une staphylococcose spéciale, conformément au travail de M. Magrou. La forme généralisée a été retrouvée chez l'homme (observation de M. Masson). Chez l'homme, on voit dans les granulomes botryomycosiques des amas microbiens ayant les caractères du staphylocoque, entourés d'une gangue. Plus ou moins marquée et colorable différemment. Le staphylocoque ne paraît pas être chez l'animal le seul microbe en cause.

La botryomycose chez l'animal a été reproduite expérimentalement. Le botryomycome n'a jamais été reproduit chez l'homme. Les expériences de Torlais sur l'animal sont restées négatives.

Les deux maladies, chez l'homme et chez les animaux, sont très voisines l'une de l'autre, mais évoluent différemment le terrain n'étant pas le même.

Traitement du botryomycome chez l'animal : lavages antiseptiques, curetage, ou extirpation chirurgicale. Chez l'homme, à côté du traitement chirurgical, le traitement radiothérapique donne d'excellents résultats à des doses variant de 10 h. à 15 h. (rayons non filtrés). L. G.

Les Médications sulfurées (1), par le docteur J. VINCENT, médecin consultant à Challes-les-Eaux.

Ce livre est une mise au point actuelle de la question du soufre, question d'un haut intérêt thérapeutique, car la médication sulfureuse, en fournissant aux matériaux albuminoïdes le soufre nécessaire à l'architecture de l'édifice protéique et à l'hémoglobine un de ses éléments constitutifs, est une médication reconstituante, au même rang que les médications arsenicale, phosphorée ou ferrugineuse.

Cette conclusion se dégage nettement de la première partie de l'ouvrage et de la lecture des chapitres relatifs à l'importance trophique du soufre, à sa circulation dans l'organisme (voies d'absorption, voies d'élimination, action intermédiaire sur le sang et les tissus, entre son entrée et sa sortie), à son action antiseptique sur tout son parcours, aux lois qui président à son métabolisme et démontrent le rôle prépondérant de l'hydrogène sulfuré, enfin à l'étude du ravitaillement normal de l'organisme en soufre et des dystrophies sulfurées qui résultent de l'insuffisance de ce dernier.

Sur ces bases physiologiques solides, groupées autour

(1) Un vol. grand in-8 de 560 pages avec 152 fig. dans le texte et 4 planches contenant 16 fig. dont 14 microphotographies autochromes. — Prix : 50 fr. — Paris, F. Alcan.

(2) Un vol. in-8 raisin de 120 pages avec 7 planches hors texte. — Prix : 16 fr. — Paris, G. Doin, édit.

(1) Un vol. in-16 de 112 pages, collection des « Actualités médicales ». — Prix : 4 fr. 50. — Paris, 1922, J.-B. Baillière et fils.

d'idées personnelles nouvelles et complétées par une abondante documentation chimique et bibliographique, l'auteur étudie la valeur critique et comparative des différentes préparations sulfureuses : le soufre en nature de l'ancienne pharmacopée, peu utilisable et d'effet inconstant, le soufre colloïdal, d'acquisition récente et qui réalise un réel progrès thérapeutique, inférieur néanmoins au soufre complexe, vivant et assimilable par toutes les voies d'absorption, des eaux minérales naturelles qui constituent la meilleure médication thiotrophique; les principales stations sulfureuses françaises sont classées dans la deuxième partie de ce travail et étudiées avec impartialité : en quelques lignes, chacune d'elles est caractérisée dans sa spécialisation.

Les chapitres d'hydrologie clinique où l'auteur réfute, avec toute l'autorité d'une longue pratique thermale, un certain nombre d'idées fausses sur la cure sulfureuse et celui des indications et contre-indications de soufre, y sont traités à fond.

Ce livre est donc essentiellement pratique et constitue, à ce jour, le travail le plus complet de thérapeutique sulfurée.

Il ouvre aussi la porte à des recherches intéressantes, car l'auteur a établi, dans la troisième partie de son ouvrage, un programme d'enquête très précis sur la question du soufre, qu'il ne considère pas encore comme complètement élucidée; il convie ainsi les cliniciens, les hydrologues, les laboratoires d'expériences, les chimistes à de nouvelles études relatives notamment au rôle respectif du soufre et du fer dans le sang, à l'action du soufre considéré comme ferment oxydant ou comme agent catalytique dans l'accélération des combustions des tissus, véritable « avance à l'allumage », à son rôle anti-anaphylactique ou anticolloïdoclasique, qu'il est permis d'entrevoir depuis les travaux d'A. Lumière, à l'étude clinique des maladies par carence sulfurée et des dystrophies sulfurées (cystinurie, sulfaturies, etc.).

Cet ouvrage dépasse de beaucoup le cadre d'une simple revue générale de crénothérapie sulfureuse. Il libère enfin le soufre de ses prescriptions empiriques anciennes, lui assure une place méritée en thérapeutique et « réhabilite » par des considérations biologiques, physiologiques et cliniques, ce médicament si en faveur, par tradition, dans l'opinion populaire et que les Grecs qualifiaient déjà de divin, Θειον.

L. G.

COURS ET CONFÉRENCES

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — Cours de révision sur les acquisitions médicales pratiques de l'année. — Dans une série de conférences et de démonstrations pratiques, seront exposées chaque année les notions nouvelles cliniques et thérapeutiques dans toutes les branches de l'activité médicale.

Ce cours, fait sous la direction du professeur Emile Sergent, avec la collaboration du docteur Camille Lian, médecin des hôpitaux, aura lieu en 1922, du 6 au 31 octobre.

Professeur E. Sergent : leçon d'ouverture : critique générale des méthodes d'exploration de l'appareil respiratoire; Abrami : pathologie générale; Aubertin : sang; Chabrol : foie, pancréas et nutrition; Debré : hygiène; Duvoir : médecine légale; Faroy : tube digestif; Harvier : glandes endocrines; Lian : cœur, vaisseaux et reins; Tinel : neurologie et psychiatrie, professeurs agrégés, médecins des hôpitaux. — Cadenat, chirurgien des hôpitaux : chirurgie générale et gynécologie. — Le Mée, laryngologiste des hôpitaux. — Velter, ophtalmologiste des hôpitaux. — Guilly, dentiste des hôpitaux. — Blechmann : pédiatrie et maladies infectieuses; Cottenot : radiologie et curiethérapie; G. Durand : intestin; Fernet : dermatologie et syphiligraphie; Marsan : urologie; Passot : chirurgie esthétique; P. Pruvost : appareil respiratoire; Ségard : thérapeutique générale; Trèves : chirurgie infantile et orthopédie; Vaudescal : obstétrique, anciens internes des hôpitaux. — Dausset, chef de laboratoire à la Faculté : physiothérapie. — Duchesne : questions professionnelles. — H. Leclerc : phytothérapie. — G. Siguret : crénothérapie, climatothérapie.

Les cours, dont le programme détaillé sera affiché ultérieurement, auront lieu chaque jour, sauf le dimanche, à l'amphithéâtre de la clinique du professeur Sergent, à l'hôpital de la Charité, aux heures ci-après : 3 h. à 4 h., conférence clinique; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, démonstrations et exercices pratiques; 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, conférence clinique.

Les élèves auront la libre disposition de la matinée pour suivre la visite dans les hôpitaux. En particulier, les salles de la clinique propédeutique et les services des divers conférenciers leur seront très largement ouverts.

Les leçons seront suspendues les 12, 13, 14 octobre pour permettre aux élèves de suivre les discussions du Congrès français de médecine qui se tiendra à cette date à Paris.

Les séances de démonstrations et exercices pratiques (4 h. 1/4 à 5 h. 1/4) seront réservées aux élèves ayant versé un droit d'inscription de 150 francs.

S'inscrire auprès du docteur C. Lian, à la consultation de médecine de l'hôpital Tenon, ou 10, rue Margueritte, Paris (XVIIe).

Les conférences cliniques (3 h. à 4 h., 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) seront ouvertes à tous les docteurs et étudiants en médecine.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — Cours pratique et complet de vénéréologie, sous la direction de M. le professeur Jeanselme avec la collaboration de M. le professeur Sébileau et de MM. Hudelo, Milian, Ravaut, Lortat-Jacob, Louste (médecins de l'hôpital Saint-Louis), M. Gougerot, professeur agrégé, médecin des hôpitaux; Darré, de Jong, Tixier, Lian, Sézary (médecins des hôpitaux); MM. Lemaître, otorhinolaryngologiste de l'hôpital Saint-Louis; Coutela, ophtalmologiste des hôpitaux; Hautant, otorhinolaryngologiste des hôpitaux; Marcel Sée, médecin de Saint-Lazare; Barbé, médecin aliéniste des hôpitaux; Touraine, P. Chevallier, Burnierh (chefs de clinique à la Faculté); Marcel Bloch, chef de laboratoire à la Faculté; Giraudeau, chefs du laboratoire des agents physiques et de radiothérapie; Pomaret, chef du laboratoire des travaux chimiques; Schulmann, chef de clinique à la Faculté; Civatte, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis; Flurin, interne des hôpitaux; Demonchy.

Le cours aura lieu du lundi 13 novembre au mardi 9 décembre 1922, tous les jours excepté les dimanches et fêtes, l'après-midi à 1 h. 30 et à 3 h. à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au musée, à l'amphithéâtre de la clinique, à la polyclinique ou au laboratoire.

Tous les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire et de thérapeutique. Recherche du tréponème. Examens bactériologiques; réaction de Wassermann, ponction lombaire, biopsies, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins de 9 h. à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie, sont ouverts de 9 h. à 12 h. et de 2 h. à 5 h.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Un certificat leur sera délivré à la fin du cours.

Le programme du cours comprend 72 leçons.

Deux cours semblables ont lieu chaque année en avril, mai, juin, et en octobre, novembre, décembre. Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation délivrée au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 h.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au laboratoire de la Faculté (hôpital Saint-Louis — docteur Marcel Bloch).

Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard.

La période pré-opératoire, par M. Charles Lefebvre, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Toulouse. Un vol. de 260 p., avec fig. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

SYPHILIS

A TOUTES SES PÉRIODES

Traitement iodo-hydrargyrique intensif

Lipogyre Ciba

LIPOIODINE-Hg

Combinaison iodo-mercurielle réalisant l'association et la synergie médicamenteuse de l'iode et du mercure, avec exaltation de l'activité thérapeutique propre à ces deux composants.

Une seule forme { Comprimés à 0 gr. 32 1 à 8 par jour.

Tolérance parfaite.

Echantillons : Laboratoires CIBA — O. ROLLAND, Phcien, I, place Morand, LYON

Préparé par les LABORATOIRES DU NUJOL Standard Oil C° (New-Jersey) NEW YORK



CAUSES ET EFFETS

La viscosité des huiles de vaseline est tellement variable qu'il n'est pas étonnant que les résultats obtenus varient aussi.

Le **NUJOL** donne des résultats invariables parce qu'il est lui-même invariable.

NUJOL EST LE LUBRIFIANT IDÉAL DE L'INTESTIN

Le **NUJOL** présente toujours le même degré de viscosité et d'absolue pureté.

Le **NUJOL** est absolument sans goût ni odeur et ne cause pas des nausées.

Echantillons et Brochures sur demande
BEDFORD PETROLEUM C°
88 Avenue des Champs-Élysées, 88
PARIS

Nujol
MARQUE DEPOSÉE
Contre la Constipation

Agent de Vente :
A. W. B. SCOTT
Pharmacien-Droguiste
38, Rue du Mont-Thabor
PARIS



GOUTTES de GLYCÉROPHOSPHATES ALCALINS (éléments principaux des tissus nerveux)

NÉVROSTHENINE FREYSSINGE

AUCUNE CONTRE-INDICATION

RECONSTITUANT RATIONNEL

NEURASTHÉNIE, CONVALESCENCES SURMENAGE, ÉPUISEMENT NERVEUX

des Artérioscléreux, Diabétiques, Dyspeptiques, Entéritiques, etc.

XV à XX g. à ch. repas. 6, Rue ABEL, PARIS. Le Fl. en France



Maison A. MAURY
6, Boulev. Montmartre, PARIS.
La plus ancienne Maison française.
BONNES OCCASIONS
en séries, paquets et collections
PRIX SANS CONCURRENCE
*Prix cour*t *illust. en séries (1200)*
GRATIS sur demande.

LYSOL le plus puissant des antiseptiques, ne présentant aucun danger, est un savon liquide complètement soluble dans l'eau. Employé avec plein succès pour les accouchements et maladies de la femme.

SOCIÉTÉ DU LYSOL IVRY (Seine).

LIPIODOL LAFAY

à 40 °/o d'Iode sans aucune trace de chlore

54, Chaussée-d'Antin, PARIS

RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX

NEUROSINE PRUNIER

NEURASTHÉNIE
SURMENAGE — DÉBILITÉ

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DES PLEURÉSIES PURULENTES[1]

a. La *pleurésie purulente primitive* survient brusquement chez un individu en pleine bonne santé. Son début est net, marqué par un point de côté, de la dyspnée, de la toux, une fièvre élevée. On constate tous les signes d'un grand épanchement et la ponction exploratrice impose le diagnostic.

b. La *pleurésie parapneumonique* ou précoce, débute en même temps qu'une pneumonie et marche de pair avec cette affection. C'est une *pleuro-pneumonie,* caractérisée par une matité absolue, à la base d'un poumon, avec diminution des vibrations et broncho-égophonie. La ponction exploratrice montre la coexistence de la pleurésie et de la pneumonie. Son évolution est variable. Elle peut disparaître en même temps que la pneumonie; ou bien elle peut progresser et nécessiter par son abondance la ponction ou l'opération.

c. La *pleurésie métapneumonique* : la pleurésie pneumonique purulente tardive se développe, deux à trois semaines après la pneumonie. Son début peut être net, marqué par un point de côté, de la dyspnée, de la fièvre, ou bien insidieux et progressif avec malaise léger, petite fièvre et dyspnée peu marquée. A l'examen on constate l'existence d'un gros épanchement. La fièvre alors est à 38-39 degrés. Les signes généraux sont de moyenne intensité. L'épanchement peut évoluer vers la résorption spontanée. Il peut guérir par une simple ponction évacuatrice, ce qui n'est pas rare. Il peut évoluer vers la vomique et s'évacuer par les bronches, amenant parfois la guérison spontanée. Enfin elle peut faire saillie vers un espace intercostal (empyème de nécessité). La pleurésie métapneumonique est en général une affection bénigne; elle évolue vers la guérison presque toujours. Se méfier cependant de septicémie, arthrites, péricardites, péritonite, etc. La *ponction exploratrice* donne du pus épais, louable, visqueux, crémeux, bien lié, purée de pois. L'examen microscopique montre du pneumocoque, diplocoque, lancéolé, encapsulé, parfois en chaînettes.

2. *Pleurésies purulentes généralisées à staphylocoques.* — C'est une éventualité assez rare. La pleurésie purulente à staphylocoques peut se voir, il est vrai, au cours des septicémies, des septico-pyohémies à staphylocoques, consécutives à un anthrax, à la furonculose, à l'ostéomyélite, aux infections généralisées, à l'endocardite infectieuse.

Elle ne présente pas de signes spéciaux. L'examen microscopique montre du staphylocoque doré. Evolution à tendance chronique.

3. *Pleurésies purulentes généralisées tuberculeuses.* — Tantôt elle est *primitive* et se développe comme une pleuro-tuberculose d'emblée, tantôt elle est *secondaire*, apparaissant au cours d'une tuberculose pulmonaire aiguë ou chronique. Ne pas oublier qu'on peut voir se développer chez un tuberculeux une pleurésie purulente à pneumocoques ou à streptocoques.

a. *Pleurésie purulente tuberculeuse primitive ou d'emblée.* — Il s'agit de pleurésies développées insidieusement et découvertes par hasard chez un malade qui a un peu de dyspnée ou une douleur thoracique. La ponction révèle un épanchement purulent, mal lié, laissant un abondant dépôt. Les signes fonctionnels sont peu marqués : la fièvre est peu élevée, l'état général reste bon, et le malade continue à vaquer longtemps à ses occupations. Et pourtant ces épanchements latents peuvent être considérables et atteindre 3-4 litres et plus (Netter). Les ponctions n'amènent qu'un soulagement passager, car le liquide se reproduit et des ponctions se répètent pendant des mois, des années.

La guérison est exceptionnelle, la mort survient par cachexie, par tuberculose pulmonaire, par toxi-infection ou par infections secondaires. Le pneumothorax est une complication fréquente.

b. *Pleurésie purulente tuberculeuse secondaire à une pleurésie séro-fibrineuse.* — Chez un malade atteint d'une pleurésie séro-fibrineuse, souvent histologiquement hémorragique, on fait une série de ponctions évacuatrices.

Le liquide se reproduisant abondamment, sans que rien ne puisse le faire prévoir, on constate que le liquide change, qu'il devient d'abord louche, puis purulent. La transformation purulente des pleurésies séro-fibrineuses n'a pas une étiologie bien élucidée. A côté des cas où une infection secondaire se surajoute, il semble que la suppuration puisse se faire sous la seule influence du bacille de Koch.

Comme dans la forme précédente, l'évolution est essentiellement chronique. Il n'y a pas de tendance naturelle à la guérison.

On ponctionne indéfiniment et la pleurésie devient intarissable.

Ou bien il se fait un pyopneumothorax sans vomique, par perforation de dehors en dedans.

D'autres fois, on voit survenir un empyème pulsatile intra ou extrapleural. Enfin, parfois, il aboutit à un empyème de nécessité avec fistule intarissable et infections secondaires. La mort survient par cachexie tuberculeuse, péritonite ou méningite tuberculeuse, tuberculose pulmonaire. L'inoculation du pus au cobaye est positive.

4. *Les pleurésies purulentes généralisées fétides.* — Le liquide purulent présente une odeur fétide qui semble due à certains colibacilles ou anaérobies. Cliniquement, il n'y a aucun signe de gravité particulière. En réalité, les pleurésies fétides constituent une variété des pleurésies putrides.

5. *Les pleurésies purulentes généralisées putrides.* — Elles sont la conséquence de la pénétration dans la plèvre de germes de la putréfaction (Besnier, Bucquoy, Dieulafoy, Netter). Le rôle des anaérobies a été mis en valeur par Veillon et Zuber (bacillus ramosus, subtilis, perfringens, hystoliticus, etc.). Cliniquement, elles sont primitives ou secondaires à la gangrène pulmonaire, etc.

Le *début* est brusque, par un point de côté intense. L'examen clinique révèle la présence d'un épanchement liquide avec pneumothorax. La fièvre est peu élevée, 38°-38°5 (Rendu, Rist). Au contraire, l'état général est grave, le facies est plombé, couvert de sueurs; la prostration et la faiblesse sont extrêmes. Souvent on note un véritable état typhoïde, avec stupeur, délire, diarrhée, albuminurie, érythèmes toxi-infectieux. Le pouls est rapide, mou. Le sang montre une hyperleucocytose.

La ponction exploratrice montre un liquide sanieux, grisâtre, fétide et repoussant et qui contient de nombreux anaérobies. Il y a du danger à faire des ponctions, par suite de la possibilité d'inoculation. La thoracotomie s'impose aussitôt.

La mort peut survenir par syncope, à la suite d'une ponction ou bien par phlegmon gazeux. La guérison, qui était exceptionnelle, peut aujourd'hui s'obtenir par évacuation précoce et sérothérapie antigangréneuse. Le pronostic n'en reste pas moins très grave.

6. *Les pleurésies purulentes généralisées à bacilles d'Eberth, à pneumobacilles, à tétragènes, les pleurésies chyliformes, les pleurésies purulentes aseptiques.* — Elles sont à citer seulement.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 69, p. 1118.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — Il est rappelé que la Compagnie P.-L.-M. a établi un service direct de Paris à Béziers, et retour, viâ Brioude-Saint-Flour. Ce service est actuellement assuré, dans les deux sens, au moyen de deux voitures directes comportant des places de couchettes, 1re, 2e et 3e classes, avec l'horaire suivant :

Aller. — Paris P.-L.-M., dép. 20 h. 44; Clermont-Ferrand, arr. 3 h. 52; Brioude, arr. 5 h. 55; Bédarieux, arr. 14 h. 14; Lamalou-les-Bains, arr. 14 h. 48; Béziers, arr. 15 h. 23.

Retour. — Béziers, dép. 9 h. 10; Lamalou-les-Bains, dép. 9 h. 27; Bédarieux, dép. 10 h. 26; Brioude, dép. 19 h. 32; Clermont-Ferrand, dép. 21 h. 55; Paris P.-L.-M., arr. 5 h. 45.

Bonnes correspondances à Béziers avec Narbonne et Perpignan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

EXCURSIONS A FONTAINEBLEAU ET A MORET. — *Train spécial à prix réduits.* — Rappelons que la Compagnie P.-L.-M. mettra en marche, tous les dimanches, jusqu'au 24 septembre, un train spécial à prix réduits, 2e et 3e classes, de Paris à Fontainebleau et Moret dans les conditions suivantes :

Aller : dép. de Paris, 7 h. 30 ; arr. Fontainebleau 8 h. 35 ; Moret 8 h. 50. Retour : par tous les trains du même jour dans les conditions prévues pour les voyageurs.

Prix des billets aller et retour : de Paris à Fontainebleau, 2e cl. 11 fr., 3e cl. 7 fr.; de Paris à Moret, 2 cl. 12 fr., 3e cl. 7 fr. 50.

Nombre de places limité. Délivranee des billets : Agence P.-L.-M., 88, rue Saint-Lazare ; gare de Paris P.-L.-M. ; bureaux de ville de la Compagnie et principales Agences de voyages.

A la gare de Fontainebleau, le nouveau train est en correspondance directe avec les services P.-L.-M. d'autocars pour la visite de la Forêt.

N° 72. — SAMEDI 16 SEPT. 1922. 95e ANNÉE. SAMEDI 16 SEPT. 1922. — N° 72.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Liste des candidats :

PREMIÈRE MOITIÉ. — *Première série.* — MM. Ab der Haldon, Albane, Albot, Alépée, Alétru, Altman, Amaraggi, Amiot, Mme Amiot (née Patti), MM. Anchel, Anglade, Ardouin, Arias, Arion, Armynot du Châtelet, Arnon, Asselin, Ashtiany, Attaix, Attal, Aubriet, Auclair (Jacques), Auclair (Jean), Aude, Audouin, Aujay, Aupérin, Auvray, Avella, Ayzac, Bailby, Baratoux, Barbara, Barbot, Bardin (Ferdinand), Bardin (Jean), Bardonnaut, Bargy, Baron, Barreau, Barzilaï, Bascou, Battesti, Baudet, Baugas, Beaufis, Beaupuy-Mouret, Mlle Bégaud, MM. Béhal, Bénad, Bénévent, Benoist, Bérard, Bérardier, Béraut, Bernard (André), Bernard (Louis), Bernard (Paul), Berny, Berry, Bertrand (Jean), Bertrand (Pierre), Mlle Besnard, MM. Beust, Bevotte (de), Bézier, Blanc, Blanckaert, Blavier, Blin, Boccard, Bocquentin, Boëlle, Bompard, Bonnefoy, Bonnet, Bonnier, Boquel, Mme Borcia, MM. Bordier, Bosnière, Mlle Boudoux, MM. Boulègue, Bouquet, Boureau, Bourgeois (Claude), Bourgeois (Amable), Bouvier (Georges), Bouvier (Maurice), Brandenburg, Bréhier, Breton (Jacques), Breton (René), Bretillon, Briault, Brion, Mlles Bronilawski, Brose, Bruchon, MM. Bruneau.

Deuxième série. — Mlle Brunel, MM. Brunet, Bruyerre, Buisson, Bulté, Busson, Mlle Cabanel, MM. Cabrol, Cachera, Cadilhac, Mlle Cahen, MM. Caillaud, Calas, Calman, Calmels, Calmet, Camps, Camus (Jean), Camus (Victor), Cannac, Cantacuzène, Cantin, Capaudji, Capelin, Carzès, Carillon, Caroli, Cassaigneau, Castellanet, Cavalier, Cazès, Cerf, Chabrol, Chadourne, Chaignon, Chambet, Chalot, Chaniotis, Chapard, Chappaz, Charles, Charnaux, Charrin, Chatelain, Chatelot, Chauveau (André), Chauveau (Henri), Chauvineau, Chavialle, Mlles Chemin, Chevillon, MM. Chevrolle, Cheynet, Chircoulesco, Choffé, Mlle Chretien, MM. Christodoulos, Chryssoulis, Clément (André), Clément (Yves), Cliquet, Clupot, Cnudde, Cros, Cros-Decam, Codet, Cohen (Victor), Cohen-Deloro, Cohen-Solal, Coliez, Colin, Comar, Constantoulakis, Coquelin, Corbier, Corbin, Cordier, Cornilleau, Coste, Cougnot, Couperot, Mlle Courtine, M. David, Mlle Dalloni, M. Danhier, Mlle Dartin, MM. Daudans, Dausse, Mlle David, MM. David Davidovici, Davioud, Debon, Debu, Debuquois Decourt, Delahaye, Delafarge, Delanoé, Delbreil.

Troisième série. — MM. Déléage, Deleau, Deliencourt, Delpeyrou, Delvaille, Demailly, Mlle Demay, MM. Demoly, Derancourt, Derôme, Desormeaux, Desmier, Despas, Després, Détrois, Devin, Devoucoux, Dhaussy, Digeon, Dinichert, Donon, Doutrebente, Doux, Dragomiresco, Mlle Dreyfus, MM. Dreyfus (Pierre), Dreyfus (Vital), Droubard, Droux, Dubard, Mlle Dubois, MM. Dubois (Jean), Duchâtel, Duclos, Ducrot, Duhamel, Durrbach, Duval, Duverger, Elbaz, Eliascheff, Emmanuelli, Even, Evreniadès, Eymond, Faguet, Falaise, Fallex, Fardeau, Farrando, Favier, Favre, Mlle Fayot, MM. Fayot (Robert), Fellous, Ferrand, Filippini, Flamet, Flora, Fontaine, Forgeois, Fort (Pierre), Fort (Rémond), Fortin (André), Fortin (René), Fouquet, Fourcade, Fournier, Francioni, France, Fredet, Frémont, Fromont (Marcel), Fromont (Paul), Fuchs, Gadaud, Gallais (Georges), Gallais (Pierre), Gannat, Garat, Garnier, Gasiglia, Gasné, Gaston (Jean), Gaston (René), Mlle Gautheron, MM. Gauthier, Gavois, Gay, Georgiadès, Gibert (Edouard), Gibert (Henri), Gilbrin, Mlle Gillard, MM. Ginestet (de), Girard (Jean), Girard (Paul), Giroud, Glaive, Gloppe.

Quatrième série. — MM. Godefroy, Godel, Goguillon, Mlles Goldberg, Goldring, Gontaud-Biron (de), MM. Goupille, Gouyen, Gozlan, Grammont, Grancher, Grandric, Grenaud, Grenet, Gressard, Grimberg, Griolet, Grollet, Guédé, Guédon, Mlle Guérin, MM. Gueyne, Guilbert, Guillemin, Guilmard, Guybert de la Bausserie, Hambourg, Hamelin, Haury, Hazan, Heber-Suffrin, Hébert, Hein, Helmann, Hélot, Hénault, Henri, Héraud, Herman, Hervy, Heuclin, Hodanger, Hoffmann, Houzeau, Hubner, Huchon, Hude, Mlle Huguet, MM. Husseinstein, Izard, Jacob, Janvier, Jarrin, Jeantet, Jesover, Joly, Jossinet, Jouanneau (Marcel), Jouannot (Joseph), Jourdan, Jousset, Jouve, Julius, July.

DEUXIÈME MOITIÉ. — *Première série.* — Mme July (née Chabert), MM. Katz, Kintgen, Kirszblum, Kriticos, Kuntzli,

Kyriaco, Laborde (Jean-Laurent), Laborde (Pierre-Jean), Lacaille, Lacaze, Lacombe, Lacorne, Lacroix, Lacurte, Laffroy, Lafitte, Mlle Lanberjack, M. Lambert, Mlle Lamy, M. Lancesseur, Mlle Landowski, MM. Lang, Langenhagen (de), Langumier, Lapeyre, Lappas, Lardat, Laredo, Laroche, Larribère, Larsonneur, Mlle Latil, MM. Laussol, Lavoipierre, Lazerat, Le Baron, Lebecq, Le Buanec, Le Cacheux, Lechertier, Mlle Lechopier, MM. Leclere, Lecocomier, Ledos, Lefas, Lefèvre, Mlle Lefilliâtre, MM. Lefrançois, Lefranc, Le Guet, Lehmane, Lelièvre, Leproust, Lemaire, Lemoine, Leroux, Leroy (Gustave), Leroy (René), Le Renard, Lersch, Levassor, Lévy (André), Lévy (David), Leydier, Liège, Lignières, Linal, Lioret, Mlle L'Hoir, MM. Lhopitallier, Loussot, Loeb, Loevenbrück, Longuet, Lorenzi, Loubry, Loué, Loufrani, Luiggi, Macasdar, Magloire, Magnaud, Magnien, Mlle Magrah, MM. Mahieu, Maillard, Mainguy, Maire, Maksud, Malachier, Mlle Maldan, MM. Malfuson, Mallet, Malpart, Manesse, Manouvrier, Mantion, Maraval, Marcovici.

Deuxième série. — MM. Marguet, Maricot, Marie, Marion, Martellière, Martin (Charles), Martin (Jean), Marty, Masquin, Matifat, Mlle Matrat, MM. Maurer, May, Mayrargues, Mazeyrie, Medioni, Ménard, Mérat, Méraud (Paul), Méreau (Albert), Merger, Merklen, Mermillod, Mesplomb, Meyer, Miget, Milleret, Mittet, Monestier, Monnerot-Dumaine, Monnier, Monod, Montant, Mlle Montauzon (de), MM. Morin, Mortzun, Mosnier, Motz, Moullard, Moureau, Mourrut, Moussette, Moutard, Moutarde, Moyse, Muffang, Müller, Nacht, Nadji, Mlle Nageotte, MM. Naggiar, Nataf, Negroni, Nicolle, Ninor, Nobili (de), Norza, Nouvion, Mlle Obréja, M. Odinet, Mlle Odru, M. Ogarrio, Mlle Oguse, MM. Ollivier-Henry, Omnès, Ottavi, Padieu, Padovani, Paille, Mlle Palisse, MM. Palliez, Papassis, Parer, Pariente, Parlier, Péchin, Pecker, Mlle Peillon, M. Peraire, Mlle Peraud, MM. Perissé, Pernon, Péron, Perrier, Pesqueira, Petit (Antoine), Petit (Louis), Petrovitch, Phalippou, Philouze, Picard (Jean), Picard (Noël), Picarda, Picardeau, Mlle Pichot, MM. Picot, Pierron, Piet-Lataudrie, Pillière de Tanouarn, Mlle Pinel.

Troisième série. — Mlle Pissot, M. Pitoiset, Mlle Plassat, MM. Plat, Plessier, Poinceau, Poisson, Polacco (Etienne), Polacco (Jacques), Pompanon, Pottier, Poublan, Poumeau-Delille, Pradier, Prat, Préaut, Pressat, Prévost, Priet, Prince, Prioleau, Priollet, Proveudier, Prugniaud, Querneau, Quivy, Rabinovitch, Racine, Raganeau, Ragu, Raingeard, Ranglaret, Redaud, Regner, Renoult, Retat, Revel-Moreau, Richard, Richault, Rigot, Mlle Riom, MM. Ripert, Rivière, Rivoire, Mlle Robert, MM. Rochefrette, Rogier, Rondepierre, Rone, Roquejeoffre, Rosenthal, Rothéa, Rouart, Rouchon, Rouquès, Rousseau (Jean), Rousseau (Silvain), Roussier, Rouzaud, Rudaux, Rudolf, Ruggiero (di), Saingery, Saint-Pierre, Salgo, Sallard, Sallé, Samitoa, Sanson, Saraudy, Sarfati, Sassier, Sazias, Schalck, Schapiro, Schatz, Mlle Scherrer, MM. Schlesinger, Schmidt, Mlle Schreiber, MM. Séjournet, Sens, Séroux, Serre, Servy, Sevestre, Mlle Seyrig, MM. Sèze (de), Sigaud, Signeux, Signoret, Simon (Charles), Simon (Joseph), Mlle Skwirsky, MM. Solance, Spatzierer, Spindler, Stafler, Mlle Stankiervicz (de), M. Stéhelin.

Quatrième série. — MM. Storbini, Stérin, Stuhl, Surpas, Tabuteau, Tacquet, Tchou, Terme, Terrade, Terzian, Thomann, Thouluc, Thoyer, Thuvien, Timsit, Tolila, Tortat, Tournadre, Tournant, Touvet, Tridon, Mme Trivas (née Morosoff), MM. Trubert, Tubiana, Mlle Urçat, MM. Vaché, Valat, Vallet, Vannier, Varé, Varnier, Vayron de la Moureyre, Ventre, Veslot, Veuillot, Vézin, Vezoux, Vial, Vidal (Louis), Mlle Vidal, MM. Vidal-Naquet, Villasmil, Vincent, Viriot, Voignier, Vuillecard, Vuillemard, Weill (Adrien), Weill (Jean), Mlles Wertheimer (Marthe), Wertheimer (Suzanne), MM. Wester, Wibaux, Mlle Wolff, MM. Zagdoun, Zambeaux, Zérah, Zimmer (Hirsch), Zimmer (Louis), Zitzermann, Zouiten, Zucman.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Ducamp (de Lille).

AÉRONAUTIQUE ET TRANSPORTS AÉRIENS. — Ont été nommés :

M. le docteur Garsaux, médecin chef du centre médical principal d'examen et d'études au Bourget.

M. le docteur Cruchet, médecin chef du centre régional et d'études à Bordeaux.

— Sont désignés, en outre, pour assurer le fonctionnement de ces deux centres les médecins spécialistes dont les noms suivent :

Centre principal du Bourget : MM. les docteurs Béhague, Rouget, Aubourg et Cantonnet.

Centre régional de Bordeaux : MM. les docteurs Moulinier, Portmann et Ginestous.

MARINE. — Les médecins de 1re classe désignés ci-après sont autorisés à prendre part au concours pour l'emploi de professeur de pathologie externe et d'obstétrique à l'Ecole principale du service de santé de la marine à Bordeaux :

MM. Rondet, du port de Rochefort, en service à Lorient; Fontaine, du port de Toulon, et Nayrolles, du port de Lorient, en service à Toulon.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Léon Cahn (de Paris) et Weil (de Dijon).

ERRATUM. — Dans le n° 70, p. 1131, 1re col., 5e et 6e lignes, lire :

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 71, p. 1129.
(2) *Id.*, 1921, n° 89, p. 1427.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen. II. *La région sous-thoracique de l'abdomen*, par le docteur R. GRÉGOIRE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux de Paris. Gr. in-8 de 192 pages avec 60 planches noires et coloriées comprenant 76 figures. — Prix : 30 fr. — Paris 1922, J.-B. Baillière et fils.

La période pré-opératoire, par M. Charles LEFEBVRE, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Toulouse. Un vol. de 260 p., avec fig. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Manuel d'éducation prophylactique contre les maladies vénériennes, publié sous la direction de MM. les docteurs QUEYRAT et SICARD DE PLAUZOLES. In-8, 1922. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Syphilis. Paludisme. Amibiase. Le traitement d'attaque et les traitements secondaires (préventif, abortif et d'entretien), par le docteur Paul RAVAUT, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Préface du professeur Fernand WIDAL. 2e éd. refondue, 1 vol. de 214 pages. — Prix : 9 fr. — Paris, Masson et Cie.

Les lois de la cicatrisation des plaies cutanées, par Auguste LUMIÈRE, correspondant national de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 de 122 pages, avec 25 figures dans le texte. — Prix : 8 fr. — Paris, G. Doin.

De l'insuffisance quantitative du sang. Essai de physiologie et de pathologie comparées, par M. J.-M. DUPUY, vétérinaire, 1 vol. de 64 p. — Prix : 4 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

REVUE GÉNÉRALE

LES LOCALISATIONS RARES
DES
PARALYSIES DIPHTÉRIQUES

Par M. L. LÉORAT,
Interne des hôpitaux de Lyon (1).

Définition et généralités. — Une définition précise et absolue des localisations rares n'est guère possible étant données la variabilité et la multiplicité des localisations névritiques dans la diphtérie.

Pour apprécier la rareté de certaines localisations, il faut nous rappeler succinctement comment se présentent les paralysies diphtériques dans leurs formes communes et faire une incursion dans les statistiques des divers auteurs.

Il existe des formes localisées et des formes généralisées. Ce sont des paralysies flasques, d'intensité modérée, sans grande atrophie, accompagnées d'hypoesthésies.

Les formes localisées se manifestent généralement au siège de l'infection, c'est pourquoi les paralysies du voile, du pharynx, et de la glotte sont les plus fréquentes.

Les formes généralisées se développent avec une certaine lenteur par une série d'extensions successives, frappant tour à tour divers appareils musculaires et l'on assiste à une succession de paralysies qui semblent évoluer chacune pour leur propre compte. La paralysie du voile du palais est la manifestation initiale, puis, par ordre de fréquence, on pourra noter la paralysie de l'accommodation, la paraplégie, depuis les formes frustes jusqu'aux formes très caractérisées. Les muscles de la nuque, des membres supérieurs, du tronc peuvent être atteints à leur tour notamment dans les formes aiguës et généralisées. On peut constater d'autres localisations plus rares, portant même sur les muscles viscéraux.

Voyons maintenant les résultats fournis par les statistiques.

D'après Trousseau, Maingault (1854), le voile est généralement atteint primitivement dans 80 p. 100 des cas de paralysie. Rolleston qui a fait la statistique des paralysies diphtériques de son service, a établi le pourcentage suivant des diverses localisations observées.

Voile du palais	331	38 p. 100
Muscles ciliaires	236	27 p. 100
Strabisme	80	9 p. 100
Cœur	80	9 p. 100
Lèvres	49	5 p. 100
Paraplégie	36	4 p. 100
Pharynx	36	4 p. 100
Diaphragme	16	1,8 p. 100
Total	864	

Statistique de Maingault :

Voile	70
Généralisées	64
Muscles de l'œil	49
Paraplégie	13
Rectum	6
Vessie	4
Total	206

(1) Travail du service du professeur MOURIQUAND.

Statistique de Petit :

Voile	12
Paraplégie	9
Paralysie oculaire	5
Voile et œil	3
Voile et paraplégie	3
Paraplégie et paralysie dorsale	1
Voile, paraplégie et œil	1
Total	34

Statistique de Woodheat :

Voile	185
Strabisme	197
Autres muscles	10
Total	392

J'ai fait la statistique des paralysies diphtériques du service de la Charité à Lyon, portant sur les années 1908 à 1915 et 1919 à 1922. Sur 85 paralysies j'ai constaté :

Voile	52
Cœur	8
Membres	17
Accommodation	7
Généralisées	2
Facial	2
Langue	2
Iris	1
Muscles moteurs de l'œil	1
Sternomastoïdien	1
Glossopharyngien	1
Hémiplégie	1

Les résultats varient suivant les auteurs, mais il apparaît nettement que certains nerfs sont plus rarement touchés que d'autres.

Notons, en passant, que les accidents exprimés sous le nom de paralysie cardiaque sont d'ordres divers et que ce terme, quoique commode, n'est nullement juste car, dans plusieurs cas, il n'y a pas de lésion nerveuse.

Description clinique. — 1. PARALYSIE DE LA MUSCULATURE EXTRINSÈQUE DE L'ŒIL (IIIe, IVe, VIe PAIRES). — Sanné l'avait constatée. « Les muscles moteurs de l'œil et des paupières ne sont pas toujours indemnes, dit-il. Le strabisme interne ou externe, simple ou double et presque toujours convergent, la chute de la paupière supérieure sont la conséquence de leur paralysie. »

Les divers auteurs les considèrent comme assez rares. Elles se voient, en général, tardivement et dans les formes généralisées de la maladie. D'autres fois, elles se manifestent isolément. C'est ainsi que Terrien (*Arch. d'ophtalm.*, 1912) a pu relever une vingtaine de cas de paralysie isolée des muscles droits externes.

Ces paralysies sont tardives. Elles surviennent quinze à vingt jours après la disparition de l'angine ou plus tard, deux, trois mois après et même dix mois (P. Röhmer). Elles se traduisent subjectivement par de la diplopie, symptôme le plus inquiétant. La diplopie est constatée dans le champ d'action du muscle paralysé. Pour rendre ce signe plus apparent, on peut placer devant l'œil qui a une bonne acuité visuelle, un verre rouge foncé et faisant mouvoir une bougie dans la sphère d'action du muscle paralysé, le malade voit deux images de la flamme : l'une blanche, l'autre colorée. On reconnaît ainsi facilement si les images sont homonymes ou croisées. Les images homonymes sont produites par le strabisme convergent et les images croisées sont

la conséquence d'un strabisme divergent. L'œil ne fournit plus que des renseignements incertains sur la place occupée par les objets extérieurs. Cette fausse projection des objets engendre le vertige qui peut se produire dans la vision mono ou binoculaire.

A l'examen du malade, le premier symptôme, est la diminution de la mobilité du bulbe oculaire dans le sens du muscle paralysé. Si on fait fixer au malade un objet qui se trouve du côté du muscle paralysé et si on couvre brusquement l'œil sain avec la main, l'œil malade, pour fixer, fait un effort et se déplace d'un certain angle dans le même sens. C'est la déviation primitive qui est un symptôme décisif.

Il existe enfin des symptômes particuliers à chacune de ces paralysies.

Dans la paralysie du VI, la diplopie est homonyme, c'est-à-dire, que l'image du côté droit appartient à l'œil droit. Le strabisme est convergent.

La paralysie du III se traduit par du ptosis, du strabisme divergent, de la diplopie à images croisées, de la dilatation moyenne et de l'immobilité de la pupille.

On a pu observer des paralysies parcellaires portant sur un seul muscle innervé par le III : droit supérieur, droit inférieur, petit oblique, droit interne, releveur de la paupière supérieure.

Si le pathétique est touché, la tête du malade est tournée constamment en bas et de côté, soit pendant la marche, soit lorsqu'il veut fixer. Le malade présente de la diplopie dans la partie inférieure du champ visuel.

Dans quelques cas rares, on a pu observer une ophtalmoplégie totale ; l'œil paraît figé dans la cire (Hutchinson), la fente palpébrale est rétrécie et on note de l'énophtalmie.

Les paralysies des mouvements associés n'ont pas été signalées dans la diphtérie.

Tel est le tableau de ces paralysies ou parésies qui régressent en général très vite, qui sont assez fugaces, mais qui, cependant, peuvent persister et entraîner une gêne très notable de la vision surtout si les malades ne sont pas traités.

Nous signalerons les observations de paralysies postdiphtériques des muscles extrinsèques de l'œil publiées par Richon (1899), Sag, Ballan, Mourniac dans leurs thèses.

Le professeur Terrien donne la bibliographie complète de ces paralysies dans son article des *Archives d'ophtalmologie* (fév. 1912), Jannot dans sa thèse (Nancy 1917) rapporte une observation inédite du professeur Röhmer. Respaut dans sa thèse (Lyon 1922) rapporte deux autres observations. La paralysie du moteur oculaire externe est également signalée dans les observations de Mouriquand, Garnier et Léorat (*Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 1921), de Bouchut et Durand (1922).

2. Muscles de la face (5e et 7e paires). — a. *Trijumeau.* — Cette localisation très rare peut porter sur le trijumeau moteur ou le trijumeau sensitif.

La paralysie du trijumeau moteur se manifeste par l'atteinte des muscles masticateurs. Le malade éprouve de la difficulté pour ouvrir la bouche, le menton peut être dévié et parfois on constate une atrophie plus ou moins marquée des muscles masséter et temporal. Tel est le cas observé dans le service du professeur Mouriquand rapporté par Respaut (obs. X) dans laquelle la paralysie du trijumeau est associée à une paralysie de l'hypoglosse.

Dans une observation de Chauffard et Mlle Leconte on note la coexistence d'une paralysie faciale et de névralgie du trijumeau.

b. *Facial.* — La paralysie faciale diphtérique est assez rarement signalée. Cependant Sanné l'a observée et signale la rareté de l'hémiplégie faciale. Marfan dit : « La face est le plus souvent épargnée. » Achard la considère comme très rare. « Il peut arriver, dit-il, que les muscles de la face soient atteints d'un côté ou des deux. » Rosenthal, Ketli en ont signalé autrefois (1873), puis Odin (in *Lyon méd.*, 1873). Des observations plus récentes ont été publiées par Vornali, Spolvérini (3 cas), Wolf, Ausset, David, Richon, Chauffard et Mlle Leconte, Dufour, Rumddeger, Mouriquand, Garnier et L. Léorat, Bouchut et P. Durand).

Cette paralysie survient en général assez tard ; elle n'est jamais isolée ni primitive et apparaît après d'autres localisations classiques ou dans les formes généralisées ; elle est en général incomplète, tantôt localisée à droite, tantôt à gauche, tantôt bilatérale.

La paralysie faciale bilatérale s'installe souvent après la paralysie des membres. Cette diplégie s'établit en deux temps et elle est plus prononcée d'un côté. Le malade ne peut siffler ni souffler ; la face n'est pas déviée si la paralysie est symétrique mais le masque est figé, inexpressif ; la prononciation des mots est difficile. Lorsqu'il existe en même temps une paralysie de la langue et du larynx, elle peut ressembler à la paralysie labio-glosso-laryngée.

L'observation de Chauffard et Mlle Leconte signale une association avec la névralgie du trijumeau.

Parfois la paralysie faciale est dissociée et limitée au facial inférieur (cas de Dufour, Ausset, David, Vornali, Chauffard et Mlle Leconte).

En raison du voisinage des noyaux du facial et du moteur oculaire externe, on pourrait songer à l'association fréquente de la paralysie de ces deux nerfs. Or, les observations ne semblent pas la vérifier. Dans un seul cas, cité par Richon (Th. de Nancy, 1912), nous trouvons cette association (strabisme interne droit et paralysie faciale gauche) ainsi que dans l'observation de Bouchut et P. Durand (Lyon 1922).

Dans les cas de paralysie faciale diphtérique on doit éliminer les paralysies consécutives à une otite compliquant la diphtérie, et il importe de pratiquer un examen otoscopique.

3. Muscles de la langue (grand hypoglosse). — La paralysie du grand hypoglosse, rare en elle-même, quelle qu'en soit la cause, l'est encore davantage au cours de la diphtérie. Elle se traduit par une hémiatrophie linguale si elle est unilatérale, ou une atrophie de tout l'organe si elle est bilatérale.

L'aspect est variable suivant les positions de la langue :

a. Si elle est fortement tirée, la partie paralysée est comme ratatinée, affaissée et fissurée en quelque sorte ; la muqueuse dessine de nombreux plis et forme un petit croissant entouré par un croissant de plus grande dimension, la pointe est déviée du côté malade par le génio-glosse du côté sain.

b. Si la langue est au repos, le côté sain paraît plus petit, rétracté ; la partie atrophiée semble s'enrouler autour de lui, la pointe est rejetée du côté non paralysé.

Il faut donc que la langue soit activement projetée au dehors pour qu'apparaisse l'image classique. Au

repos, sur le plancher de la bouche, elle dessine souvent un aspect inverse (Bériel).

Il peut exister aussi une paralysie des muscles innervés par la branche descendante de l'hypoglosse (sterno-hyoïdien, mono-hyoïdien et sterno-thyroïdien), mais cette paralysie est difficilement appréciable. La paralysie de l'hypoglosse est associée le plus souvent à d'autres localisations et évolue sous la forme d'un complexus symptomatique bulbaire varié. Nous en avons colligé un certain nombre de cas dans la littérature médicale. Sauvé l'a observée.

Notons les observations de Harris et Henschen, de Kast, de Kinder cités par Vernet (Th. de Lyon, 1916), les cas de Sicard et Barbé, de Descos et Vial, in Th. Ardisson (Lyon 1920), une observation de Mouriquand, Garnier et L. Léorat (*Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 21 déc. 1921) et un autre cas du professeur Mouriquand, in Th. Respaut (1922).

4. Glosso-pharyngien. — La paralysie du glosso-pharyngien est rarement précisée; elle ne semble pas avoir été signalée au cours de la diphtérie. Elle se traduit par trois symptômes : la paralysie du constricteur supérieur du pharynx, l'altération du goût et des troubles de la déglutition.

a. *Paralysie du constricteur supérieur du pharynx.* — Lorsqu'on examine la paroi postérieure du pharynx au repos, on n'observe rien d'anormal, mais si on provoque une nausée ou si on fait prononcer une voyelle, on met en évidence un symptôme caractéristique : la translation de la paroi postérieure du côté malade vers le côté sain (signe de Collet).

b. *Les troubles du goût limités au tiers postérieur de la langue.* — On les recherche par badigeonnage de cette partie avec une solution douce, amère ou acide.

c. La *déglutition* des solides est difficile; le bol alimentaire s'arrête à la partie supérieure du pharynx, mais c'est une dysphagie non douloureuse qui tient à la paralysie des constricteurs.

Dans l'observation de Mouriquand, Garnier et L. Léorat, une paralysie du glosso-pharyngien droit a été observée (*Lyon méd.*, avril 1922). On peut objecter que, dans la diphtérie, souvent tout le pharynx est paralysé en même temps que le voile. Mais ce qu'il y a de particulier dans l'observation de ces auteurs, c'est la localisation unilatérale de la paralysie ce qui indique l'atteinte d'un seul noyau bulbaire. Dans ce cas, les troubles fonctionnels n'étaient pas très marqués et l'évolution fut favorable. La paralysie disparut en quelques semaines, et il n'y eut pas de gêne considérable de l'alimentation.

5. Pneumo-spinal. — a. *Larynx.* — « Le larynx ne se prend guère qu'après le croup, dit Marfan, encore faut-il dire que la paralysie du larynx après le croup est beaucoup plus rare que celle de la gorge après l'angine. »

L'aphonie, la toux après la déglutition sont les symptômes qui la révèlent. Des troubles dyspnéiques résultant de la paralysie des abducteurs des cordes vocales peuvent survenir ensuite, mais ils sont bien plus rares que les premiers.

Quand la paralysie atteint les dilatateurs, le malade ne peut respirer sans tube ou canule ; quand elle porte sur les muscles de l'orifice supérieur du larynx, les aliments tombent dans les voies respiratoires, et il faut ou nourrir le malade à la sonde ou lui faire une trachéotomie. Cette paralysie du larynx coexiste, en général, avec la paralysie de la gorge.

Cependant, en cas de croup d'emblée, elle peut être la première manifestation paralytique.

b. *Sterno-cléido-mastoïdien et trapèze.* — La paralysie de ces muscles, très rarement signalée, indique une atteinte de la branche externe du spinal. Dans une observation du professeur Mouriquand, citée dans la thèse de Respaut, on note une parésie du sterno-cléido-mastoïdien coexistant avec la paralysie de l'hypoglosse.

c. *Troubles cardiaques.* — La question est complexe et prêterait à de longues études. Dans la diphtérie, on observe des troubles cardiaques nombreux dus à diverses causes.

Il n'y a pas lieu d'envisager ici les complications cardiaques telles que la thrombose cardiaque, l'endocardite, qui sont le fait d'une infection secondaire et de la myocardite diphtérique. Mais il y a des troubles cardiaques allant de la tachycardie et l'hypotension jusqu'à la paralysie cardiaque décrite par les anciens auteurs et qui sont dus à l'atteinte des nerfs du cœur. Ce sont là, les cas les moins fréquents. Quel est leur degré de rareté. La question est difficile à résoudre.

Cliniquement, on observe ces troubles après des manifestations paralytiques localisées au voile par exemple, et leur apparition coïncide souvent avec une reprise ou une extension des paralysies. Quelquefois ils se manifestent en pleine convalescence. Les symptômes observés sont : la tachycardie, l'éréthisme cardiaque; plus tard l'hypotension et l'assourdissement des bruits du cœur avec parfois rythme pendulaire ou bruit de galop, arythmie, extra-systoles. Avec les progrès de l'intoxication on aboutit à l'insuffisance cardiaque. Dans d'autres circonstances, le collapsus prédomine, les syncopes sont menaçantes survenant à l'occasion d'un effort ou sans cause, déterminant parfois la mort subite. Dans d'autres cas enfin, on note de la bradycardie, pouvant coexister avec des crises épileptiques rentrant dans le syndrome de Stokes-Adams. A ces formes peuvent s'associer les troubles respiratoires, les vomissements, constituant les formes cardio-gastriques et cardio-respiratoires, expression de l'intoxication bulbaire et de l'atteinte du noyau du pneumogastrique.

On a étudié par des tracés, les arythmies de la diphtérie et on a constaté l'action de la toxine sur les différentes parties du faisceau primitif. On prétend avoir trouvé une imprégnation plus ou moins intense de ce faisceau.

Les anciens auteurs décrivaient ces troubles cardiaques sous le nom de paralysies bulbaires ou cardio-bulbaires; ils les confondaient dans leurs descriptions avec celles des paralysies diphtériques et les attribuaient à une lésion du pneumogastrique.

Plus tard, on a décrit la myocardite diphtérique. La découverte du faisceau de His amenant de nouvelles recherches, a permis d'affirmer que ces troubles cardiaques, s'expliquaient par des lésions du cœur lui-même et ne dépendaient pas de l'atteinte du système nerveux extracardiaque contrairement à ce qu'on avait supposé. C'est ainsi qu'on a rapporté des observations avec lésion grave du faisceau de His et intégrité du système nerveux extracardiaque. Les méthodes graphiques apportent d'autre part,

une preuve physiologique suffisante, quand on ne peut procéder aux investigations anatomiques. Elles ont démontré qu'il s'agissait, dans la diphtérie, d'arythmies sinusales ou hétérotopes.

On a aussi utilisé le procédé d'exploration du sympathique et du pneumogastrique et constaté que ce dernier n'intervient que pour aggraver les troubles de conductibilité qui résultent de l'intoxication du faisceau. Enfin, une dernière preuve pour identifier la nature de l'arythmie est son caractère évolutif. Or les arythmies de la diphtérie sont paroxystiques, variables, mais elles s'opposent à la fixité des arythmies par lésions irrémédiables du faisceau et aussi, aux troubles d'ordre toxique siégeant au niveau du bulbe. Donc son caractère évolutif est sans valeur pour ce qui nous occupe. Ainsi, la question n'est pas solutionnée d'une façon absolue.

Pour certains auteurs, les troubles cardiaques sont le fait d'une myocardite toxique, pour d'autres, ils sont dus à des lésions nucléaires du pneumogastrique mais il n'y a rien d'absolu car les données anatomopathologiques sont très vagues et les recherches très délicates.

Les lésions bulbaires expliqueraient le ralentissement du pouls et de la respiration ainsi que les vomissements. Celles du pneumogastrique, les palpitations, la dyspnée *sine materia*, la tachycardie, la cyanose, le refroidissement des extrémités, l'asphyxie.

Il semble qu'il faille faire jouer un rôle principal à une lésion nucléaire du pneumogastrique.

d. *Tube digestif.* — Les muscles du tube digestif peuvent être également paralysés à des degrés divers. La paralysie diphtérique de l'œsophage a été observée. Marfan a eu l'occasion de soigner un adulte qu'on dut alimenter à la sonde pendant douze jours.

Dans la forme cardio-gastrique, les troubles digestifs surviennent le plus souvent à la convalescence et s'associent aux accidents cardiaques. Ces accidents consistent essentiellement en anorexie et en vomissements, symptômes auxquels peuvent s'adjoindre des douleurs abdominales, de la constipation ou de la diarrhée.

Précoce et constante, l'anorexie est suivie de vomissements répétés; incoercibles alimentaires ou bilieux et persistent jusqu'à la mort. Si la pathogénie de ces troubles gastriques peut être discutée, leur signification est grave et il faut vraisemblablement leur attribuer une cause identique aux troubles cardiaques.

e. *Appareil pulmonaire.* — Les troubles pulmonaires peuvent relever de plusieurs processus. Nous traitons ailleurs de ceux qui résultent de la paralysie des nerfs du larynx, du phrénique, des intercostaux.

D'autres troubles sont dus à la paralysie des muscles de Reissessen (muscles des bronchioles) par suite de l'atteinte du pneumogastrique ou de son noyau bulbaire. Cette névrite détermine une toux étouffée, éteinte qui est caractéristique : toux paralytique. Si elle atteint un degré assez accusé, elle provoque rapidement des accidents graves. Les malades meurent par asphyxie ou par broncho-pneumonie de déglutition (Marfan). Il se surajoute souvent des accidents cardiaques réalisant la forme cardio-pulmonaire.

6. Diaphragme (nerf phrénique). — L'atteinte du diaphragme a été notée dans un certain nombre de cas de paralysies diphtériques. David (*Arch. des mal. enf.*, 1913) en rapporte un cas particulièrement intéressant : « Le diaphragme n'ébauche pas la moindre contraction. Les muscles intercostaux ne fonctionnent pas. La respiration se fait par un mécanisme tout spécial. C'est seulement la partie supérieure du thorax qui est soulevée pendant l'inspiration. Les muscles à insertion cranio-faciale seuls se contractent et maintiennent la respiration qui est renversée... »

La paralysie du diaphragme peut se produire isolément, mais souvent elle complique les formes généralisées et l'on note souvent l'atteinte simultanée des muscles intercostaux.

Il est intéressant d'en préciser la symptomatologie, la respiration en bascule, c'est-à-dire la succession alternante des mouvements thoraciques et abdominaux qui sont normalement de même sens, est le signe le plus apparent. Mais ce signe n'est pas spécial à la paralysie du diaphragme. Il existe, aussi quand les muscles de la paroi costo-abdominale sont paralysés, et il importe de distinguer de la respiration en bascule phréno-paralytique, la bascule pariéto-paralytique.

La bascule pariéto-paralytique est caractérisée par une rétraction inspiratoire de la partie supérieure du thorax. Le thorax passif, est aspiré par la descente diaphragmatique, au lieu de concourir par expansion active à l'entrée de l'air dans les poumons.

Tels sont les deux types de paralysie respiratoire complète; l'une de paralysie du diaphragme, l'autre de paralysie des muscles pariétaux. Mais, dans les paralysies diphtériques, elles sont généralement incomplètes et leur diagnostic clinique peut être difficile. Leur caractère clinique est de ne pas présenter à l'examen des mouvements de bascule immédiatement visibles. Le malade ne se plaint d'aucune gêne respiratoire et ce n'est guère que par les tracés de la respiration abdominale et thoracique inscrits simultanément ou par la radioscopie que l'on pourrait observer la bascule.

Si l'on pouvait pratiquer l'examen du malade dans la station debout, dans la parésie diaphragmatique on verrait des mouvements exagérés du thorax par rapport à ceux de l'abdomen. Ce dernier ne s'amplifie pas pendant l'inspiration mais il subit des mouvements de va-et-vient qui compliquent l'examen. En position couchée, il y a par contre, une légère dépression inspiratoire épigastrique. Le malade ne peut, malgré ses efforts, gonfler son ventre.

7. Paroi costo-abdominale. — Si les nerfs intercostaux sont atteints, les troubles respiratoires sont minimes.

Les muscles abdominaux sont surtout paralysés dans les formes généralisées. Cependant on peut rencontrer des formes localisées à certains muscles, notamment au niveau des grands droits, particulièrement dans la diphtérie cutanée. Il est à remarquer que « la paralysie semble plus fréquente après la diphtérie cutanée qu'après les autres localisations de l'infection et elle commence en général au voisinage de la partie infectée ».

8. Anus, rectum, vessie, organes génitaux (nerfs viscéraux, nerfs sphinctériens). — Au cours de la paralysie diphtérique généralisée, on peut noter des troubles sphinctériens, si le rectum et le sphincter

de l'anus sont pris la constipation survient à laquelle succède de l'incontinence des matières fécales. Quand la paralysie porte sur la vessie on note de la dysurie, du ténesme, la vessie se dilate et la miction se fait par regorgement. Quand elle occupe le sphincter, il y a au contraire incontinence.

Au niveau de l'anus et de la vulve, la diphtérie peut être primitive ou secondaire et l'on peut y constater des paralysies localisées primitives (Roger). La diphtérie de la vulve et du vagin n'est pas rare, coïncidant ou non avec l'atteinte du rhino-pharynx. Selon la règle de Trousseau, la paralysie atteindra la région voisine du foyer infecté. Il y aura d'abord paralysie vésicale et rectale avec incontinence des urines et des matières puis la paralysie pourra se généraliser. C'est ce qui a été observé notamment par Leendertz (*Méd. klinique* 1920).

Signalons les troubles génitaux possibles : anaphrodisie chez l'adulte.

9. Autres paralysies localisées. — La diphtérie cutanée, nous l'avons dit, peut produire des paralysies localisées au niveau de toute région infectée. C'est ainsi que l'on a pu observer une paralysie des muscles de l'abdomen après la diphtérie ombilicale (Küssmaul, Sanné).

Si la diphtérie s'est développée sur les téguments du bras ou s'il s'est agi de panaris diphtérique, c'est aux membres supérieurs que se montreront d'abord les phénomènes d'impotence (Peterson). Mais il existe d'autres localisations. C'est ainsi que Tinel et Thibonneau ont observé après une période de polynévrite du voile, des yeux, de la face, des membres inférieurs et supérieurs, une localisation au territoire du radial et du médian avec, tardivement, une réaction de dégénérescence complète sur certains muscles, partielle sur d'autres (Th. Respaut). Solaweitzchick a constaté un cas de contracture des deux mains avec atrophie des éminences thénar et hypothénar. Les réactions électriques étaient normales, les mouvements actifs des doigts très restreints. Il admet, par exclusion, qu'il s'agit d'un processus postdiphtérique ayant entraîné l'hypertonie du cubital et du médian dans la main. Selon Strumpell, ces contractures postdiphtériques des mains seraient très rares.

10. Syndromes associés. — On conçoit que toutes les combinaisons paralytiques soient possibles. Ainsi, on peut observer l'association de paralysies du voile, du larynx, de la face réalisant le tableau de la paralysie labio-glosso-laryngée. (Cas de Gowers, Grant, Harris, Scherb, Tinel.) Ces paralysies sont prolongées et même définitives. On peut observer une évolution de la paralysie rappelant la paralysie ascendante de Landry. Au membre supérieur on l'a vue se localiser à un segment de membre ou à un groupe musculaire réalisant le type Aran-Duchenne (main), le type Remak (avant-bras), le type Erb (épaule). On signale des paralysies diphtériques à forme hémiplégique (Henschen, Sanné), qu'il faut bien distinguer des hémiplégies d'origine centrale au cours de la diphtérie. Elles sont très rares et gardent les caractères des paralysies diphtériques. Elles débutent par des troubles sensitifs : picotements, fourmillements et non par un ictus ou par des convulsions. Les phénomènes paralytiques prédominent d'un côté mais l'autre est affaibli dans une certaine mesure; de plus, la paralysie est instable, elle augmente ou diminue d'un jour à l'autre, les réflexes sont abolis, les troubles sensitifs très marqués, la réaction de dégénérescence incomplète. Elle n'évolue pas vers la contracture.

11. Hémiplégies d'origine diphtérique. — L'hémiplégie organique d'origine diphtérique est une complication rare, exceptionnelle même; elle ne s'observe qu'une fois sur 1.500 malades environ. Mollet dans sa thèse (Paris, 1914) en rapporte 74 observations. Rolleston cite 7 cas d'hémiplégie sur 907 paralysies diphtériques.

Elle survient surtout entre cinq et dix ans et apparaît, dans la presque totalité des cas à la suite de diphtéries malignes tardivement ou insuffisamment traitées; aussi est-elle généralement précédée ou suivie de paralysies diphtériques.

Parfois l'hémiplégie apparaît subitement le matin au réveil. D'autres fois, elle s'installe lentement et progressivement. Plus souvent le début est marqué par un ictus ou des convulsions.

L'hémiplégie est flasque et totale au début et s'accompagne d'aphasie particulièrement si elle siège à droite. Il peut exister des phénomènes généraux, des troubles sensitifs, vaso-moteurs et trophiques. Au bout de quelque temps, l'aphasie s'améliore et l'on constate des contractures et des déformations.

Le pronostic est des plus sévères; en dehors de la mort rapide par complications, elle aboutit à l'hémiplégie cérébrale. Les causes sont : l'embolie et l'hémorragie mais plus souvent la première ce qui est prouvé par la prédominance de la paralysie à droite, par l'aphasie, par la constatation de troubles traduisant la thrombose cardiaque, par la coexistence d'embolies : dans une artère d'un membre, poumons, reins, rate.

12. Paralysies hystériques. — Plusieurs auteurs ont signalé des cas de paralysies hystériques. Leurs manifestations sont extrêmement variables et ne se prêtent à aucune description d'ensemble. Leur début se fait tantôt au cours, tantôt à la fin de la paralysie diphtérique vraie à laquelle elles se substituent. Le professeur Debove (1889) signalait une hémiplégie hystérique avec hémi-anesthésie et atrophie musculaire mais celle-ci n'était pas proportionnelle à l'impotence. Il n'y avait pas de signe du peaucier, pas de flexion exagérée de l'avant-bras; la flexion combinée de la cuisse et du tronc était négative.

L. Marchand (1917) rapporte 3 observations de paralysies hystériques. Dans un cas, la paralysie fonctionnelle des membres s'est développée progressivement après la paralysie vélo-palatine. Dans la deuxième observation, la paralysie fonctionnelle des membres inférieurs s'installe après la guérison de la quadriplégie diphtérique.

13. Troubles sensitifs et sensoriels. — La toxine diphtérique a une prédilection pour le système nerveux moteur et si les paralysies sont précédées de fourmillements, de picotements, si on note des paresthésies, des anesthésies, quelques vagues douleurs, les phénomènes douloureux sont exceptionnels. Chauffard et Mlle Leconte signalent la névralgie faciale. De même aux membres, à l'abdomen, au tronc, les paralysies diphtériques peuvent s'accompagner de douleurs (Soulé, 1903).

Les troubles sensoriels sont aussi très rares, mais ils sont connus depuis longtemps (Sanné).

Tinel a signalé des troubles de l'audition sans otite.

Loyauté avait observé une cécité passagère.

Fromaget (1922) a signalé un cas de névrite optique.

Anatomie pathologique. — Les lésions sont assez minimes et discutées. On a pu constater parfois la dégénérescence des fibres musculaires. Au niveau des nerfs et de leurs racines, de la dégénérescence wallérienne ou de la névrite segmentaire périaxile avec parfois des lésions vasculaires et interstitielles. La moelle peut présenter de la chromatolyse des cellules des cornes antérieures et une prolifération anormale des cellules névrogliques. Le liquide céphalo-rachidien s'est montré normal, sans bacilles de Lœffler (Marfan, P. Durand), ni éléments figurés. Cependant, avant Marfan, on avait établi la théorie de la méningite (Bühl 1876, Pierret et Maillard 1879, Saint-Clair, 1879).

Récemment on a publié un certain nombre d'observations signalant une réaction méningée (légère lymphocytose et légère hyperalbuminose) Chauffard et Mlle Leconte, Ravaut et Kronulitzky, de Lavergne, Th. Kapetis 1921.

Bactériologie. — La diphtérie est classiquement considérée comme une infection locale s'accompagnant d'intoxication générale. On admet que les bacilles se localisent dans la fausse membrane, que seule la toxine diffuse, donnant des complications à distance à moins que celles-ci soient dues à des infections associées.

Roux et Yersin déterminèrent chez le chien des paralysies expérimentales par injection de toxine. Erlich attribue la paralysie à la toxine. Luisada et Tacchioni, Mia émirent l'hypothèse que la toxine diffuse par le tissu nerveux. Babonneix injectant de la toxine dans le nerf sciatique d'un chien constate une paralysie progressive démontrant ainsi que la toxine ne se sert pas de la voie circulatoire mais du système nerveux lui-même par un mécanisme analogue aux toxines tétanique et rabique.

Le fait que le sérum n'empêche pas la paralysie permit à Rist (1904) d'attribuer cette paralysie à une endotoxine plus lentement diffusible que la toxine soluble.

Contrairement à ces faits, Barbier et Tollemer (1897) signalent la présence du bacille de Lœffler dans les organes et notamment dans les centres nerveux des malades morts de diphtérie. Paul Durand (1921) a repris cette étude en faisant des cultures des divers organes à l'autopsie. Il a constaté par une technique rigoureuse et l'inoculation au cobaye, la présence du bacille de Loeffler dans la plupart des organes et notamment dans le bulbe 30 p. 100 et dans la protubérance (47 p. 100 des cas). Il les a constatés également en grande quantité dans les nerfs bulbo-protubérantiels. Th. Poty, Lyon 1920.

Plus récemment Bouchut et P. Durand, Gardère et Dechaume (1922) ont retrouvé le bacille de Loeffler dans des coupes histologiques de protubérance à l'examen direct.

A côté de l'action de la toxine, il est donc permis d'envisager celle du microbe lui-même.

Enfin dans ces dernières années, on a pu isoler cinq types de bacilles diphtériques par la méthode des agglutinations. Leurs propriétés sont différentes. Th. Durand, Lyon 1922.

Pathogénie. — On peut à bon droit se demander pourquoi la diphtérie frappe certains nerfs avec une prédilection remarquable alors que d'autres localisations sont exceptionnelles. C'est, on le voit, poser le problème de la pathogénie des paralysies diphtériques.

Depuis les expériences de Roux et Yersin, de Babonneix, on admet le rôle exclusif de la toxine, qui aurait une affinité spéciale pour les centres nerveux et se propageant par voie centripète. Depuis lors Rist a montré le rôle de l'endotoxine. P. Durand et Poty, établissent l'action du bacille, qui, parti du naso-pharynx suivrait les nerfs glosso-pharyngien et pneumogastrique, soit dans leur gaine lymphatique, soit le long des fibres nerveuses, jusque dans le bulbe et la protubérance.

Si certains faits s'expliquent bien par ces théories il existe d'autres localisations plus difficiles à interpréter. L'hypoglosse, le facial, le III, le V, sont rarement atteints. Par contre, les paralysies des membres inférieurs sont très fréquentes et cependant les noyaux d'origine de leurs nerfs sont très éloignés de la région bulbaire qui serait le centre de diffusion du bacille. La présence du bacille dans les centres et notamment dans les hémisphères cérébraux permet de concevoir la possibilité de paralysies d'origine centrale ainsi que certains auteurs en ont signalées.

Bien des points restent obscurs. La dissociation de la paralysie de l'accommodation et des autres muscles innervés par le III reste bien mystérieuse. Comment expliquer aussi que la VIe paire soit plus fréquemment touchée que la III? « On pourrait penser, dit Terrien, étant donnée la prédilection de la toxine diphtérique pour l'appareil accommodateur, que le noyau du III devrait être plus fréquemment intéressé par lésion de voisinage que le noyau du VI beaucoup plus éloigné. Or, c'est précisément le contraire. Mais, il est exceptionnel que le VI soit seul lésé. Dans la plupart des observations publiées, sa paralysie est associée à d'autres paralysies oculaires notamment à celle de l'accommodation. « En se reportant à la topographie des origines réelles, on peut expliquer la fréquence relative des paralysies du droit externe. » Sur la route que parcourt la toxine diphtérique dans son intoxication graduelle de l'organisme, le noyau du VI est le premier relai (des noyaux des nerfs de l'œil), étant situé sous le plancher du IVe ventricule, au niveau de l'eminentia teres, tandis que les noyaux des IIIe et IVe paires sont au niveau des tubercules quadrijumeaux.

On comprend très bien ainsi que le VI soit plus fréquemment touché et que les autres noyaux des nerfs oculaires ne soient atteints que si la paralysie progresse. Par contre, comment expliquer que le centre de l'accommodation soit seul lésé dans certains cas?

Il faut admettre que la toxine ou le bacille ont brûlé les étapes et oublié les relais précédents. Ce n'est guère que par cette explication que l'on peut donner leur raison d'être à ces paralysies, à moins qu'on ne localise un jour, un centre de l'accommodation à la région bulbo-protubérantielle.

Tels sont les divers problèmes qui se posent et les données nouvelles sur la pathogénie des paralysies diphtériques et leurs localisations rares. De nombreuses recherches de laboratoire restent à faire pour solutionner la question.

Traitement. — PRÉVENTIF. — Le traitement sérothérapique très précoce de la diphtérie est le meil-

leur moyen de prévenir les paralysies. Dans les cas graves on n'hésitera pas à employer le traitement d'attaque (Mouriquand, Colrat et Morénas), avec le sérum antitoxique ou mieux avec le sérum mixte antimicrobien et antitoxique (P. Durand).

Lorsque la paralysie est installée, le traitement sérothérapique doit être repris (sérum mixte) après désensibilisation du sujet (20 à 40 centimètres cubes par jour selon l'âge et la forme).

Accessoirement il est bon d'associer la strychnine et la noix vomique au sérum et à des doses assez fortes.

On a utilisé l'électrothérapie avec des résultats divers.

Certaines localisations de la diphtérie demandent un traitement spécial. C'est ainsi que les paralysies du pharynx, de l'œsophage peuvent réclamer l'alimentation à la sonde, l'atteinte de l'appareil respiratoire demande les inhalations d'oxygène, dans les paralysies du larynx avec dyspnée on peut être conduit au tubage ou à la trachéotomie. On surveillera attentivement l'évacuation des matières et des urines si l'on note des troubles sphinctériens.

BIBLIOGRAPHIE (1)

Bouchut et Durand. Pathogénie des paralysies diphtériques, *Lyon méd.*, 1922.
Durand (P.). Les types de bacilles diphtériques. Valeur thérapeutique du sérum antimicrobien, *Th. de Lyon*, 1921.
Jannot. Paralysies diphtériques des muscles de l'œil, *Th. de Nancy*, 1917.
Kapetis. Réactions méningées dans les paralysies diphtériques, *Th. de Paris*, 1921.
Marfan. *Leçons cliniques sur la diphtérie*, 1905.
Marchand. Paralysies hystériques postdiphtériques, *Revue neurol.*, 1917.
Mouriquand, Garnier et Léorat. Paralysies diphtériques du facial et de l'hypoglosse, *Lyon méd.*, 1922.
Poty. Présence du bacille de Lœffler dans les organes, *Th. de Lyon*, 1920.
Respaut. Les localisations rares des paralysies diphtériques, *Th. de Lyon*, 1922.
Rolleston. *Arch. of Ped.*, mai 1913.
Sanné. *Traité de la diphtérie*, 1877.
Tinel. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1906.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 SEPTEMBRE 1922)

Sur la destruction des moustiques par les anguilles et le repeuplement des cours d'eau, étangs, etc. — M. Raphaël Dubois. L'emploi du pétrole rend de grands services pour la destruction des larves de moustiques, mais, dans beaucoup de cas, ce procédé est inapplicable, particulièrement s'il s'agit d'eau destinée à l'alimentation de l'homme ou des animaux, à l'arrosage des jardins ou bien de masses liquides assez considérables comme celles des étangs, marécages, bassins, ruisseaux, égouts des grandes villes, etc.

Pour les bassins et grands ou petits réservoirs, on a bien préconisé déjà l'empoissonnement[1] par les cyprins dorés ou poissons rouges et autres cyprinidés. Ces poissons dévorent, en effet, les larves de moustiques, mais ils présentent le grand inconvénient d'exiger des eaux bien aérées et relativement pures. En outre, à l'état adulte, ils sont d'un prix relativement élevé; enfin, leur transport et leur multiplication sont difficiles. Il en est tout autrement de l'anguille n'ayant pas atteint la tallle « marchande ».

(1) Nous ne donnons que quelques références bibliographiques.

L'auteur a eu l'occasion de constater la présence de jeunes anguilles dans la vase infecte d'un bassin recevant de l'eau de mer mélangée à des eaux d'égout.

Pour se rendre compte de la résistance de ces poissons, M. Dubois a placé deux sujets, l'un mesurant $0^{m}15$ et l'autre $0^{m}06$ de longueur, dans un bocal contenant 15 litres d'eau douce non renouvelée pendant les mois de mars et avril, au laboratoire de Tamaris-sur-Mer. Non seulement ces anguilles ont bien supporté le passage brusque de l'eau salée dans l'eau douce, mais elles ont vécu dans cette eau non renouvelée pendant plusieurs jours sans paraître incommodées. L'auteur a alors infecté cette eau, de manière à lui donner les caractères d'une eau d'égout très polluée. Les anguilles ont survécu, alors même que le milieu aqueux ne contenait plus assez d'oxygène pour suffire à la respiration branchiale. Elles venaient à la surface chercher de l'eau plus aérée et, au besoin, sortaient l'extrémité du museau pour happer un peu d'air pur. Dans ces bassins où se faisaient les expériences, on les a vues aussi sortir le museau hors de l'eau pour attraper des insectes, des moustiques adultes, entre autres. On sait d'ailleurs que les anguilles peuvent cheminer sur terre pendant de longs trajets et l'on a prétendu que, chemin faisant, elles mangent des insectes, des vers, etc.

Pendant l'hiver, elles restent engourdies et ne mangent pas, mais au début du printemps, elles sont extrêmement voraces, et l'auteur n'a constaté la présence d'aucune larve de moustique dans ses bassins d'expérience, où elles étaient nombreuses avant l'introduction des anguilles. Elles doivent détruire également d'autres organismes végétaux ou animaux, peut-être même des œufs de vers intestinaux si abondants dans certains puits. Ce qu'il y a de certain, c'est que les paysans du littoral de Provence s'en servent souvent pour assainir les puits.

Les anguilles peuvent se passer pendant longtemps de nourriture, et Baudrillard dit les avoir vu vivre des mois et même des années entières renfermées dans la vase des étangs desséchés ou dans des trous de rivières dont on a détourné le cours. Leur appétit devient considérable précisément au moment où les larves des moustiques vont passer à l'état d'insectes parfaits et propager la fièvre paludéenne ou bien priver de sommeil bêtes et gens, même au sein des grandes villes, comme cela arrive à Lyon, par exemple.

Pour ces raisons, l'auteur pense qu'il y aurait grand avantage à transporter de jeunes anguilles dans toutes les eaux où vivent les larves de moustiques, même dans les eaux d'égout. Leur résistance exceptionnelle, la modicité de leur prix, la facilité de leur capture en grande masse, leur transport particulièrement facile constitue certainement le moyen le plus efficace pour lutter partout contre le redoutable moustique.

CORRESPONDANCE

Nous avons reçu du docteur Baronaki (de Blois) la lettre suivante :

« Cher et honoré confrère,

A propos d'un entrefilet analytique, très succinct, qui a paru le 8 juillet dans votre estimable journal sur ma dernière brochure intitulée : *Le cancer et son traitement médical*, permettez-moi de venir rectifier deux points : 1° c'est que depuis 1914, par différentes communications à l'Académie des sciences, j'ai exposé ma conception dont la priorité ne m'a jamais été discutée. 2° Je n'ai pas trouvé trace d'un travail de l'éminent professeur Robin considérant que l'origine du cancer est due à des troubles glandulaires endocriniens, cela est d'ailleurs profondément regrettable pour l'humanité, car les résultats thérapeutiques qui corroborent cette théorie sont des plus tangibles et une voix autorisée comme la sienne aurait pu donner à cette question toute l'ampleur qu'elle comporte.

Je compte, Monsieur le Rédacteur en chef, sur votre courtoisie habituelle pour insérer cette lettre rectificative, et je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments très distingués.

BARONAKI. »

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau traité de médecine, publié sous la direction de G.-H. ROGER, Fernand WIDAL et P.-J. TEISSIER. — Fascicule V (1) : **Maladies infectieuses et parasitaires** (*fin*). — **Cancer.**

Dans la première partie de ce fascicule s'achève la publication des chapitres consacrés aux *Maladies infectieuses et parasitaires* qui se trouvent ainsi entièrement exposées :

Chancre simple et Granulome des organes génitaux, par R. Demanche. — *Goundou*, puis *Pian et Bouba*, par Ch. Joyeux. — *Fièvres récurrentes*, par Ch. Nicolle et L. Blaizot. — *Sodoku*, par D. Thibaut. — *Le paludisme* et *Fièvre bilieuse hémoglobinurique*, par H. Vincent et J. Rieux. — *Kala-Azar, Bouton d'Orient*, par Ch. Nicolle. — *Trichinose*, par Ch. Joyeux. *Filariose, Strongylose, Distomatose, Coccidiose, Sarcosporidiose*, par J. Guiart. — *Echinococcose* et *Cysticercose*, par F. Dévé. — *Les trypanosomes humaines* enfin et les *bilharzioses*.

La deuxième partie contient un véritable traité du *Cancer*, écrit par MM. Gustave Roussy et Maurice Wolf, dont l'illustration est tout à fait remarquable.

Depuis de bien nombreuses années, aucun ouvrage d'ensemble traitant du cancer n'avait paru en France, et cependant ce sujet s'était renouvelé d'une façon radicale. C'était sans doute cette évolution rapide même qui avait découragé les auteurs français. Il fallait que la publication d'un Traité de médecine imposât en quelque sorte l'obligation d'écrire une pareille monographie pour que l'on ait osé en entreprendre la publication au point de vue didactique et objectif. On ne saurait trop féliciter MM. Roussy et Wolf de l'effort considérable qu'ils ont fait pour réaliser cette mise au point complète et élégante qui n'ignore rien des travaux français et étrangers.

L. G.

COURS ET CONFÉRENCES

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — MÉDECINE GÉNÉRALE. — Docteur A. Courcoux (hôpital Andral) : tous les matins, à 9 h., examen clinique des malades; — jeudi, à 10 h., conférences sur les maladies de l'appareil respiratoire.

Docteur J. Hallé (hôpital Necker) : conférences sur la clinique interne, la dermatologie et la pédiatrie; — jeudi, à 11 h., leçons avec présentation de malades (amphithéâtre des cours).

Docteur Lian (hôpital Tenon, consultation de médecine) : lundi, à 10 h., examen clinique des rénaux; — mercredi, à 10 h. 1/2, vendredi et samedi, à 10 h., examen des cardiaques.

Docteur Lortat-Jacob (hôpital Saint-Louis) : mardi, à 9 h. 1/2, policlinique, dermatoses et diathèses; — mercredi, à 9 h. 1/2, traitement des dermatoses, lupus érythémateux, nœris, etc., par la cryothérapie; — samedi, à 9 h. 1/2, policlinique. Leçons pratiques sur le diagnostic clinique, l'ultramicroscope de la syphilis, indication du traitement.

Docteur Louis Ramond (maison Dubois, 200, faubourg Saint-Denis) : tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2, conférence de clinique médicale pratique.

Docteur Paul Ribierre (hôpital Laënnec, enseignement clinique) : à partir du 11 novembre, tous les samedis, à 11 h., leçon clinique à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital.

Docteur Rist (hôpital Laënnec, dispensaire Léon-Bourgeois) : tuberculose pulmonaire; — lundi, à 9 h. 1/2, visite salle Legroux; à 11 h., leçon de séméiologie; à 14 h., pneumothorax artificiel; — mardi et mercredi, à 9 h. 1/2, visite salles Claude-Bernard et Broca; à 10 h. 1/2, consultation du dispensaire; — jeudi, à 9 h. 1/2, visite salle Monneret; à 11 h., leçon clinique; — vendredi, à 9 h. 1/2, visite aux baraquements; à 10 h. 1/2, leçon clinique; à 14 h., consultation du dispensaire; — samedi, à 9 h. 1/2, examen radioscopique (avec le docteur Maingot).

Docteur Sergent (hôpital de la Charité) : lundi, vendredi, à 10 h. 1/2, démonstrations radiologiques; — mercredi, à 11 h., par série annoncée à l'avance, conférences cliniques sur la tuberculose et les maladies de l'appareil respiratoire; — samedi, à 10 h., consultation spéciale (policlinique) pour les affections des voies respiratoires (interrogatoire, discussion du diagnostic, du pronostic et des indications thérapeutiques, manière de rédiger une ordonnance); — en juin-juillet, cours complémentaire sur la tuberculose.

MALADIES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN. — Docteur Bensaude (hôpital Saint-Antoine) : mardi et samedi, à 9 h. 1/2, examens rectoscopiques et œsophagoscopique; — une affiche ultérieure indiquera les dates d'une série de leçons sur les maladies de l'intestin et de l'œsophage.

Docteur Enriquez (hôpital de la Pitié) : lundi, mercredi, vendredi, à 9 h., démonstrations radiographiques; — mardi, jeudi, samedi, leçons pratiques sur les maladies de l'appareil digestif.

Docteur Le Noir (hôpital Saint-Antoine) : tous les mercredis, à 9 h. 1/2, salle Aran, examen à la consultation des malades atteints d'affections du tube digestif. Discussion du diagnostic et du traitement; — du 4 au 28 avril, à 10 h., leçons sur les maladies du tube digestif (en collaboration avec les docteurs Bensaude et Ramond).

Docteur F. Ramond (hôpital Saint-Antoine) : jeudi, à 10 h., présentation de malades, discussion du diagnostic et du traitement.

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — Docteur Babinski (hôpital de la Pitié) : tous les lundis, à 10 h., consultation des maladies du système nerveux; — à partir du 30 avril, tous les samedis, à 10 h., conférence clinique (amphithéâtre de l'hôpital).

Docteur Souques (hospice de la Salpêtrière, consultation externe) : tous les mercredis, à 10 h. 1/2, présentation de malades, diagnostic et traitement.

Docteur J. Roubinovitch (hospice de Bicêtre) : mardi, à 9 h. 1/2, présentation clinique de neuro-psychiatrie infantile et juvénile.

MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX. — Docteur Josué (hôpital de la Pitié) : lundi, à 10 h., techniques cardio-vasculaires spéciales; — mercredi, à 10 h., conférences cliniques; — vendredi, à 10 h., consultations spéciales.

Docteur Camille Lian (hôpital Tenon, consultation de médecine) : lundi, à 10 h., examen des rénaux; mercredi, à 10 h. 1/2, examen radioscopique des cardiaques; — vendredi, à 10 h., examen clinique des cardiaques; — samedi, à 10 h., examen graphique des cardiaques.

Docteur Paul Ribierre (hôpital Laënnec) : vendredi, à 9 h. 1/2, consultation externe pour les maladies du cœur et des vaisseaux. Examen des malades. Discussion du diagnostic et des indications thérapeutiques; — les autres jours, à 9 h., enseignement clinique au lit des malades.

Docteur Sergent (hôpital de la Charité) : jeudi, à 10 h., consultation externe pour les maladies du cœur, des vaisseaux et des reins.

GYNÉCOLOGIE MÉDICALE. — Docteur Dalché (Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marie) : jeudi, à 10 h., leçons cliniques sur les maladies des femmes.

MÉDECINE INFANTILE. — Docteur J. Hallé (hôpital Necker, pavillon Peter) : lundi, à 9 h., examen des nourrissons.

Docteur Lesné (hôpital Trousseau) : enseignement de la pédiatrie : affections aiguës et chroniques de la première et de la seconde enfance, fièvres éruptives, diphtérie; — jeudi, à 10 h., consultation de nourrissons; — vendredi, à 10 h. 1/2, conférence clinique et thérapeutique avec présentation de malades.

Docteur J. Renault (hôpital Saint-Louis, annexe Grancher); — samedi, à 10 h. 1/2, conférences de clinique et d'hygiène infantiles.

Docteur Henri Lemaire (hôpital Trousseau, salle de la consultation de médecine) : tous les samedis, à 10 h., consultation de nourrissons avec leçons cliniques.

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE. — Docteur J. Hallé (hôpital Necker, pavillon Peter) : samedi, à 9 h., consultation de dermatologie.

Docteur Louste (hôpital Saint-Louis) : lundi, examen des entrants, policlinique syphiligraphique; — mardi, leçon cli-

(1) 1 vol. de 748 p. avec 35 fig. et 4 pl. hors texte en couleurs. — Prix : 50 fr. net. — Paris 1922, Masson et Cie.

nique avec présentation de malades, de moulages, de photographies; — mercredi, policlinique dermatologique; — jeudi, radiothérapie, radiumthérapie; — vendredi, thérapeutique et chirurgie dermatologique; — samedi, consultations.

Des conférences spéciales, dont l'horaire sera affiché, seront faites par MM. Lemaitre, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux; Moure, chirurgien des hôpitaux; Tinel, médecin des hôpitaux; Cottenot, chef de laboratoire de radiologie; Godlewski, ancien interne préparateur à la Faculté; Thibaut, ancien interne assistant de consultations à l'hôpital Saint-Louis.

TUBERCULOSE. — Docteur P. Armand-Delille (hôpital Debrousse) : tous les jours, à 10 h., visite des enfants tuberculeux; — mercredi, à 10 h., leçons sur le diagnostic et le traitement des tuberculoses infantiles; — jeudi, à 10 h., examen radioscopique des malades; — vendredi, à 10 h., consultation avec policlinique sur des cas de tuberculose infantile.

ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE. — Docteur Béclère : Cours quotidien sur les premières notions théoriques et techniques de la radiologie médicale, le matin, à 9 h., du lundi 16 au mardi 31 octobre, à l'Institut du radium, 1, rue Pierre-Curie (Ve arrondissement), par le docteur Béclère, médecin honoraire des hôpitaux. — Les exercices pratiques, complément de ce cours, seront annoncés ultérieurement.

CHIRURGIE GÉNÉRALE. GYNÉCOLOGIE ET UROLOGIE. — Docteur Arrou (hôpital de la Pitié) : lundi, vendredi, à 9 h., examen des malades; — jeudi, de 9 h. 1/2 à 12 h., opérations.

Docteur Georges Labey (hôpital Lariboisière, salles Elisa-Roy et Ambroise-Paré) : lundi, à 10 h., policlinique et causeries cliniques au lit des malades; — mardi, à 10 h., opérations sur le tube digestif; — mercredi, à 10 h. 1/2, radioscopie gastro-intestinale; — jeudi, à 10 h., opérations gynécologiques; — vendredi, à 10 h., causeries cliniques au lit des malades; — samedi, à 10 h., opérations de chirurgie générale.

Docteur Martin (hôpital Tenon, consultation externe) : tous les jours, à 10 h., examen des malades; — jeudi, à 10 h. 1/2, leçon clinique.

Docteur Gaston Picot (hôpital Lariboisière, service du professeur Cunéo) : lundi, mercredi, vendredi, à 9 h., opérations; — mardi, jeudi et samedi, visite et clinique au lit du malade.

Docteur Michon (hopital Beaujon) : lundi, jeudi, à 9 h. 1/2, examen des malades; — mardi, vendredi, à 11 h., cystoscopie; — mercredi, samedi, à 9 h. 1/2, opérations, chirurgie et urologie; — en octobre et novembre, cours d'urologie d'urgence l'après-midi.

Docteur Robineau (hôpital Necker) : lundi, mercredi, vendredi, à 9 h., examen des malades; — mardi, jeudi, samedi, à 9 h., opérations; — dimanche, à 10 h., leçon de clinique chirurgicale élémentaire.

Docteur Savariaud (hôpital Necker) : lundi, mercredi, jeudi, vendredi, samedi, opérations, chirurgie générale, gynécologie avec rachi-anesthésie; — mardi, examen des malades; — jeudi, à 11 h., leçons à l'amphithéâtre; — fin juin, cours de gynécologie.

Docteur Sorrel (hôpital maritime de Berck-sur-Mer) : lundi, mardi, mercredi, de 9 à 12 h., opérations pour lésions osseuses; — jeudi, vendredi, de 9 à 12 h., appareils plâtrés, ponctions d'abcès froids; — samedi, de 9 à 12 h., examen des malades. Leçons cliniques. — A partir du 18 juillet, 12 leçons sur tuberculose osseuse.

Docteur Souligoux (hôpital Beaujon) : mercredi et samedi, à 9 h., leçons et exercices au lit du malade.

Docteur Toupet (hôpital Lariboisière, consultation de chirurgie) : tous les matins, à 10 h,, enseignement de la petite chirurgie.

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE. — Docteur Hallopeau (hôpital Trousseau) : lundi, à 10 h., examen des malades dans les salles; — mardi, à 10 h., chirurgie orthopédique et infantile; — mercredi et samedi, à 10 h., examen des malades à la consultation externe; — jeudi, à 10 h., chirurgie osseuse et ostéo-synthèse; — vendredi, à 10 h. 1/2, leçon clinique.

OPHTALMOLOGIE. — Docteur Cantonnet (hôpital Cochin, consultation) : mardi, jeudi, à 9 h. 1/2, consultation expliquée avec présentation d'affections oculaires courantes. — A partir du mardi 14 juin, les jeudis, samedis et mardis, à 14 h. 1/2, dix conférences d'ophtalmologie.

Docteur Dupuy-Dutemps (hôpital Saint-Antoine) : à partir du 18 mai, les mercredis, vendredis, lundis, à 2 h. 1/2, dix leçons de neurologie oculaire.

Docteur V. Morax (hôpital Lariboisière). — *Enseignement clinique.* — Lundi, à 9 h., policlinique. Examen des malades atteints d'affections externes; — vendredi, à 9 h., policlinique. Examen des malades atteints d'affections profondes; — mardi et jeudi, à 9 h., opérations; — samedi, à 10 h., présentations de malades et conférences.

Cours pratique d'ophtalmoscopie. — Dix conférences avec projections et exercices pratiques par le docteur Bollack. — Le cours a lieu l'après-midi, à 2 h. 30, les lundis, mercredis et vendredis, du 23 octobre au 15 novembre 1922 (prix : 200 fr.).

1° Technique de l'examen ophtalmoscopique. — 2° Fond de l'œil normal. — 3° Névrites et atrophies papillaires. — 4° Saillies et excavations papillaires. — 5° Circulation normale et pathologie de la rétine. — 6° Les rétinites. — 7° Les chorio-rétinites. — 8° Lésions maculaires. — 9° Décollement de la rétine, lésions traumatiques. — 10° Lésions congénitales.

Le nombre des élèves est limité.

Technique d'histopathologie. — 12 leçons avec exercices de laboratoire par le docteur Magitot, avec le concours du docteur Dautrevaud. Le cours aura lieu l'après-midi en mars 1923, à l'hôpital Lariboisière (prix : 200 fr.).

Inclusion à la celloïdine. Manière de traiter les coupes à la celloïdine. Choix d'une coloration générale. Ses applications. Coloration des micro-organismes dans les coupes. Gram. Ziehl. Imprégnation des tréponèmes, etc. Coloration de la myéline. Coupes à la paraffine. Application de la paraffine à la technique oculaire. Choix d'une coloration générale. Quelques colorations spéciales aux coupes à la paraffine. Recherche des éosinophiles. Recherche des micro-organismes. Méthode histologique appropriée à la rétine. Choix des fixateurs oculaires et technique des inclusions. Coloration de la graisse, de la sidérose, etc. Distribution d'une centaine de spécimens de pathologie oculaire, que les élèves sont entraînés à colorer eux-mêmes.

Docteur Poulard (hôpital Necker et Enfants-Malades) : mardi, jeudi, samedi, à 9 h., examen des malades; — mercredi, vendredi, opérations; — en mai, cinq leçons sur la chirurgie oculaire; — en juin, six leçons sur l'ophtalmologie pratique.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Docteur Bourgeois (hôpital Laënnec) : lundi, mercredi, vendredi, examen des malades nouveaux; — mardi, jeudi, samedi, opérations.

3 séries de cours de 15 à 20 leçons, les lundis, mercredis, vendredis. Les cours commencent à 10 h. du matin et comportent : 1° une heure de consultation expliquée, avec examen des malades; 2° une heure de cours.

Les cours débuteront les 15 novembre, 15 février, 15 mai. Après chaque série, un certain nombre d'élèves peuvent être conservés comme élèves bénévoles et participer d'une manière active au traitement des malades.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — EXPOSITION COLONIALE DE MARSEILLE. — *Train spécial à prix réduits.* — En vue de faciliter l'accès à l'Exposition, la Compagnie P.-L.-M. mettra en circulation, au départ de Paris, le 20 septembre, un train spécial à marche rapide et à prix réduits. Ce train, qui comportera des voitures de 2e et 3e classes, partira de Paris P.-L.-M. à 13 h. 40 pour arriver à Marseille le lendemain à 6 h. 50. Nombre de places limité.

Les billets donnant droit au train spécial auront une validité de 15 jours et comporteront une réduction de 50 p. 100 sur les prix du tarif général, de telle sorte que les voyageurs paieront pour l'aller et le retour 120 fr. en 2e classe et 76 fr. 30 en 3e classe. Pour le retour au point de départ, les voyageurs pourront emprunter les trains du service ordinaire.

Délivrance des billets jusqu'au 19 septembre, à midi, à l'Agence P.-L.-M. de renseignements, dans les bureaux de ville de la Compagnie et à la gare de Paris P.-L.-M.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



Au lit du tuberculeux. Des animaux réfractaires à l'homme. Méthode d'immunisation artificielle, par Fern. BARBARY, directeur du Dispensaire d'hygiène sociale de la Société de secours aux blessés à Nice. In-8 écu, 2 planches hors texte. — Prix : 6 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52



SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Anatomie.* — Composition du jury et ordre de passage des séries :

MM. Bénard, Weil (M.-P.), Rouhier et Desplas.

Première moitié : troisième, deuxième, quatrième, première séries.

Deuxième moitié : première, deuxième, troisième, quatrième séries.

Les séances auront lieu les lundis à 4 h. 1/2, les mercredis à 8 h. 45, les jeudis à 4 h. 1/2, à la salle des concours, rue des Saints-Pères.

Première séance, le 20 septembre à 8 h. 45.

Pathologie. — Composition du jury et ordre de passage des séries :

MM. Tinel, Kuss, Coutelas, Ecalle.

Deuxième moitié : deuxième, quatrième, troisième, première séries.

Première moitié : quatrième, deuxième, troisième, première séries.

Les séances auront lieu les mardis, mercredis, vendredis à 4 h. 1/2, salle des concours, rue des Saints-Pères.

La première séance a eu lieu le 19 septembre.

— Les candidats militaires sont priés de se présenter à la première série d'anatomie et à la première série de pathologie.

— A l'occasion du concours de l'externat, la Section de médecine de l'Association générale des étudiants de Paris et l'Association professionnelle des externes des hôpitaux publie la liste des 728 candidats.

Cette liste, qui paraît sous la forme d'une jolie brochure, a été distribuée gratuitement à la séance d'ouverture.

MM. les internes, externes et candidats au concours sont informés qu'ils pourront se la procurer à la Maison des étudiants (ouverte de 8 h. à 23 h.), à la librairie Legrand, 93, boulevard Saint-Germain, et à la *Gazette des hôpitaux*, 49, rue Saint-André-des-Arts (de 9 à 11 h. et de 14 à 17 h.).

RÉORGANISATION DES LABORATOIRES DES HOPITAUX. — Le Conseil municipal de Paris vient d'émettre l'avis qu'il y avait lieu :

1° De transformer les laboratoires centraux des hôpitaux Beaujon, Claude-Bernard, Hérold, Trousseau, Boucicaut, ainsi que le laboratoire de M. Fournier à l'hôpital Cochin, en laboratoires de secteur appelés à exécuter des travaux de bactériologie pour divers établissements voisins;

2° De transformer le laboratoire central de l'hôpital des Enfants-Malades et celui de l'hôpital Saint-Louis en laboratoires généraux des hôpitaux de Paris, le premier pour les établissements de la rive gauche, le deuxième pour les établissements de la rive droite; ces deux laboratoires généraux devant être munis de moyens puissants de travail et chargés de tous les travaux de bactériologie, de sérologie et d'anatomo-pathologie que les laboratoires individuels ou les laboratoires de secteur ne pourraient exécuter.

Seuls pourront être inscrits sur la liste des chefs de laboratoires de secteur les candidats docteurs en médecine, anciens internes des hôpitaux et comptant quatre années d'exercice en cette qualité ou les docteurs ès sciences;

Les chefs de laboratoires de secteur bénéficieront d'une indemnité annuelle de 6.000 francs, et les chefs de laboratoires généraux d'une indemnité annuelle de 10.000 francs.

AMÉNAGEMENT D'UN HOPITAL A BOULOGNE-SUR-SEINE. — Le Conseil municipal a également émis l'avis qu'il y avait lieu d'approuver le projet présenté par l'Administration générale de l'Assistance publique en vue de l'aménagement d'un hôpital dans la propriété acquise de M. Sollier, à Boulogne-sur-Seine; les dépenses nécessaires à cet aménagement sont évaluées à 3.987.900 francs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Année scolaire 1922-1923. — I. *Travaux pratiques et stage hospitalier.* — MM. les étudiants sont tenus de suivre les travaux pratiques et les stages spéciaux de clinique, conformément aux indications portées à l'horaire dont un exemplaire leur sera adressé après qu'ils auront pris l'inscription du trimestre d'octobre.

Ils sont également astreints au stage hospitalier tous les matins, pendant toute la durée de l'année scolaire, dans l'un ou l'autre des services de médecine ou de chirurgie générale désignés à cet effet.

Ils devront, en prenant l'inscription d'octobre, choisir les services dans lesquels ils désirent accomplir leurs périodes de stage pendant l'année scolaire.

Les étudiants de première année ne sont autorisés à choisir

qu'entre les services de clinique générale (médecine ou chirurgie) et les services hospitaliers spécialement désignés par la Faculté.

Les étudiants en cours irrégulier d'études qui désireraient suivre les travaux pratiques et le stage hospitalier devront adresser une demande à M. le Doyen, avant le 15 octobre pour le semestre d'hiver, et avant le 15 février pour le semestre d'été. Ils pourront être autorisés à suivre ces exercices après immatriculation et versement des droits. Ils choisiront les services hospitaliers dans lesquels ils désirent être inscrits, pour l'un et l'autre des deux semestres de l'année scolaire, en retirant leur livret scolaire.

II. *Travaux de laboratoire*. — Peuvent y être admis, après autorisation préalable du Directeur du laboratoire et du Doyen sur leur demande écrite et après immatriculation : 1° tous les étudiants de la Faculté ; 2° les docteurs et étudiants français et étrangers.

L'autorisation est valable pour un trimestre.

Le droit trimestriel à acquitter par MM. les étudiants admis dans les laboratoires de recherches varie de 50 à 150 fr. suivant les laboratoires.

École du service de santé militaire. — Les élèves de l'école du service de santé militaire admis à cette école postérieurement au 11 novembre 1918 ayant obtenu le diplôme de docteur en médecine entre le 1er avril 1921 et le 31 mars 1922, et les aides-majors nommés directement à ce grade à la suite du concours de 1921, accompliront à l'école d'application du service de santé militaire leur stage de neuf mois, à partir du 2 novembre 1922. (Décret du 9 sept. 1922.)

Office public d'hygiène sociale du département de la Haute-Marne. — Un concours sur titres est ouvert à Chaumont pour la nomination d'un médecin directeur technique de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Haute-Marne. Ce praticien sera chargé spécialement du fonctionnement des dispensaires antituberculeux.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert jusqu'au 30 septembre 1922 inclus.

Les demandes accompagnées des pièces réglementaires désignées dans l'arrêté préfectoral fixant les conditions du concours seront adressées au préfet de la Haute-Marne.

Un exemplaire de cet arrêté est déposé dans les bureaux de chaque préfecture et au secrétariat de chaque Faculté de médecine. Une copie en sera également adressée à tout postulant au concours qui en fera la demande au préfet de la Haute-Marne.

Pour être admis à concourir, les candidats devront avoir trente ans au moins et quarante-cinq ans au plus au 1er janvier 1922.

Le médecin désigné sera, en outre, chargé des fonctions d'inspecteur départemental d'hygiène publique.

Le traitement de début est fixé à 18.000 francs.

Exposition d'hygiène de Strasbourg. — M. le professeur Borel, directeur de l'Institut d'hygiène et de bactériologie de Strasbourg, est confirmé dans la fonction qu'il occupe de Commissaire général pour l'Exposition scientifique et industrielle d'hygiène qui doit s'ouvrir à Strasbourg, en 1923, en vue de commémorer le centenaire de Pasteur.

Sont nommés adjoints techniques à M. l'inspecteur général Rondel, délégué du ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales auprès du Commissaire général : M. le docteur Filassier et M. le docteur Cruveilhier.

L'hygiène dans les mines. — MM. les professeurs Calmette, Langlois, Dopter, Pottevin et Widal sont désignés pour faire partie de la Commission spéciale chargée de l'étude des questions concernant l'hygiène dans les mines.

Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier (professeur : M. Paul Bar). — Cours de pratique obstétricale, par M. Marcel Metzger, agrégé, accoucheur des hôpitaux ; assisté de MM. Ecalle, accoucheur des hôpitaux ; Chomé, ancien délégué dans les fonctions de chef de clinique ; Vaudescal et Lantuéjoul, chefs de clinique ; Didier, chef de clinique adjoint ; et de MM. Bouscarle, Thin, de Manet, Herblant-Morin, Leblanc et Missirliu, moniteurs.

Réservé aux étudiants ayant seize inscriptions, et aux docteurs français et étrangers.

Le cours commencera le lundi 2 octobre 1922. Il comprendra une série de leçons théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours à 9 heures, à 16 heures et à 18 heures. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales.

Programme du cours. — *Lundi 2 octobre*. — A 9 h., visite dans les salles des femmes accouchées. — A 10 h., consultation des nourrissons. — A 18 h., diagnostic de la grossesse.

Mardi 3 octobre. — A 9 h., examen des nouveau-nés et des femmes récemment accouchées. — A 10 h., leçon clinique à l'amphithéâtre. — A 16 h., pratique du palper, du toucher et de l'auscultation au dortoir des femmes enceintes. — A 18 h., de la conduite à tenir dans l'accouchement normal.

Mercredi 4 octobre. — A 9 h., consultation des femmes enceintes. — A 16 h., exercices pratiques au dortoir des femmes enceintes. — A 18 h., le forceps sur le sommet (position directe).

Jeudi 5 octobre. — A 9 h., examen des femmes en travail ou récemment accouchées. — A 10 h., consultation des nourrissons. — A 16 h. Exercices pratiques du forceps. — A 18 h., le forceps sur le sommet (positions obliques et transverses).

Vendredi 6 octobre. — A 9 h., consultation des femmes enceintes. — A 16 h., exercices pratiques du forceps. — A 18 h., le forceps sur la face, le front et la présentation élevée de la tête.

Samedi 7 octobre. — A 9 h., visite dans les salles. — A 10 h., M. Metzger. — De la rigidité du col et son traitement. — A 16 h., exercices pratiques du forceps. — A 18 h., accidents et hémorragies de la délivrance. Conduite à tenir.

Lundi 9 octobre. — A 9 h., visite dans les salles des femmes accouchées. — A 10 h., consultation des nourrissons. — A 16 h., exercices pratiques de forceps. — A 18 h., la version par manœuvres internes.

Mardi 10 octobre. — A 9 h., examen des nouveau-nés et des femmes récemment accouchées. — A 10 h., leçon clinique à l'amphithéâtre. — A 16 h., exercices pratiques et version. — A 18 h., des difficultés et des accidents au cours de l'extraction du siège.

Mercredi 11 octobre. — A 9 h., consultation des femmes enceintes. — A 16 h., exercices pratiques : extraction du siège et de la tête dernière. — A 18 h., l'embryotomie céphalique (perforation, cranioclasie, basiotripsie).

Jeudi 12 octobre. — Examen des femmes en travail ou récemment accouchées. — A 10 h., consultation des nourrissons. — A 16 h., exercices pratiques d'embryotomie céphalique. — A 18 h., l'embryotomie rachidienne.

Vendredi 13 octobre. — A 9 h., consultation des femmes enceintes. — A 16 h., exercices pratiques d'embryotomie rachidienne. — A 18 h., des infections puerpérales.

Samedi 14 octobre. — A 9 h., visite dans les salles. — A 10 h., indications et technique de l'opération césarienne par M. Metzger (projections cinématographiques). — A 16 h., visite des malades à l'isolement et démonstrations sur le traitement des infections puerpérales.

Pour renseignements et inscription, s'adresser à M. le chef de clinique à la clinique Tarnier.

N. B. — Les inscriptions sont reçues dès maintenant et permettent aux élèves qui le désirent de participer au cours clinique de vacances qui a lieu actuellement à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les jeudis et samedis, de midi à 3 h.

Le droit à verser est de 100 francs.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

I. INFECTIONS

Infections en foyer. — Les auteurs américains continuent à s'occuper beaucoup des infections en foyer. Dans le *New-York medical Journal* (mars 1922, p. 261-265), WITHERBEE étudie le *traitement des infections en foyer de la gorge par les rayons X*, et compare cette méthode à l'ablation chirurgicale des végétations et des amygdales. Pour lui, ce traitement est absolument sûr et constant, et doit arriver à supprimer ces foyers d'infection plus sûrement que toute autre méthode, d'autant qu'il ne se heurte pas aux contre-indications que soulève souvent l'acte opératoire. La technique est relativement simple. Il faut huit séances, administrées à deux semaines d'intervalle. De toutes petites doses sont suffisantes, puisqu'il s'agit de détruire seulement le tissu lymphatique. On obtient ainsi un drainage et, à travers la muqueuse, une expression des cryptes supérieure à toute autre. Aucun danger, si l'on suit exactement la technique indiquée.

La méthode s'impose chez les chanteurs à gorge chroniquement infectée, et dans les cas d'angines associées au rhumatisme, à la chorée, au diabète, à l'endocardite chronique, à l'hémophilie.

M. ROBINSON, dans le *The American Journal of clinical Medicine*, mars 1922, en tient pour le *radium*, appliqué une seule fois, pendant dix ou douze heures; la méthode serait sûre, non douloureuse, non bruyante, ne nécessite pas d'anesthésie, et semble, de toute manière, supérieure à l'opération.

MM. LAFFERTY et PHILIPS (*Southern Medical Journal*, mars 1922, p. 237) estiment la radiothérapie très supérieure à la chirurgie, tout en reconnaissant que celle-ci va plus vite, et que celle-là détermine parfois quelques réactions parotidiennes. Aucun danger, puisque jamais il n'est nécessaire de continuer le traitement jusqu'à apparition de réactions cutanées. Les effets obtenus sont plus complets, puisqu'ils atteignent tout le tissu lymphoïde du pharynx et même l'amygdale linguale. Les auteurs terminent par un argument *ad hominem* : Qui de nous, médecins, ne préférerait pas les rayons X? Alors, pourquoi infliger au patient l'acte chirurgical? M. LURIE rapporte, dans le *New-Orleans medical Journal* (mars 1922), deux cas de sciatique « idiopathique » guérie par une intervention opératoire sur des racines dentaires infectées. M. HUBENY, dans l'*Illinois medical Journal* (décembre 1921, p. 433), étudie la détermination des infections « focales » dentaires au moyen des radiogrammes, d'autant plus importante à pratiquer que, souvent, les signes locaux manquent absolument. (Il est surprenant que personne n'ait encore songé à appliquer cette précieuse méthode d'investigation à l'étude des névralgies faciales.) M. SCHWARTZ publie dans le *New-York medical Journal* un cas d'arthrite infectieuse vertébrale métastatique survenue comme conséquence de foyers situés dans l'amygdale et dans l'antre d'Higmore (21 décembre 1921, p. 699), et insiste sur les excellents résultats que l'on obtient par l'éradication du foyer, suivie de l'administration d'auto-vaccins.

L. BABONNEIX.

Corps thyroïde et rhumatismes. (Prof. E. SERGENT. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 juin 1922, p. 447.) — Chez les malades atteints de rhumatisme articulaire aigu qui ne sont pas améliorés par le salicylate de soude, on ne constate pas, en général, de réaction thyroïdienne, au début ou au cours de la crise, réaction caractérisée par une tuméfaction douloureuse de l'un des lobes du corps thyroïde ou des deux lobes. La thyroïdite rhumatismale ne serait pas due, à proprement parler, à un processus infectieux, elle correspondrait à une défense de l'organisme et son absence indiquerait une insuffisance de résistance du sujet entravant l'action du salicylate de soude. L'auteur conseille donc de suppléer à cette déficience par l'ingestion préalable de dix centigrammes de thyroïdine par jour, qui a pour but de déclancher secondairement l'action bienfaisante du salicylate de soude.

D'autre part, cet hypothyroïdisme serait également à la base de certains cas de rhumatismes chroniques, et l'auteur signale, à ce propos, plusieurs observations où l'on vit apparaître, après la ménopause, des manifestations articulaires chroniques, conjointement avec du myxœdème, du psoriasis, accidents qui furent améliorés par la médication thyroïdienne. En faveur de cette opinion viennent encore militer les faits, mentionnés par quelques auteurs, de rhumatismes chroniques disparaissant à la suite du développement intercurrent d'une maladie de Basedow, ou s'installant, au contraire, lors de la régression de cette même affection, avec sclérose de la glande thyroïdienne entière.

Il est donc intéressant de mettre en évidence l'influence souvent favorable du traitement opothérapique thyroïdien qui peut être prescrit seul, dans les rhumatismes chroniques, ou associé au salicylate de soude, dans les accidents aigus.

P. PRUVOST.

L'inoculation prophylactique contre la rougeole. (HIRAISHI et OMAMOTO. *Japan medical World*, Tokio, oct. 15, 1921, I, n° 6, analysé in *The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, vol. LXXVII, n° 23, 3 déc. 1921.) — Les auteurs ont employé du sang pris à des rougeoleux, citraté à 2 p. 100 et dilué dans 100, 1.000 et 10.000 fois son volume avec une solution citratée à 1 p. 100. Le sang dilué était employé pour l'inoculation. L'inoculation était faite dans la région interscapulaire avec de 0,5 à 1 centimètre cube (rarement plus) de la dilution au 10 millième pour l'inoculation initiale, le liquide étant bien agité préalablement. Le sang était employé aussi frais que possible, mais dans quelques cas on le conservait dans un endroit frais, à l'obscurité, pendant quarante-huit heures. Le sang a été prélevé dans la période qui s'étend de la première manifestation des taches de Koplik au plus fort de l'éruption. La deuxième inoculation était faite, en général, trois semaines après la première.

Quarante-quatre enfants furent inoculés. Tous étaient bien portants, sans histoire de rougeole ni de contact avec des malades. Dans quelques cas, l'inoculation fut faite dans un but purement prophylactique pendant la période culminante de l'épidémie. Une inoculation prophylactique avec 0,0001 centimètre cube du sang infecté est entièrement sans danger et donne un certain degré d'immunité à l'enfant. Elle ne confère pas une immunité absolue contre l'infection naturelle, mais donne seulement une résistance relative. Ceux qui manifestèrent les premiers symptômes quatre semaines après l'inoculation prophylactique eurent l'affection plus légère.

G. BLECHMANN.

Le traitement général et local de l'anthrax cutané (pustule maligne) par le sérum. (Joseph C. REGAN. *The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, vol. LXXVII, n° 25, 17 déc. 1921.) — Les méthodes de traitement local de la pustule maligne communément employées depuis des années présentent trop de désavantages pour être considérées comme localement efficaces. Ces désavantages comprennent la douleur, les cicatrices, le danger d'infection secondaire, la possibilité de disséminer le micro-organisme infectant localement et dans

la circulation, la prolongation de convalescence, le manque d'action spécifique, et les taux élevés de la mortalité.

Le charbon chez l'homme étant primitivement une infection locale avec tendance marquée à rester telle dans une forte proportion des cas, aucune méthode de traitement n'est recommandable qui tend à rompre la barrière de la marche inflammatoire.

Avec le sérum anti-charbonneux, on abandonne les anciennes méthodes. Le sérum doit être administré localement autour de la lésion et dans la circulation en général par voie sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse. On fera varier la dose, la fréquence, le siège des injections, suivant la gravité ou la localisation des lésions, la présence ou l'absence de septicémie et, à un degré moindre, suivant le degré des symptômes constitutionnels.

L'injection locale de sérum autour de la pustule toutes les douze ou vingt-quatre heures est une méthode tout à fait désirable pour remplacer les méthodes anciennes. Elle représente une sécurité de plus contre la septicémie charbonneuse et semble exercer une action très profitable en produisant le rapide affaissement de la pustule maligne.

Huit cas d'anthrax ont été traités avec succès au cours des deux dernières années au Kingston Avenue Hospital, par l'emploi du sérum anticharbonneux d'Eichorn par injection locale autour de la lésion et générale dans la circulation, sans aucun accident. L'inflammation aiguë disparaît du second au sixième jour de traitement, l'escarre se détache du douzième au vingt et unième jour et la plaie en est guérie du douzième au trente-deuxième jour. Pas de séquelles, et l'escarre subsistante est si petite qu'elle peut passer inaperçue. Le stade aigu est terminé au bout d'une semaine.

G. BLECHMANN.

Etude expérimentale du trachome. (Ch. NICOLLE et A. CUÉNOD. *Arch. des Instituts Pasteur de l'Afrique du Nord*, juill. 1921, n° 2, p. 149-178.) — Les auteurs ont, en 1910, reproduit pour la première fois la maladie sur le chimpanzé par dépôt du virus sur les conjonctives scarifiées ou par inoculation sous-conjonctivale d'un virus humain, en pleine activité, et non encore traité. L'inoculation dure une dizaine de jours. A la période d'état, l'aspect est celui du trachome classique. L'évolution est insidieuse, sans poussées aiguës ni complications. On peut, au chimpanzé, rare, coûteux et fragile, substituer le magot d'Afrique (*Macacus innuus*) animal réactif sur trachome. En 1913, les auteurs réalisent le passage de singe à singe, puis étudient les propriétés du virus, microorganisme invisible et filtrant, détruit par le chauffage à 50 degrés, par une dessiccation d'une demi-heure à 52 degrés, et se conservant sept jours dans la glycérine à la glacière. La maladie expérimentale est contagieuse à toutes les périodes de son évolution, débute sans réaction inflammatoire, sans sécrétion, la plus petite plaie conjonctivale peut servir de porte d'entrée au virus, que contiennent les larmes.

Dans leurs nouvelles recherches, en employant des virus vraisemblablement plus actifs, MM. Nicolle et Cuénod ont réussi : 1° à obtenir une infection durable, et même, une fois, une kératite secondaire; 2° à reproduire, chez le lapin, un trachome si discret, qu'il est parfois difficile à distinguer d'une simple hypertrophie folliculaire banale, mais indiscutable, puisqu'il peut durer un an et qu'on peut le réinoculer, d'une part, à des animaux de même espèce, de l'autre, au magot; 3° à conserver (ou à cultiver) le virus dans le testicule du lapin; 4° à réinfecter des animaux en apparence guéris d'une première atteinte de trachome expérimental, donnée en contradiction avec les résultats précédemment acquis; 5° à établir expérimentalement le rôle des mouches dans la transmission de la maladie, la mouche, qui a touché un œil trachomateux étant capable de transmettre l'infection pendant au moins vingt-quatre heures.

L. BABONNEIX.

II. AFFECTIONS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Contribution à l'étude anatomo-pathologique et clinique de la dilatation des bronches. (J. HUTINEL. *Th. de Paris*, L. Arnette édit., 1922.) — Dans cet important travail, et qui marquera dans l'histoire de la bronchectasie, l'auteur se propose de mettre en évidence les liens qui unissent les différentes formes que présente cette affection, de montrer qu'entre ces formes, les analogies l'emportent sur les différences, et que l'étude des unes permet de comprendre aisément les autres.

Anatomiquement, deux processus fondamentaux, reliés par tous les intermédiaires : l'un, de néoformation, réalisant une sorte de bourgeonnement bronchique, que l'on trouve à l'origine des bronchectasies congénitales et de la dilatation ampullaire de l'adulte; l'autre, de destruction de la paroi bronchique, d'où dilatation cylindrique telle qu'on l'observe chez l'enfant.

Dans la dilatation congénitale, pas trace d'infection, rôle nul des efforts mécaniques, puisqu'il s'agit de mort-nés ou de sujets n'ayant pas vécu plus de quelques heures. Ce qui domine, c'est l'hyperplasie cellulaire, le poumon étant farci de cavités kystiques dont la muqueuse, plissée, présente de nombreuses végétations, recouvertes d'un épithélium cubique, d'une part, et, de l'autre, gros nodules blanchâtres, durs, constitués par des adénomes d'origine bronchique. A ces lésions, qu'il faut considérer comme autant de dysembryomes, s'ajoutent parfois des lésions broncho-pneumoniques banales, interstitielles, contrastant avec l'intégrité de l'épithélium, et qui ne peuvent être que d'origine sanguine.

Dans la dilatation cylindrique des enfants, plus de formation kystique, mais dilatation passive, sous l'influence des efforts de toux, d'une bronche dont les parois ont été profondément modifiées par une infection prolongée broncho-pneumonie consécutive à la rougeole ou à la coqueluche, et sont le siège de processus d'infiltration et de sclérose qui, souvent, ne se limitent pas à la bronche, mais s'étendent aux poumons et aux plèvres : prise entre deux feux, l'armature bronchique cède, dégénère et perd toute résistance.

Chez l'adulte, ces deux processus, l'un passif : dilatation mécanique, l'autre actif, dysplasie bronchique, peuvent, soit se rencontrer isolément, soit s'associer. Ce dernier cas est réalisé par les dilatations ampullaires, dans lesquelles les bronches ectasiées bourgeonnent et subissent une hyperplasie portant sur tous leurs éléments, mais non sans offrir des lésions destructives, surtout nettes dans les infections péribronchiques à lente évolution. Les premières sont-elles prédominantes, l'affection se rapproche de la forme congénitale; les secondes l'emportent-elles, l'aspect est voisin de celui qu'affecte la dilatation cylindrique de l'enfant.

Quel est, dans ces divers cas, le rôle de l'infection? Il y a lieu de distinguer les infections causales, originelles, et les infections secondaires, celles-là, toujours dissemblables, tuberculose, syphilis, celles-ci toujours de même ordre, quel que soit leur type anatomique ou clinique.

Chez le fœtus, et dans certaines conditions expérimentales (Thiroloix et Debré), uniquement infection sanguine.

Chez l'enfant, infection aérienne, descendante, entraînant d'abord une altération de la muqueuse.

Chez l'adulte, combinaison fréquente des deux types.

A ces lésions originelles, viennent s'ajouter les lésions dues aux infections secondaires. Facilitées par la béance des conduits bronchiques, ces infections sont dues à des germes vulgaires; généralement monomicrobiennes, elles se propagent au poumon, à la plèvre, et, parfois même, se compliquent d'un état septicémique.

Contre ces lésions, l'organisme se défend : la réaction scléreuse des tissus péribronchiques tend à isoler le foyer infectieux, mais, souvent, elle dépasse son but, et constitue un obstacle infranchissable aux méthodes curatives qui se proposent d'agir par compression du poumon, qu'il s'agisse de pneumothorax artificiel ou de décollement pleuro-pariétal.

Nantis de ces données si nouvelles et si ingénieuses, nous voilà en état de résoudre quelques questions d'ordre pathogénique.

Chez le fœtus et chez le nouveau-né, il s'agit de dysplasie, selon la conception si féconde qu'a, dans le cours de ces dernières années, développée le professeur Hutinel.

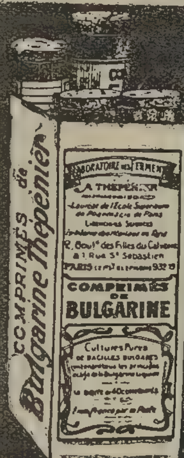
Chez l'enfant, ni bourgeonnement ni prolifération : la bronche altérée se distend sous les efforts de toux; elle cède et se dilate. La réparation se fait-elle, une fois la maladie causale guérie, la paroi bronchique peut se réparer. Le plus souvent, si la maladie causale est chronique, comme l'hérédo-

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIÈVRE TYPHOÏDE *et du* CHOLÉRA



BULGARINE THÉPÉNIER

Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS



Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le " Laboratoire des Ferments " A. THÉPÉNIER, 12, rue Clapeyron, PARIS

syphilis, si elle a été grave, les lésions sont irréparables, et une dilatation définitive est constituée.

Chez l'adulte, les bronches sont trop solidement construites pour se laisser distendre par un processus aigu et passager. Pour qu'elles cèdent, il faut que leur armature élastique ait été modifiée par un catarrhe chronique, associé, le plus habituellement, à une infection péribronchique : catarrhe, tuberculose fibreuse. Alors, elle se dilate dans les points où elle a été particulièrement affaiblie. A ces lésions passives s'ajoutent des lésions actives, qui doivent être considérées comme autant de processus de défense.

Ces notions anatomiques permettent de mieux comprendre l'histoire clinique de la dilatation. Chez l'enfant, où elle a été si bien décrite par le professeur Hutinel, la dilatation bronchique est, en général, consécutive à des broncho-pneumonies, dues à la rougeole, à la coqueluche; Barth et Rendu insistaient beaucoup sur le rôle de la pleurésie; divers travaux montrent la fréquence de l'association, à la dilatation, de tuberculose fibreuse et ganglionnaire, sans qu'il soit toujours facile de dire si cette tuberculose est cause ou effet. Elle se présente sous plusieurs aspects : formes légères curables, caractérisées par des accidents frustes, à peine ébauchés, mais qui n'en sont pas moins l'ébauche de formes plus sévères; dilatations aiguës, généralement produites par la coqueluche; formes latentes avec épisodes aigus; de beaucoup la plus commune et la plus typique; formes chroniques, qui font le trait d'union avec les formes observées chez l'adulte. Mais quelle que soit la forme, il ne faut pas perdre de vue l'importance des phénomènes locaux, de l'examen radiographique, et le rôle, dans l'apparition de la sclérose, de l'hérédosyphilis.

Chez l'adulte, contrairement à la théorie classique, et conformément aux vues développées par MM. Bezançon et de Jong, la maladie se présente comme une maladie chronique entrecoupée de poussées aiguës. Il n'y a donc pas lieu de l'opposer à la bronchectasie infantile. Toutefois, dans les périodes intercalaires, subsiste, beaucoup plus souvent que chez l'enfant, de la bronchite chronique ou de la sclérose pleurale. A un certain moment, les poussées aiguës, dont M. J. Hutinel fait une étude soignée, ne rétrocèdent plus, le traitement devient impuissant, et le tableau clinique rappelle celui de ces asystolies, longtemps influençables par la digitale, puis qui, un beau jour, deviennent irréductibles. A noter que ces poussées se présentent comme des bronchites aiguës dans lesquelles l'expectoration est trop abondante ou trop purulente, ou comme des congestions pulmonaires dont il est difficile de préciser la cause, plus souvent encore, elles prennent le masque d'une tuberculose aiguë avec hémoptysies et râles humides, ou d'une phtisie chronique avec poussées évolutives (Bezançon et de Jong). Peu à peu, le malade devient un chronique. Rien de particulier à dire de cette dernière phase, bien décrite partout, tandis que la première est mal connue, et de diagnostic souvent épineux, malgré la radiographie, l'examen bactériologique des crachats, etc.

Dans la tuberculose pulmonaire, ce sont surtout les formes fibreuses qui se compliquent de bronchectasie, soit petite, ne se laissant reconnaître qu'au cours d'un épisode aigu, soit plus grande, et se traduisant par des signes de catarrhe chronique.

Ajoutons que l'on ne croit plus beaucoup à la phtisie syphilitique et que les signes cavitaires, chez les spécifiques, sont dus bien plutôt à une dilatation des bronches qu'à une gomme ramollie.

Les notions précédentes, que M. J. Hutinel expose avec une grande clarté et avec beaucoup de force, expliquent pourquoi le pneumothorax donne rarement de bons résultats. La sclérose pleurale ou pulmonaire est si constante qu'elle en empêche les effets habituels. D'ailleurs, il ne faut pas perdre de vue que, chez l'enfant surtout, l'affection peut s'améliorer, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement médical bien dirigé, et dont les sulfureux feront les principaux frais (V. Hutinel).

L. BABONNEIX.

Le mode de production du murmure vésiculaire de la respiration. (George E. BUSHNELL. *The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, vol. LXXVII, n° 27, 31 déc. 1921.) — L'action des résonateurs joue un rôle important dans la détermination des caractéristiques du son dans l'appareil respiratoire.

Le caractère spécifique du souffle vésiculaire est dû au résonateur, la cavité thoracique, le son n'étant à son point d'origine qu'un simple bruit, dont quelque élément est capable d'exciter la résonance sympathique du thorax. Ainsi des sons produits sans l'aide du larynx peuvent imiter l'inspiration vésiculaire.

Réciproquement, la respiration montre que les sons peuvent être produits par des courants d'air dans le poumon. Le ton de ces sons est le même que celui du souffle vésiculaire, les vibrations perceptibles des deux sons étant celles que le thorax, en qualité de résonateur, renforce, et que la substance pulmonaire, pauvre conducteur du son, est capable de transmettre.

L'expérience, dans laquelle les sons de la respiration sur la poitrine disparaissent quand la glotte est largement ouverte, semble prouver que le son de l'inspiration aussi bien que celui de l'expiration est d'origine laryngée.

G. BLECHMANN.

La pneumonie du type I et son traitement par le sérum. [William S. THOMAS (de New-York), *The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, vol. LXXVIII, n° 21, 27 mai 1922.] — Il y a quatre ans, Avery, Chickering, Cole et Dochez, de l'Institut Rockefeller, ont publié les résultats de leurs importantes recherches dans un cas de pneumonie lobaire aiguë et ont préparé un sérum spécifique pour le traitement de la maladie causée par le pneumocoque type I.

Les statistiques, en faveur du sérum type I, paraissent si convaincantes et si édifiantes qu'on l'emploie, tout au moins, en Amérique dans presque tous les cas où on peut l'obtenir, et partout où il existe des facilités pour déterminer les types des cas de pneumonies en cours de traitement.

En quatre ans et demi (depuis le 1er janvier 1917), l'auteur a traité, dans ses salles d'adultes, 306 cas de pneumonie lobaire aiguë. Les méthodes de détermination et de traitement spécifique employées sont celles de l'Institut Rockefeller et 239 cas ont été identifiés.

Voici les points importants de la statistique de l'auteur : 1. Nombre relativement important des cas du type I dans le 1er semestre de 1921; 2. absence des cas du type II durant un an et demi en 1918-1919, y compris la période des épidémies d'influenza; 3. prédominance constante de la fréquence des cas du type IV. La pneumonie causée par ce groupe hétérogène de pneumocoques paraît endémique, en contraste avec celle due au type I, qui montre parfois une tendance à être épidémique.

Soixante cas de pneumonie du type I ont été traités à l'hôpital St Luke, à New-York (50 avec et 10 sans sérum). La pneumonie du type I, quoique traitée, a un taux de mortalité variable suivant le temps et le lieu de son apparition; elle n'est peut-être pas aussi fréquemment fatale qu'on le croit généralement.

L'administration du sérum spécifique a paru abréger la maladie dans 4 des 50 cas traités. Dans 8 cas, l'emploi du sérum, quoique suivi d'une amélioration des symptômes, ne sembla avoir qu'un effet transitoire. Chez les 38 autres malades, la durée et l'issue de la maladie ne semblent pas avoir été sensiblement influencées par le sérum.

La durée moyenne de la fièvre dans les 50 cas traités par le sérum fut de neuf jours et demi. Dans les cas non traités spécifiquement (10 cas) elle fut de huit jours 2/10e.

L'auteur rappelle qu'il existe 2 cas de mort par anaphylaxie due au sérum antipneumococcique dans la littérature; 10 malades de sa série, ayant présenté des accidents anaphylactiques furent guéris par l'emploi de l'épinéphrine. De ces 10 patients, 6 n'avaient précédemment montré aucune réaction aux épreuves dermiques de sensibilité au sérum de cheval.

W. S. Thomas estime que des épreuves cutanées (protéine de l'épiderme équin et sérum équin) devraient précéder toute injection intraveineuse de sérum.

Des accidents sériques apparurent dans 36 des 50 cas d'usage thérapeutique du sérum type I. Dans 15 cas, les symptômes furent graves. L'épinéphrine paraît exercer sur l'éruption une action favorable.

G. BLECHMANN.

La congestion pulmonaire ; étude historique et révision nosographique. (F. BEZANÇON et S. I. DE JONG. *Ann. de méd.*, t. XI, n° 3, mars 1922, p. 177.) — Le chapitre des congestions pulmonaires demande à être revisé. C'est ainsi que, la plupart du temps, on donne une place considérable à la congestion primitive aiguë ou maladie de Woillez, alors que la congestion pleuro-pulmonaire, beaucoup plus fréquente, est traitée beaucoup plus rapidement. Pour MM. Bezançon et de Jong, les cas autrefois décrits sous le nom de congestion pulmonaire pourraient être plus justement répartis en trois groupements principaux : congestions pulmonaires proprement dites, broncho-alvéolites aiguës, cortico-pleurites.

1° Les *congestions pulmonaires proprement dites* correspondent à ces congestions subites et très étendues des poumons, coup de sang pulmonaire des anciens auteurs, qui peuvent se voir dans les intoxications (alcool, absinthe, acide cyanhydrique), dans les empoisonnements par venin de serpent, dans l'éclampsie, dans le diabète, dans le coup de chaleur et le coup de froid. Les lésions anatomiques sont des lésions hyperémiques plus ou moins généralisées du poumon avec de véritables hémorragies.

2° Le *groupe des broncho-alvéolites aiguës* comprend : *a.* la pneumonie et la broncho-pneumonie avortée (maladie de Woillez) avec lésions identiques à celles de l'engouement pneumonique; *b.* les broncho-alvéolites, localisations des infections générales (congestions pulmonaires secondaires des auteurs), telles que typhoïde, rhumatisme, paludisme, choléra, grippe, etc. Ces manifestations respiratoires ont surtout une individualité étiologique et beaucoup d'entre elles sont plutôt pleuro-pulmonaires que broncho-pulmonaires ; *c.* les broncho-alvéolites passagères compliquant d'autres affections des voies respiratoires, par exemple les accidents fugaces et mobiles décrits par Cadet de Gassicourt dans la bronchite des enfants, les poussées fluxionnaires des bronchitiques chroniques, les poussées dites congestives des tuberculeux pulmonaires.

3° Le *groupe des cortico-pleurites* (congestions pleuro-pulmonaires), très important, dans lequel rentrent bien des cas étudiés par Woillez lui-même. Ce groupe est beaucoup plus fréquent que le précédent, caractérisé par le point de côté intense, la matité laissant cependant un espace de Traube sonore, des vibrations variables, le murmure vésiculaire aboli, le souffle tubo-pleural (congestif aigu de Küss), les râles superficiels à bulles fines ou grosses, en couronne autour du souffle, ou en nappe étendue, l'égophonie limitée au foyer de souffle et de râles. Tous ces signes varient d'un jour à l'autre, ou même aux différentes heures de la journée, faisant croire tantôt à un épanchement, tantôt à un ramollissement plus ou moins étendu ou même à une caverne limitée. Dans ces cas, on doit toujours chercher à mettre en évidence la tuberculose par la recherche directe du bacille de Koch dans les crachats ou par l'homogénéisation.

Les auteurs décrivent trois formes évolutives de cortico-pleurites :

1° Syndrome cortico-pleural éphémère ;

2° Syndrome cortico-pleural traînant qui correspond à la splénopneumonie de Grancher;

3° Syndrome pleuro-cortical profond avec apparition de signes d'un foyer de ramollissement localisé ou même d'une caverne.

Ils distinguent, d'autre part, des formes étiologiques : 1° Les cortico-pleurites non tuberculeuses, au cours de la grippe épidémique par exemple; 2° les cortico-pleurites tuberculeuses, les plus fréquentes qu'on peut identifier aussi bien par l'inoculation au cobaye du liquide pleural que par la présence du bacille dans les crachats. La spléno-pneumonie de Grancher est toujours de nature tuberculeuse.

Evoquant l'idée de lésions transitoires et fugaces, l'appellation de congestion pleuro-pulmonaire ferait croire à un processus bénin, alors qu'en réalité, même dans les cas légers correspondant au type éphémère, il s'agit d'une néomembrane tuberculeuse, avec exsudat pleural, et que dans les formes profondes, l'étude anatomo-pathologique montre qu'il s'agit de lésions tuberculeuses, souvent nodulaires et en évolution caséeuse, avec une plèvre également atteinte de pleurite tuberculeuse. P. PRUVOST.

III. APPAREIL DIGESTIF

Relations possibles de la sécrétine avec le cancer. (PRENTISS. *Southern med. Journ.*, mars 1922, p. 181-185.) — L'ulcère du duodénum est au moins aussi fréquent que l'ulcère de l'estomac. Or, le cancer du duodénum est aussi rare que le cancer de l'estomac est fréquent. Pourquoi ? Ne serait-ce pas qu'il existe, dans l'épithélium duodénal, quelque substance chimique qui fait défaut dans l'épithélium gastrique, et qui empêche le développement du cancer? Cette substance doit exister dans toute l'étendue du petit intestin, puisque le cancer y est rare ; elle se trouve dans le produit collectif de sécrétion du foie, du pancréas et du duodénum. Ne serait-ce pas la sécrétine, puisqu'elle est transportée dans le foie à l'état maximum de concentration, et que, comme on le sait, le cancer primitif du foie est rare ? Le cancer du pancréas n'est-il pas plus fréquent, parce que la sécrétine arrive à cet organe par l'intermédiaire de la circulation générale, et, par suite, un état de grande dilution? Cette substance protectrice a déjà été entrevue par Beard qui, en 1907, a proposé de traiter le cancer par l'administration de pancréas frais, et qui aurait obtenu de bons résultats de cette méthode, L'auteur préfère donner, par la bouche, des extraits duodénaux secs et signale l'intérêt qu'il pourrait y avoir à étudier la question dans le cancer expérimental du rat. Dans sa réponse aux critiques que lui a values sa conception, il mentionne cette particularité intéressante que le cancer, quel qu'il soit, est ralenti, dans sa marche, par l'oxygène et émet l'hypothèse que la sécrétine, en se rendant dans le foie, stimule les processus d'oxydation généraux de l'organisme.

L. BABONNEIX.

Les facteurs d'engraissement chez les malades du tube digestif et le rôle des cures thermales. (Ed. AINE. *Soc. d'hydrol.*, séance du 3 avril 1922.) — Chez les malades du tube digestif, trois causes principales d'amaigrissement : apport insuffisant de calories; mauvaise utilisation des calories absorbées; dépense exagérée de calories. L'effort thérapeutique doit donc se proposer trois buts : réglementer l'apport des calories, c'est-à-dire régler l'alimentation; améliorer l'utilisation des calories, c'est-à-dire améliorer les fonctions digestives; supprimer les causes inutiles de déperdition de calories, c'est-à-dire régler la dépense physique, assurer le repos physique et moral.

En ce qui concerne l'action, d'ailleurs si bienfaisante, des eaux de Châtel-Guyon, elle ne semble pas provoquer par elle-même l'engraissement, mais elle détermine une amélioration des fonctions digestives et de l'état général, dont bénéficie le patient et produit indirectement l'engraissement. Cet engraissement, pendant la cure thermale, ne doit pas être recherché par l'emploi de moyens médicamenteux.

L. BABONNEIX.

L'élément colitique dans les affections intestinales et la cure de Châtel-Guyon. (BARADUC et AINE. *Soc. d'hydrol.* 1922.) — La part de l'élément neuropathique dans les affections intestinales ne doit pas être exagérée. L'élément colitique a, presque toujours, dans leur symptomatologie un rôle important, démontré par la clinique et par la coprologie. Il est nécessaire, au point de vue thérapeutique, de savoir le reconnaître chez les diverses catégories de malades (diarrhées, fausses diarrhées, constipation, entéro-colite muco-membraneuse).

Sur cet élément colitique la cure de Châtel-Guyon exerce une action favorable indirecte, d'une part par ses propriétés régulatrices de la motricité et modificatrices des sécrétions digestives, d'où résulte l'amélioration du microbisme intestinal (Pessez, Cohendy), et d'autre part par son action tonique générale.

L'observation clinique des auteurs leur a permis de constater que l'eau de Châtel-Guyon, solution chlorurée, magnésienne complexe, administrée en boisson, exerce en outre sur la muqueuse colique une action modificatrice directe, qu'on peut rapprocher des effets cytophylactiques obtenus par Delbet et ses élèves dans les plaies de guerre traitées par les solutions chlorurées magnésiennes.

Châtel-Guyon ne s'adresse donc pas uniquement aux troubles fonctionnels de l'intestin, comme on l'a trop répété, mais

aussi aux phénomènes d'irritation et d'infection de la muqueuse colique.

Châtel-Guyon est la station des dyspeptiques intestinaux, des infectés du tube digestif, des colitiques au sens propre du mot, diarrhéiques ou constipés, atones ou spasmodiques.

L. BABONNEIX.

IV. APPAREIL CIRCULATOIRE

L'effet délétère du citrate de soude employé dans la transfusion sanguine. (Lester J. UNGER. *The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, vol. LXXVII, n° 27, 31 déc. 1921.) — Les tests biologiques démontrent que la transfusion du sang non modifié est d'une valeur beaucoup plus grande que celle du sang modifié par addition de citrate de soude.

Le citrate de soude, même dans le faible pourcentage employé dans une transfusion de citrate, affecte les cellules rouges du sang, les rendant plus fragiles. La valeur d'un tel sang pour un patient souffrant d'affection hémolytique, telle que l'anémie pernicieuse, est amoindrie à ce degré.

Le citrate de sodium diminue la quantité utile du complément de deux façons : par son action directe sur le complément lui-même et en introduisant dans le plasma une substance anticomplémentaire qui rend inactif le complément. Cette substance dérive directement des composants des cellules rouges du sang.

Le citrate de soude réduit aussi et annule presque la fonction des opsonines, et détruit pour ainsi dire le pouvoir phagocytique des cellules blanches du sang. De plus, l'index phagocytique du sang de donneurs différents varie. Puisque le complément et le pouvoir phagocytique sont de première importance dans l'action protectrice contre les organismes pathogènes, le sang non modifié d'un donneur possédant un index phagocytique élevé devra être employé pour combattre les infections générales ou locales par le procédé de transfusion. En choisissant un donneur on devra faire attention aux plus petites différences qualitatives du sang.

G. BLECHMANN.

Traitement médical de l'hyperthyroïdisme. (S. P. BEEBE, New-York. *Medical Record*, vol. CI, n° 4, 28 janv. 1922, p. 135.) — Plummer divise le goitre en trois types, colloïde, adénomateux, exophtalmique. Les types qu'il décrit comme adénome et goitre exophtalmique sont ceux qui peuvent être groupés ensemble sous ce nom de goitre toxique.

Le traitement médical du goitre toxique demande que les considérations suivantes soient strictement observées :

1. Repos; physique, mental et émotionnel; 2. Diète; exclusion de toutes formes de stimulants tels que : café, thé, et spiritueux; 3. Etude spéciale des fonctions de l'estomac et de l'intestin pour soulager la stase intestinale et la toxémie; 4. Recherche et élimination de toutes sources d'infection locale et chronique; 5. L'administration d'iode en faibles doses pendant de longues périodes, la dose étant déterminée suivant les conditions de chaque cas.

L'examen du malade peut donc comprendre une recherche attentive et approfondie des infections des dents, des amygdales, des adénoïdes, des sinus nasaux, de l'appendice, etc.

Pour les amygdales et les adénoïdes, on emploiera les rayons X, qui élimineront l'infection sans shock et danger d'opération.

Beebe croit que l'administration d'iode est essentielle pour le traitement médical. Durant les cinq dernières années, il a donné de l'iode à plus de mille malades porteurs de goitre toxique et il n'a vu que très peu de cas où ce médicament ait été mal toléré. Il se produit généralement une amélioration immédiate, et les effets sont si nets qu'on ne peut douter du besoin d'iode pour ces malades. Aucune autre substance ne pourrait la remplacer.

Contrairement à Marine et Kimball qui prétendent qu'on ne devrait pas donner d'iode dans des cas très nets de goitre exophtalmique, à moins que le malade ne puisse être examiné journellement, et dans ce cas, on ne devrait administrer que des doses d'un milligramme.

Beebe croit que cette affirmation est fondée sur des considérations purement théoriques et non sur une expérience clinique.

Chez 95 p. 100 des malades, on se trouvera bien de donner une goutte de solution saturée d'iodure de sodium deux fois par jour au début, ce qui équivaut à environ 75 milligrammes d'iode par vingt-quatre heures. De plus faibles doses sont rarement nécessaires et ne sont pas thérapeutiquement efficaces.

Dans 50 p. 100 des cas d'hyperthyroïdisme franc, il est possible et désirable d'augmenter la dose après deux ou trois semaines.

G. BLECHMANN.

REVUE DES THÈSES

Le vitiligo chez les Addisoniens (1)
par le docteur Jean PIÉRI.

En dehors des cas nombreux où l'origine syphilitique du vitiligo ne saurait être mise en doute, il existe un vitiligo survenant chez les insuffisants glandulaires, comparable morphologiquement au premier, c'est-à-dire formé de taches blanches entourées d'hyperpigmentation.

L'auteur l'étudie dans la maladie d'Addison : les taches vitiligineuses des Addisoniens, se greffant sur le fond de coloration bronzée uniforme, donnent aux téguments un aspect des plus curieux; elles affectent, de plus, une topographie symétrique déjà observée dans les vitiligos d'origine sympathico-endocrinienne. L'auteur en rapporte quelques exemples dans les observations qu'il a recueillies.

Cette topographie métamérique, la présence de symptômes d'hypersympathicotonie, tels qu'inversion du R. O. C., troubles vaso-moteurs, pilo-moteurs et sudoraux, permettent de faire intervenir le rôle du sympathique dans la répartition pigmentaire à la surface des téguments et dans la production des taches de vitiligo. Un trouble trophique intéressant, bien que rare, accompagne parfois le vitiligo et la mélanodermie chez les Addisoniens : c'est la sclérodermie, que l'on tend, actuellement, à considérer comme une maladie du sympathique.

La pathogénie intime de ce vitiligo s'éclaire si l'on adopte l'hypothèse féconde du professeur Sergent, qui pense soit à une irritation de voisinage du sympathique en contact avec les surrénales altérées, soit à un apport de ces glandes malades retentissant sur le sympathique et troublant son fonctionnement pigmentaire. Cette deuxième hypothèse permet de comprendre que l'on ne trouve pas de vitiligo ou de mélanodermie dans les cas de tumeurs surrénales comprimant le sympathique, et d'expliquer l'amélioration obtenue dans l'évolution de ces pigmentations par l'opothérapie.

Le vitiligo des Addisoniens ainsi que des insuffisants glandulaires peut être considéré comme un symptôme de la pathologie sympathico-endocrinienne.

Etude pratique sur la formol-gélification des sérums humains (Réaction de Gaté et Papacostas) (2), par le docteur Camille BRU.

En novembre 1920, à la Société de biologie de Lyon, MM. Gaté et Papacostas présentaient une réaction assez particulière que donnent certains sérums humains en présence du formol. Cette réaction, qu'ils appelaient la formol-gélification, leur avait paru dans ses résultats concorder d'une façon impressionnante avec la réaction de Bordet-Wassermann.

Des travaux déjà nombreux ont été publiés sur la question et elle a été fort discutée.

Dans une thèse de Lyon fort documentée, le docteur Camille Bru vient de faire une étude d'ensemble de la question en y ajoutant l'exposé de ses recherches personnelles.

Il conclut que la formol-gélification ne peut être considérée comme un moyen de diagnostic de la syphilis, mais qu'elle se présente comme une réaction humorale, intéressante, qui demande à être étudiée.

Ce qu'elle perd en spécificité, ajoute l'auteur en terminant, elle le gagne peut-être en valeur doctrinale, et, sans vouloir l'élever à un rang qu'elle ne mérite pas encore, on ne peut se défendre à son propos, de penser à l'éosinophilie dont personne ne soutient la spécificité, mais qui n'en garde pas moins un intérêt doctrinal et pratique.

(1) *Th. de Paris.* — Paris, Jouve et Cie.
(2) *Th. de Lyon.* — Lyon 1922, Imp. Bosc frères et Riou.

Médica-sténo, nouvelle méthode de sténographie intégrale praticable en un mois. Une heure d'étude par jour, par le docteur H.-Em. FABRE, 1 vol. de 132 pages, avec fig. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DES PLEURÉSIES PURULENTES[1]

II. **Les pleurésies purulentes partielles, enkystées.** — DÉFINITION. — On désigne ainsi des épanchements purulents qui se sont constitués dans une portion limitée de la séreuse pleurale, isolée du reste de la cavité par des adhérences. Suivant la localisation anatomique de l'épanchement on peut se trouver en présence, soit d'une pleurésie interlobaire, d'une pleurésie médiastine, d'une pleurésie diaphragmatique, d'une pleurésie du sommet ou d'une pleurésie enkystée de la grande cavité.

ETIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — Deux éventualités différentes sont à considérer :

— Ou bien la plèvre était antérieurement malade et cloisonnée et l'épanchement ultérieur se développe dans une ou plusieurs logettes pleurales ainsi préexistantes (tuberculose par exemple) ;

— Ou bien la plèvre était absolument saine, et l'épanchement s'est enkysté au fur et à mesure de sa constitution; l'évolution n'est pas brutale et les fausses membranes ont le temps de se constituer et de s'organiser.

Etiologiquement, on peut donc étudier deux groupes : les pleurésies primitives et les pleurésies secondaires.

1. Les *pleurésies primitives* surviennent chez des sujets sains, adultes ou jeunes, parfois chez des enfants. Elles sont presque toujours dues au pneumocoque, hôte habituel des cavités bucco-pharyngées. Les causes occasionnelles sont le froid, le surmenage, les traumatismes. La voie d'apport du microbe est mal déterminée. Il est probable, comme le pense Netter, que les pleurésies en apparence idiopathiques sont presque toujours précédées d'une lésion pulmonaire qui passe inaperçue.

2. Les *pleurésies secondaires* sont le plus souvent liées à l'évolution d'une *pneumonie*, surtout au cours de la convalescence (pleurésies métapneumoniques), d'une *broncho-pneumonie* parfois, dans le cours ou à la suite d'une fièvre typhoïde, d'une scarlatine, d'une rougeole grave, d'une tuberculose pulmonaire, de gangrène pulmonaire; parfois elles succèdent à une *affection de voisinage* (ostéites costales, lésions de l'œsophage, ganglions trachéo-bronchiques suppurés, péricardites).

D'autres fois elles viennent compliquer une *affection abdominale* (péritonite, appendicite suppurée, cirrhose, abcès, kystes suppurés du foie, de la rate ou du rein, cancer de l'estomac, abcès sous-phréniques).

Enfin, certaines *septicémies* graves, comme les fièvres éruptives graves, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la fièvre puerpérale, les septicémies survenues au cours des blessures de guerre graves peuvent se compliquer d'une pleurésie enkystée.

Nature du microbe. — Pneumocoque (9 fois sur 10); plus rarement streptocoque, staphylocoque, bacille de Koch, Friedlander, tétragène, anaérobies.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les pleurésies purulentes enkystées peuvent être primitives, c'est-à-dire purulentes d'emblée; elles peuvent être aussi secondaires et succéder à une pleurésie sèche ou à une pleurésie séro-fibrineuse, hémorragique ou chyliforme.

Le *siège* est variable :

a. La pleurésie *interlobaire* : la collection purulente est cachée dans la profondeur du poumon, au niveau d'une scissure interlobaire et simule un abcès du poumon. Liquide en quantité modérée.

b. La pleurésie *diaphragmatique* : le poumon adhère à la paroi thoracique et au diaphragme par la circonférence de sa base. La collection purulente est développée entre la base du poumon et la face supérieure du diaphragme. Le poumon est refoulé en haut, le diaphragme fortement abaissé.

c. La pleurésie *médiastine* se développe dans le médiastin antérieur ou dans le médiastin postérieur, refoulant et lésant plus ou moins les organes voisins (cœur, poumons, nerfs pneumogastriques ou phréniques).

d. Les pleurésies du *sommet* (Gouget).

e. Les pleurésies partielles de la grande cavité se développent à des niveaux variables et ont des limites très irrégulières, souvent même réalisant plusieurs logettes qui communiquent ou non ensemble.

EVOLUTION ANATOMIQUE. — 1. Soit évacuation au dehors par vomique.

2. Soit empyème de nécessité, plus rare.

ETUDE CLINIQUE. — I. *Début.* — Quelle que soit la localisation anatomique de la pleurésie purulente enkystée, le début revêt une allure clinique à peu près semblable. Plus tard seulement, lorsque l'épanchement se sera bien constitué, il se traduira par des symptômes spéciaux suivant son siège.

Le début est souvent *insidieux*, masqué par les symptômes de l'affection au cours de laquelle elle se développe. C'est alors une complication au cours de cette affection, une maladie latente et qui reste telle le plus souvent, jusqu'à ce qu'une vomique vienne révéler l'existence de la pleurésie.

Si la pleurésie est au contraire primitive, elle peut se révéler par un début *brusque* : des frissons répétés, des sueurs, de la fièvre à 39°-39°5, de l'abattement, de la courbature, un point de côté parfois très violent, une névralgie phrénique, du hoquet. La dyspnée s'installe alors et attire l'attention vers l'existence d'une lésion pleuro-pulmonaire. A l'examen, à cette période de début, on peut trouver des signes de congestion pleuro-pulmonaire, un peu de submatité ou quelques râles muqueux à la base d'un poumon ou le long de la colonne vertébrale.

II. *Période d'état.* — Les signes se précisent :

Les *signes généraux* restent marqués : fièvre élevée de suppuration, frissons et sueurs, pouls rapide, abattement persistent; de la diarrhée, de l'albuminurie peuvent survenir.

Les *signes fonctionnels* : dyspnée, polypnée, toux sèche et quinteuse.

Les *signes physiques* deviennent plus nets, mais il faut les rechercher avec le plus grand soin : l'examen clinique attentif, la ponction exploratrice et, si l'on peut, l'exploration radioscopique du malade permettront de dépister et de préciser le siège exact de l'épanchement pleural enkysté et sa nature. Ces signes physiques varient avec le siège anatomique de l'épanchement. Nous étudierons successivement les pleurésies interlobaires, médiastines, diaphragmatiques, du sommet et celles enkystées de la grande cavité.

A. PLEURÉSIES INTERLOBAIRES. — Nous n'insisterons pas à nouveau sur les pleurésies métapneumoniques et les pleurésies parapneumoniques (voir les pleurésies purulentes de la grande cavité). La pleurésie parapneumonique est surtout caractérisée par la persistance de la température qui esquisse déjà quelques oscillations, la persistance des signes fonctionnels (douleur et dyspnée), la persistance des signes physiques à la partie moyenne du poumon. La pleurésie métapneumonique est caractérisée par un intervalle apyrétique entre la date de défervescence de la pneumonie et la nouvelle ascension thermique due à la suppuration interlobaire. La fièvre se rallume, les signes fonctionnels et physiques se réveillent.

Quoi qu'il en soit, et qu'il s'agisse d'une pleurésie purulente interlobaire primitive ou secondaire, à la période d'état, les signes physiques sont semblables.

A l'*inspection*, on note une légère voussure de la région axillaire.

A la *palpation*, il y a diminution ou même abolition des vibrations à la partie moyenne du poumon.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 69, p. 1118, et n° 71, p. 1150.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Epreuves définitives.* — La première composition écrite des épreuves définitives du concours de l'internat aura lieu le lundi 16 octobre 1922, à 9 h. 1/2 du matin, à la bibliothèque de la Faculté de médecine (entrée 12, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Les candidats, devant, à leur entrée dans la salle, recevoir un numéro leur indiquant la place qu'ils doivent occuper, sont invités à se présenter dès 9 heures.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 19 septembre. — Question donnée : « Indication et technique de la ponction lombaire. »

Mlle Péchot, 11; MM. Mérat, 13; Dubois et Mayrargues, 14; Morin, 12; Motz, 15; Mlles Obréja et Pinel, 8; Mlle Peillon, 17; MM. Merger, 14; Malifal, 16; Milleret et Padieu, 13; Moutard, 14; Picard (Noël), 9; Pérou, 12; Nataf, 17; Phœlippon, 12.

Séance du 20 septembre. — Question donnée : « Anesthésie locale. »

MM. Pecker, 10; Philouze, 16; Picarda, 11; Monod et Comar, 14; Mlle Péraud, 8; MM. Petit (Louis) et Sallard, 16; Petit (Antoine), 7; Picard (Jean) et Nadji, 8; Martin (Jean), 6; Martin (Charles), 14; Padevani, Montant et Merklen, 13; Mourrut, 10; Odinet, 17.

Anatomie. — Séance du 20 septembre. — Question donnée : « Tronc de l'artère poplitée. »

MM. Sallard, 16; Gasiglia, 10; Farier, 11; Farre, 15; Dubois, 14; Gibert (Edouard), 10; Goppe, 14; Dreyfus (Pierre), 18; Gay, 17; Eymond, 7; Garnier (Pierre), 18 1/2; Dragomiresco, 10; Fellous, 16 1/2; Dubar et Girard (Paul), 8; Fournier, 17; Duclos, 8; Mlle Dreyfus, 18.

TROUPES COLONIALES. — Sont nommés au grade de médecin inspecteur, MM. les médecins principaux de première classe Bonneau et Garde.

AU CONGRÈS DE MÉDECINE COLONIALE DE MARSEILLE. — Le Congrès de médecine coloniale, dont nous rendrons compte dans un de nos prochains numéros, vient de se terminer. Il a été l'occasion d'une réception très chaleureuse des congressistes par nos excellents confrères de Marseille.

Voici ce que nous écrit, à ce sujet, le docteur Granjux :

« Les médecins de Marseille ont invité leurs confrères venus au Congrès à passer la soirée avec eux à bord du mess-hôtel flottant des officiers dans le port. Cette invitation était faite par les sociétés corporatives, techniques et l'Ecole de médecine. Les médecins coloniaux et leur Ecole s'y étaient associés. Il en a été de même pour les médecins militaires, et le directeur du Service de santé était présent. Voir tous les médecins, civils et militaires, coloniaux et métropolitains, se grouper en vue de la réalisation de l'hygiène dans les colonies, était un spectacle bien réconfortant au point de vue professionnel et confraternel.

Au nom de toutes les sociétés, de tous les groupements médicaux de Marseille, le docteur Rousselier a prononcé une délicate allocution de bienvenue, à laquelle le médecin inspecteur Gouzien, délégué du ministre des Colonies et président du Congrès, a répondu par des remerciements émus.

Cette émotion nous l'avons tous éprouvée, tant la confraternité était en jeu, et s'affirmait de plus en plus au fur et à mesure que la soirée avançait.

Personnellement j'ai pris part à bien des congrès, mais je n'avais pas encore eu cette impression si réconfortante donnée par cette fusion des confrères civils, militaires, coloniaux, des professeurs et des praticiens.

Elle est venue, il me semble, bien à son heure. »

L'INSTITUT ROCKEFELLER ET NOS FACULTÉS DE MÉDECINE. — Le ministère de l'Instruction publique communique la note suivante :

« D'après une information parue dernièrement dans la presse, l'Institut Rockefeller aurait offert 200 millions, en particulier, à la Faculté de médecine de Strasbourg, mais cette proposition aurait été retirée au profit de la Belgique, un veto ayant été opposé par la Faculté de médecine de Paris.

Les renseignements publiés sont inexacts, l'Institut Rockefeller a récemment effectué une enquête en France sur les Facultés de médecine, mais aucune proposition de subvention, même inférieure à 200 millions, n'a été adressée à la Faculté de médecine de Strasbourg, indirectement ou direc-

tement. C'est d'une autre manière que l'Institut Rockefeller a témoigné son estime par nos savants : il a invité, entièrement à ses frais, plusieurs professeurs des Facultés de Strasbourg et de Paris à se rendre aux Etats-Unis pour y étudier l'organisation des laboratoires et de l'hygiène. Cette invitation a été acceptée avee gratitude. Quant aux rapports des Facultés de Paris et de Strasbourg, ils ont toujours été et restent excellents, et le doyen de la Faculté de Strasbourg, ancien professeur à la Faculté de Paris, a reconnu ces jours-ci encore l'empressement avec lequel le doyen et les professeurs de Paris collaborent avec lui et ses collègues. »

ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES DE MONTPELLIER. — Prix qui seront décernés par l'Académie des sciences et lettres de Montpellier :

En 1923, PRIX ALPHONSE JAUMES. — Mémoire sur un sujet de *pathologie et de thérapeutique générales* au choix des concurrents.

La valeur du prix peut atteindre 2.000 francs, sauf au jury d'examen à proposer, s'il y a lieu, le partage de ce prix entre divers concurrents.

En 1923, PRIX ALPHONSE JAUMES. — Mémoire sur un sujet de *médecine légale* au choix des concurrents.

La valeur du prix peut atteindre 2.000 francs, sauf au jury d'examen à proposer, s'il y a lieu, le partage de ce prix entre divers concurrents.

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés au secrétariat de l'Académie avant le *31 décembre 1922*.

Sont exclus du concours pour les prix Alphonse Jaumes les travaux ayant plus de quatre ans de date, ceux qui auront été présentés la même année ou qui auraient pris part antérieurement à d'autres concours.

Tous les ouvrages doivent être écrits en langue française.

Les ouvrages primés ne seront pas rendus.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Pierre Nicoleau (de Perpignan).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

CHÈQUE. DROIT DE TIMBRE SUR LES ACCUSÉS DE RÉCEPTION

APPLICATION DES LOIS DU 15 JUILLET 1914 ET 25 JUIN 1920

La Cour de cassation a rendu, le 17 juillet 1922, un arrêt important qui intéresse tous ceux qui reçoivent un chèque en paiement de sommes dues, et notamment les médecins en paiement d'honoraires dont leur sont redevables les personnes par eux soignées. Le paiement par chèque est devenu d'un usage courant; la question s'est posée de savoir si l'accusé de réception du chèque équivaut à un reçu de la somme indiquée sur ce titre. En cas d'affirmative, l'accusé de réception est passible du droit de timbre gradué, qui est, depuis la loi du 25 juin 1920, de 0 fr. 25 à 1 fr. suivant l'importance de la somme.

L'administration de l'enregistrement a soutenu devant les tribunaux que les lettres ou écrits contenant accusé de réception d'un chèque constituaient des reçus, c'est-à-dire des titres libératoires, et comme tels étaient passibles du droit gradué. La thèse adverse exposait qu'il ne s'agissait pas là de reçus de sommes d'argent, qui seuls étaient passibles du droit gradué; et à l'appui on indiquait que le chèque pouvait être émis sans provision, circonstance qui avait pour résultat de ne pas libérer le débiteur.

Le Tribunal civil de Villefranche (Aveyron) rendit un jugement, le 12 février 1921, au profit de l'Administration de l'enregistrement contre une Société anonyme. Celle-ci forma un pourvoi devant la Cour de cassation qui l'a rejeté en déclarant que les lettres accusant réception de chèques transmis en paiement constituaient de véritables titres emportant quittance et libération; dès lors, le droit de timbre gradué est dû. C'est un arrêt de la Chambre des requêtes.

« Attendu, dit-elle, que le pourvoi reproche au jugement d'avoir décidé que la lettre accusant réception d'un chèque, en spécifiant que le montant en sera porté au crédit du compte de l'envoyeur « après encaissement », était soumise au droit de timbre gradué de la loi du 15 juillet 1914, alors qu'une semblable lettre, n'étant pas un titre libératoire pour le débiteur, n'est soumise à aucun droit de timbre, et en tout cas, à supposer qu'on pût la considérer comme un reçu libératoire, elle n'aurait dû être soumise qu'au droit fixe de dix centimes prévu par la loi du 23 août 1871, les reçus de sommes d'argent étant seuls passibles du droit gradué édicté par la loi du 15 juillet 1914;

Mais attendu que l'article 18 de la loi du 23 août 1871 a soumis au droit de timbre de dix centimes généralement tous les écrits, de quelque nature qu'ils soient, signés ou non signés, qui emportent libération, reçu ou décharge, du moment qu'ils constituent pour le débiteur une libération susceptible de remplacer la quittance;

Attendu, il est vrai, que l'article 4 de la loi du 30 mars 1872 a dispensé du timbre les récépissés d'effets de commerce envoyés pour être négociés, acceptés ou encaissés; mais que cette dispense doit être restreinte dans les limites expressément déterminées par la loi, qui n'a entendu viser que les reçus ne constituant pas de titres libératoires et ne saurait être étendue aux reçus constatant des paiements en chèques ou en effets de commerce *lesquels doivent être assimilés aux paiements en espèces*;

Attendu que l'article 28 de la loi du 15 juillet 1914, s'il a élevé le droit de timbre auquel sont soumis, en vertu de la loi de 1871, les titres emportant libération, reçu ou décharge de sommes, n'a en rien modifié les lois précitées de 1871 et de 1872, en ce qui concerne les accusés de réception de chèques remis en paiement de dettes;

Attendu qu'il est constant en fait que l'administration de l'enregistrement se borne à réclamer l'application du tarif gradué édicté par la loi de 1914 à cinq lettres datées des 31 juillet, 2 novembre, 13 novembre, 26 décembre 1917 et 18 février 1918, adressées de Paris par la Société anonyme d'éclairage et d'applications électriques à la Société des aciéries de France, à Autun, lesquelles lettres avaient été simplement revêtues d'un timbre de dix centimes;

. . . .

Attendu que ces lettres constituent de véritables titres emportant quittance et libération;

Qu'il importe peu qu'il ait été spécifié, dans ces accusés de réception, que le montant des chèques serait porté au compte de l'envoyeur après encaissement seulement, *tout chèque devant être garanti par une provision, de telle sorte que sa remise équivaut à un paiement en espèces, de même que son récépissé constitue un titre libératoire.*

. . . . »

L'arrêt de la Cour suprême ne vise que la loi du 15 juillet 1914, parce que les accusés de réception dont il s'agissait avaient été établis avant la loi du 25 juin 1920, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par les dates ci-dessus indiquées. Actuellement, c'est le droit gradué, établi par cette dernière loi qui est applicable.

L'enseignement qu'il faut retirer de l'arrêt ci-dessus est que sur tout accusé de réception de chèque doit être apposé un timbre de quittance gradué de 0 fr. 25 à 1 fr., suivant le montant de la somme porté au chèque; faute de ce faire on s'expose à être poursuivi et à payer des amendes et doubles droits.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ ΠΕΠΙΝ

REVUE GÉNÉRALE

RÉSULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ULCÈRES DE L'ESTOMAC ET DU DUODÉNUM[1]

Par M. Gustave G. MOPPERT,
Chirurgien-adjoint à la Clinique chirurgicale de Genève (2).

Introduction. — Le sondage de l'estomac n'est plus qualifié comme il y a quarante ans, de « génie de la thérapeutique contemporaine ». Unique traitement, à cette époque, des sténoses serrées du pylore, il a fait place à la gastro-entérostomie dont personne aujourd'hui ne s'aviserait de nier les bienfaits pour cette forme particulière d'ulcus. Mais les chirurgiens ne se sont pas contentés de traiter l'ulcère de l'estomac et du duodénum par une opération dérivatrice ; ils se sont attaqués à l'ulcère et l'ont réséqué. Ils ont été poussés vers cette opération — qui n'a pas la bénignité d'une gastro-entérostomie, même entre des mains expertes — par la crainte d'une dégénérescence de l'ulcère (de la petite courbure, en particulier) ou par la crainte de ne pouvoir obtenir sa cicatrisation. Les procédés opératoires se sont multipliés, mais l'on peut se demander si les résultats ont toujours répondu à ce qu'on attendait d'eux? Il est souvent difficile de comparer ou d'opposer les travaux des auteurs sur une question aussi délicate que celle des résultats opératoires, car chaque auteur a un coefficient d'appréciation qui lui est personnel. Et puis, il faut bien avouer que toutes les statistiques n'ont qu'une valeur passagère. Telle série opératoire qui paraît heureuse au moment de sa publication peut donner, dans la suite, de mauvais résultats.

Nous étudierons une série de cas, dont les suites opératoires ont été excellentes pendant un grand nombre d'années, mais qui se sont compliqués, plus tard, d'ulcères peptiques ou de récidives d'ulcères.

La littérature abonde en enseignements de ce genre. Certains chirurgiens, pressés de publier une technique nouvelle et oubliant que le recul du temps est toujours le meilleur juge des résultats d'une opération, ont défendu avec conviction des statistiques qui leur ont donné plus tard de graves mécomptes.

Méthodes d'examen. — Dans l'étude des résultats post-opératoires, deux sortes de renseignements interviennent qui sont de valeur inégale, mais qui demandent à ne pas être séparés : les renseignements subjectifs — ceux fournis par les malades — et les renseignements objectifs — ceux obtenus par le médecin, c'est-à-dire l'examen somatique, les recherches de laboratoire et le contrôle radiologique.

Colliger des questionnaires adressés aux malades est une méthode qui manque de sécurité. L'interrogatoire direct, complété par un examen physique, offre déjà plus de garanties, mais les seuls examens importants et sans lesquels il est impossible d'apprécier un résultat opératoire, c'est le chimisme gastrique, la radioscopie et la radiographie.

Dans la mesure du possible, nous avons fait ces examens directement avant et après l'opération, puis à des intervalles de temps qui ont varié de trois mois à dix ans après l'intervention. Dans les rares cas où ce contrôle direct n'a pas pu se faire, nous nous sommes contenté d'interpréter les réponses d'un questionnaire.

Voici, résumées dans leurs grandes lignes, nos épreuves de contrôle :

Chimisme gastrique : La veille, repas ordinaire avec six pruneaux; le matin, tubage à jeun, puis repas d'Ewald (60 gr. de pain rassis + 300 gr. de thé non sucré). Extraction du repas quarante-cinq minutes après. Cette épreuve nous donne des renseignements sur : le tubage à jeun (à l'état normal : 0), la quantité stomacale primitive (normale 75 à 150 cc), la présence de bile (à l'état normal, variable), l'acidité totale (normale : 1,8 à 2,3 p. 1000), l'acide chlorhydrique libre (normal : 0,5 à 0,9 p. 1000).

Radioscopie et radiographie : Examen du malade à jeun. Observation pendant l'ingestion de la soupe barytée (120 gr. de sulfate de baryum, + 300 gr. d'eau, + un édulcorant), deux heures, six heures, vingt-quatre heures après, puis une fois par jour jusqu'à évacuation complète du gros intestin. De toutes les données du transit, nous ne retenons que les plus caractéristiques : le tonus (hyper, ortho ou hypotonie), la couche intermédiaire, le péristaltisme (hyper, normo, hypo ou variable), l'antipéritaltisme (idem) et l'évacuation. Dans les cas d'anastomoses, nous contrôlons la prédominance du passage par l'une ou l'autre des voies.

Rappelons succinctement les caractéristiques du transit normal : le tonus prend les trois formes que nous avons indiquées, la couche intermédiaire, par contre, fait défaut; le péristaltisme présente des ondes moyennes (normo), parfois des ondes à peine apparentes (hypo). Le pylore, mobile dans tous les sens, ne dépasse pas ou dépasse légèrement la ligne médiane. La palpation n'est pas douloureuse. L'estomac évacue son baryum entre deux et six heures (le baryum s'évacue plus rapidement que le bismuth, il a souvent quitté l'estomac à la troisième heure; mais, dans la pratique, on ne tient pas compte de ces petites différences et l'on ne prend en considération que l'état d'évacuation à la sixième heure). Le diagnostic d'ulcus se base sur l'appréciation des signes de probabilité et de certitude (voir Congrès français de médecine 1922, rapport de Saloz, Cramer et Moppert).

La plaque radiographique est nécessaire, elle précise certains détails qui ont pu échapper au transit ou met en évidence certaines images pathognomoniques. Une seule plaque « debout » suffit lorsqu'elle permet d'affirmer le diagnostic. En cas de doute, la plaque « couché sur le ventre » et la plaque « côté droit » sont indispensables.

Classification des résultats opératoires. — Nous avons nettement séparé les ulcus en deux parties, ceux du groupe pylorique et ceux de la petite courbure. Au groupe pylorique, nous avons rattaché l'ulcus pylorique, l'ulcus parapylorique et l'ulcus duodénal.

Cette séparation ne nous a pas été dictée par la symptomatologie qui n'est pas aussi distincte qu'on

(1) Nous avons utilisé partie des documents du travail suivant. Gustave G. Moppert. *Résultats immédiats et éloignés du traitement chirurgical des ulcères de la petite courbure de l'estomac.* (Travail couronné par la Société de chirurgie de Paris, Prix Demarquay 1922.)

(2) Travail de la Clinique chirurgicale de Genève (professeurs Girard et Kummer, docteur Dunant).

a bien voulu le dire. Si dans leurs grandes lignes, les syndromes petite courbure, pylorique et duodénal existent, ils se confondent parfois dans beaucoup de petits détails. Nous avons distingué ces deux groupes pour une seule raison, c'est qu'au point de vue des résultats post-opératoires, ils ne peuvent pas être confondus : le spasme pylorique qui intervient dans les deux cas et continue souvent son action après l'opération, prolonge ses effets plus longtemps dans le groupe pylorique que dans le groupe petite courbure.

Nous avons suivi la même classification pour les deux séries en tenant compte naturellement des modifications imposées par la topographie même de la lésion. Pour la commodité des descriptions, discussions et conclusions, nous avons réuni les opérations communes aux deux types d'ulcères.

Nous classons nos résultats, pour l'appréciation desquels nous avons tenu compte à la fois des renseignements subjectifs et objectifs, en : très bon, amélioré et mauvais.

Voici le plan général du travail :

I. Enfouissement de l'ulcère.
- *A*. Ulcères du groupe pylorique.
- *B*. Ulcères de la petite courbure.

II. Anastomoses de dérivation.
- A. *Ulcères du groupe pylorique.*
  - *a*. Sans opération sur le pylore.
    - 1. G.-E. postérieure simple (1).
    - 2. G.-E. postérieure au bouton.
  - *b*. Avec exclusion pylorique sans division de l'estomac.
    - 1. G.-E. postérieure simple.
    - 2. G.-E. postérieure au bouton.
  - *c*. Exclusion pylorique d'après Doyen-Eiselsberg.
    - 1. G.-E. postérieure simple.
    - 2. Opération de Reichel-Polya-Perthes (2).
- B. *Ulcères de la petite courbure.*
  - *a*. Sans opération sur le pylore.
    - 1. G.-E. postérieure simple.
    - 2. G.-E. postérieure au bouton.
    - 3. Gastro-gastrostomie.
  - *b*. Exclusion pylorique d'après Doyen-Eiselsberg.
    - 1. G.-E. postérieure simple.
    - 2. Opération de Reichel-Polya-Perthes.

III. Résection.
- A. *Ulcères du groupe pylorique.*
  - *a*. Résection du pylore.
    - 1. Opération de Billroth II.
    - 2. Opération de Kocher.
    - 3. Opération de Reichel-Polya-Perthes.
- B. *Ulcères de la petite courbure.*
  - *a*. Résection de l'ulcère.
    - 1. Opération de Riedel (3).
    - 2. Opération dite de Péan-Billroth I (4).
  - *b*. Résection de l'ulcère avec exclusion pylorique d'après Doyen-Eiselsberg.
    - 1. G.-E. postérieure simple.
    - 2. Opération de Reichel-Polya-Perthes.
  - *c*. Résection de l'ulcère avec résection du pylore.
    - 1. Opération de Billroth II.
    - 2. Opération de Reichel-Polya-Perthes.
    - 3. Opération de Kocher.

IV. Excisions.
- B. *Ulcères de la petite courbure.*
  - 1. Excision cunéiforme de l'ulcère.

Notre travail est basé sur les observations de cent vingt et un malades. Nous étudions, dans une première série, l'enfouissement simple de l'ulcère, puis, dans une seconde série, les anastomoses de dérivation : c'est le chapitre le plus important que nous avons dû subdiviser en plusieurs sous-chapitres dans lesquels nous avons tenu compte des modifications apportées au pylore par l'opération. Nous verrons que les résultats sont grandement influencés par ces petites opérations complémentaires qui n'ont pas toutes répondu à ce qu'on attendait d'elles.

Nous traitons ensuite l'excision et la résection.

Chaque chapitre est accompagné d'une discussion suivie de conclusions.

Dans nos conclusions générales, enfin, nous résumons dans leurs grandes lignes, les modifications de forme et de fonctions créées par la maladie, puis celles nouvelles créées par l'opération.

I. Enfouissement de l'ulcère. — *A*. Ulcères du groupe pylorique (3 malades). — Le premier malade (ulcère parapylorique) se porte bien pendant les quatre années qui suivent sa perforation; puis, subitement, les crises douloureuses réapparaissent, accompagnées de melaena. Cinq ans après l'enfouissement, il présente les signes chimiques et radiologiques d'un ulcus du duodénum : hyperacidité, hypersécrétion, hyperpéristaltisme et hyperévacuation. Il est alors réopéré. Une division de l'estomac d'après Doyen-Eiselsberg avec anastomose d'après Reichel-Polya-Perthes ne met pas fin aux accidents; il fait un ulcère peptique que l'on traite par une gastro-entérostomie antérieure. Amélioration passagère, puis reprise des douleurs. Au cours d'une quatrième intervention, opération de Braun (jéjuno-jéjunostomie) et résection du pylore. Depuis, l'état reste satisfaisant. (L'état précaire du malade n'a jamais permis une résection de l'ulcère peptique.)

Le deuxième malade (ulcère du duodénum) présente un état satisfaisant jusqu'au vingt-sixième mois après sa perforation, puis des phénomènes de sténose pylorique apparaissent (vomissements multiquotidiens). Au vingt-huitième mois, le malade a de la rétention à jeun (146 cc), une quantité stomacale primitive élevée, une évacuation retardée (6-24 h.). L'acidité est basse, diluée qu'elle est par la rétention. L'estomac est dilaté et ptosé, l'hyperpéristaltisme intense indique la fermeture du pylore. Le malade est réopéré, mais meurt plusieurs mois après de tuberculose pulmonaire.

Le troisième malade (ulcère du pylore) présente à sa sortie de l'hôpital, une acidité totale et chlorhydrique élevée. Quatre ans après, il nous donne de ses nouvelles par lettre; il se déclare bien portant, mais ne quitte pas son régime.

B. Ulcères du groupe petite courbure (1 malade). — Directement après l'opération, le tubage à jeun et

(1) Nous indiquons, sous le terme de gastro-entérostomie postérieure simple, l'anastomose d'après Hacker-Petersen, c'est-à-dire gastro-entérostomie postérieure, transmésocolique, à anse courte.

(2) Opération de Reichel-Polya-Perthes : implantation transmésocolique de la tranche gastrique (totale ou partielle) sur le jéjunum.

(3) Résection transversale d'une tranche gastrique, puis anastomose termino-terminale des deux segments de l'estomac.

(4) Nous expliquons plus loin pourquoi nous l'avons appelée « dite de Péan-Billroth I ».

la couche intermédiaire montrent une sécrétion très abondante. Les deux acidités sont basses. Le péristaltisme est normal; le tonus excellent, et l'évacuation normale. L'image diverticulaire est apparente, elle est douloureuse au palper. Malade gastro-entérostomisé quelques semaines après sa perforation.

Discussion. — Dans vingt-deux cas, *Mayo* a simplement enfoui l'ulcère perforé; tous ses malades guérirent à l'exception d'un qui fut gastro-entérostomisé. Cet auteur prétend qu'une perforation met en général fin à l'évolution de l'ulcère. *Lewisohn* a publié un cas de perforation traité par enfouissement et qui fit une seconde perforation quelque temps après. Tuffier a montré à la Société de chirurgie (1921) une malade opérée dix-huit ans auparavant pour une perforation de la petite courbure, traitée par un simple enfouissement. La malade était guérie. Une exploration de l'estomac au cours d'une réfection de la paroi éventrée, n'avait montré aucun signe d'ulcère. Des renseignements sur le chimisme et le transit manquaient, malheureusement.

L'enfouissement d'un ulcère perforé du groupe pylorique crée nécessairement un certain degré de sténose qui excite ou favorise le spasme pylorique.

Les conséquences possibles d'un simple enfouissement sont donc l'hyperacidité ou la sténose, complications survenues chez deux de nos malades.

Les auteurs ont récemment discuté l'opportunité d'une gastro-entérostomie immédiate après suture de la perforation. Quelques chirurgiens hardis ont apporté dans la discussion les résultats remarquables d'une résection pylorique — y compris l'ulcère — faite d'emblée.

Il est impossible d'imposer une règle au chirurgien qui opère dans les mauvaises conditions d'une perforation, où parfois seules les minutes comptent; c'est à l'opérateur d'évaluer la résistance de son malade et de décider si l'opération doit être faite en un ou deux temps. La question d'une résection pylorique faite d'emblée est beaucoup plus délicate. De nombreux arguments la combattent : milieu septique, prolongation d'une opération qui doit être aussi courte que possible, etc. En somme, c'est une opération qui ne s'impose pas et fait courir inutilement de gros risques au malade.

Conclusions. — Dans l'ulcère perforé du groupe pylorique, la gastro-entérostomie dérivatrice est nécessaire, immédiatement ou à brève échéance. Dans l'ulcère perforé de la petite courbure, l'anastomose n'est pas indispensable, à condition de pouvoir surveiller son malade régulièrement dans les mois ou les années qui suivent et de réintervenir en cas de troubles du chimisme ou du transit.

La résection d'emblée du pylore dans un cas d'ulcus perforé de cette région ne s'accorde guère avec les règles de la chirurgie abdominale.

II. **Anastomoses de dérivation.** — A. Ulcères du groupe pylorique. — Pour mieux étudier les résultats des opérations dérivatrices, nous avons classé ces dernières en trois groupes, en nous basant sur l'état du pylore. Dans un premier groupe, nous étudions la gastro-entérostomie qui ne s'accompagne d'aucune intervention sur le pylore. Dans un second groupe, nous étudions l'influence d'une exclusion pylorique qui ne divise pas — opératoirement parlant — les deux segments pylorique et stomacal. Dans un troisième groupe, enfin, nous étudions les conséquences d'une division complète de l'estomac sur l'évolution de la gastro-entérostomie.

a. *Sans opération sur le pylore.* — 1. Gastro-entérostomie postérieure simple (16 malades) :

	Avant opération					Après opération				
Tubage à jeun (1)	11 %+					64 %+				
Q. s. p.	257 cc.					193 cc.				
Bile	0 %+					31 %+				
Couche intermédiaire	89 %+					68 %+				
Acidité totale	2,5 ‰					1,73 ‰				
HCl libre	1,38 ‰					0,88 ‰				
Péristaltisme	variable					variable				
Tonicité	hyper 27 %	ortho 18 %	hypo 55 %			hyper 55 %	ortho 17 %	hypo 28 %		
Evacuation	h. 0—2 17 %	2—6 33 %	6—24 33 %	24—48 17 %	48—? 0 %	0—2 0 %	2—6 33 %	6—24 58 %	24—48 9 %	48—? 0 %
Evacuation (à partir 6e mois)						10 %	50 %	30 %	0 %	10 %

	py—; g.-e.++	py+; g.-e.++	py+; g.-e.+	py++; g.-e.+	py++; g.-e.—
Mode d'évacuation de la G.-E.	0 %	43 %	33 %	19 %	5 %

	très bon	amélioration	mauvais
Résultats	57 %	36 %	7 %

Après opération, le tubage à jeun est positif dans le 64 p. 100, la couche intermédiaire positive dans le 68 p. 100 des cas. Ces deux épreuves qui démontrent l'existence d'une sécrétion exagérée sont concordantes. La q. s. p. est encore élevée, par rapport à la normale, mais légèrement abaissée, par rapport à la q. s. p. d'avant l'opération.

La bile est positive dans le 31 p. 100 des cas, alors qu'elle était complètement absente auparavant.

La moyenne de l'acidité totale et chlorhydrique est normale.

La tonicité est également en progrès. Même en tenant compte des cas mauvais et améliorés, la proportion des estomacs hypertoniques est de 55 p. 100, chiffre qui était celui des estomacs hypotoniques avant l'opération.

Le péristaltisme est encore variable.

L'évacuation gastrique, dans les cinq premiers mois, présente un retard par rapport aux chiffres d'avant l'opération. A partir du sixième mois, l'évacuation est meilleure; elle présente encore un 30 p. 100 d'évacuations retardées, chiffre qui correspond aux cas améliorés, puis un 10 p. 100 d'évacuations très retardées qui concerne un mauvais cas.

Dans cette série, l'évacuation utilise toujours la voie pylorique, mais à des degrés divers. Les deux gros pourcentages appartiennent à l'évacuation qui se fait à égalité par le pylore et la gastro-entérostomie, puis à celle où la gastro-entérostomie est prédo-

(1) Nous donnons dans ces tableaux les résultats en pour-cents ou en moyennes.

minante. Les très bons résultats rentrent dans ces deux catégories. Le 7 p. 100 de mauvais cas correspond à un ulcère peptique.

2. *Gastro-entérostomie postérieure au bouton* (2 malades). — Les deux cas sont « améliorés ». L'un conserve dix ans après une très forte acidité (acidité totale 3,36 ; Hcl. libre 2,77) ; l'autre, sept ans après, a une acidité totale basse (1,16) et de l'anachlorhydrie (0). Evacuation retardée (entre six et vingt-quatre heures), mauvais tonus (hypo) chez les deux. La gastro-entérostomie du premier s'est oblitérée. Les symptômes subjectifs sont nuls.

b. *Exclusion pylorique sans division de l'estomac.* — Nous faisons rentrer dans cette catégorie la plicature prépylorique de Mayo, la ligature massive du pylore au cat-gut, à la soie ou à l'aide d'une bandelette aponévrotique, la plicature de la sous-muqueuse après incision de la séreuse (Girard).

1. *Gastro-entérostomie postérieure simple* (29 malades) :

	AVANT OPÉRATION					APRÈS OPÉRATION				
Tubage à jeun	17 % +					50 % +				
Q. s. p	239 cc.					185 cc.				
Bile	17 % +					45 % +				
Couche intermédiaire	83 % +					55 % +				
Acidité totale	2,76 ‰					2,23 ‰				
HCl libre	1,68 ‰					1,65 ‰				
Péristaltisme	variable					variable				
Tonicité	hyper	ortho	hypo			hyper	ortho	hypo		
	14 %	43 %	43 %			63 %	17 %	20 %		
Evacuation	h. 0—2	2—6	6—24	24—48	48—?	0—2	2—6	6—24	24—48	48—?
	25 %	25 %	37,5 %	0 %	12,5 %	9 %	46 %	36 %	9 %	0 %
Evacuation (à partir 6e mois)						20 %	48 %	28 %	4 %	0 %
Mode d'évacuation	py—; g.-e.++	py+; g.-e.++	py+; g.-e.+	py++; g.-e.+	py++; g.-e.—					
	22 %	47 %	19 %	6 %	6 %					
Résultats	très bon	amélioration	mauvais							
	25 %	33 %	42 %							

Le tubage à jeun et la couche intermédiaire sont positifs dans le 50 et le 55 p. 100 des cas après l'opération.

La moyenne de la q. s. p. est abaissée, mais elle reste encore au-dessus de la normale.

La bile est positive dans le 45 p. 100 des cas.

Les moyennes d'acidité ne sont pas aussi bonnes que celles du tableau précédent. L'acidité totale est normale ; par contre, l'Hcl. libre reste élevé, il est à peu près ce qu'il était avant l'opération. Tous les mauvais résultats ont une acidité totale et chlorhydrique très élevée.

La tonicité est bonne. L'hypotonicité correspond aux mauvais cas ou aux cas améliorés.

Le péristaltisme est très variable.

Dans les cinq premiers mois qui suivent l'opération, l'évacuation est déjà très satisfaisante, elle s'améliore encore après les six premiers mois. Un gros retard au dix-neuvième mois concerne un ulcère peptique. L'évacuation par le pylore fait défaut dans le 22 p. 100, la prédominance de la gastro-entérostomie existe dans le 47 p. 100 et l'évacuation utilise les deux voies dans le 19 p. 100 des cas.

Les dix mauvais cas (42 p. 100) se répartissent ainsi : 5 hémorragies (hématémèses ou melaena), 4 ulcères peptiques, 1 douleurs persistantes.

Il existe un contraste frappant entre le mode d'évacuation et les résultats.

D'une manière générale, l'opération complémentaire du pylore a troublé complètement le mode d'évacuation, si bien que les règles assez précises, qui régissent le passage par la voie pylorique et la voie gastro-entérostomie et qui coïncident, en général, avec la durée d'évacuation et les résultats post-opératoires, ne peuvent pas être utilisées ici pour la discussion.

2. *Gastro-entérostomie postérieure au bouton* (5 malades). La gastro-entérostomie au bouton, qui, d'habitude, se caractérise par un retard d'évacuation, donne au contraire, dans cette série, de très bons résultats, à l'exception d'un cas qui ne s'évacue qu'entre vingt-quatre et quarante-huit heures. L'acidité totale est normale (2,24 p. 1000), l'acide chlorhydrique libre reste élevé (1,39 p. 1000), sa moyenne est supérieure à celle d'avant l'opération.

La gastro-entérostomie s'est spontanément oblitérée dans un cas qui a été réopéré.

A l'exception du gros retard d'évacuation qui coïncide avec une prédominance de la voie pylorique sur la voie gastro-entérostomie et à l'exception de la gastro-entérostomie oblitérée, le 60 p. 100 des évacuations se fait avec la formule *py* + ; gastro-entérostomie ++, c'est-à-dire une fonction pylorique modérée, une fonction gastro-entérostomie principale. Les résultats donnent 20 p. 100 de très bons résultats et 80 p. 100 d'améliorations.

c. *Exclusion pylorique d'après Doyen-Eiselsberg.* — 1. *Gastro-entérostomie postérieure simple* (7 malades) :

	AVANT OPÉRATION					APRÈS OPÉRATION				
Tubage à jeun	83 % +					33 % +				
Q. s. p	221 cc.					189 cc.				
Bile	33 % +					10 % +				
Couche intermédiaire	40 % +					18 % +				
Acidité totale	2,22 ‰					2,02 ‰				
HCl libre	1,30 ‰					1,06 ‰				
Péristaltisme	variable					variable				
Tonicité	hyper	ortho	hypo			hyper	ortho	hypo		
	33 %	17 %	50 %			82 %	9 %	9 %		
Evacuation	h. 0—2	2—6	6—24	24—48	48—?	0—2	2—6	6—24	24—48	48—?
	33 %	50 %	17 %			45 %	55 %			
Résultats	très bon	amélioration	mauvais							
	14 %	14 %	72 %							

Dans cette série, la sécrétion gastrique diminue, la q. s. p. s'améliore, l'acidité totale est normale, l'Hcl. libre n'est que légèrement élevé, l'évacuation est excellente, le tonus est en progrès.

Malgré cela, les résultats sont déplorables. Sur sept opérations, cinq mauvais résultats avec un ulcère peptique et quatre hémorragies qui se sont plusieurs fois renouvelées. Quelle est la cause de ces complications? Les auteurs reconnaissent que l'exclusion favorise l'apparition de l'ulcère peptique, sans d'ailleurs fournir sur ce sujet d'explications satisfaisantes. Il est une circonstance qui explique un pourcentage aussi élevé de mauvais résultats, ce sont ces ulcères qui ont continué de saigner. Ils ont saigné après une gastro-entérostomie ; ils ont saigné après l'exclusion du pylore, preuve de l'inutilité de cette dernière opération en pareil cas.

2. *Opération de Reichel-Polya-Perthes* (10 malades) :

	AVANT OPÉRATION			APRÈS OPÉRATION		
Tubage à jeun	50 % +			42 % +		
Q. s. p	180 cc.			168 cc.		
Bile	10 % +			31 % +		
Couche intermédiaire	70 % +			62 % +		
Acidité totale	2,25 ‰			1,68 ‰		
HCl libre	1,38 ‰			0,88 ‰		
Péristaltisme	variable			variable		
Tonicité	hyper	ortho	hypo	hyper	ortho	hypo
	37,5 %	25 %	37,5 %	77 %	8 %	15 %
Evacuation	h. 0—2	2—6	6—24	0—2	2—6	6—24
	30 %	20 %	50 %	36 %	43 %	21 %
Résultats	très bon		amélioration		mauvais	
	86 %		0 %		14 %	

Comme dans la série précédente, amélioration générale, après opération, de la sécrétion, de la q. s. p. et de la tonicité. Les deux acidités sont normales. L'évacuation est satisfaisante.

A l'exception d'un mauvais cas qui est une récidive d'ulcère peptique, tous les autres se classent parmi les très bons résultats.

B. ULCÈRES DE LA PETITE COURBURE. — a. *Sans opération sur le pylore.* — 1. *Gastro-entérostomie postérieure simple* (19 malades) :

	AVANT OPÉRATION					APRÈS OPÉRATION				
Tubage à jeun	58 % +					48 % +				
Q. s. p	153 cc.					171 cc.				
Bile	14 % +					46 % +				
Couche intermédiaire	78 % +					50 % +				
Acidité totale	2,25 ‰					1,34 ‰				
HCl libre	1,41 ‰					0,56 ‰				
Péristaltisme	variable					variable				
Tonicité	hyper	ortho	hypo			hyper	ortho	hypo		
	50 %	28 %	22 %			21 %	36 %	43 %		
Evacuation	h. 0—2	2—6	6—24	24—48	48—?	0—2	2—6	6—24	24—48	48—?
	0 %	37 %	47 %	5 %	11 %	6 %	44 %	33 %	17 %	0 %
Evacuation (à partir 6e mois)						27 %	53 %	20 %	0 %	0 %
Mode d'évacuation	py—; g.-e.++	py+; g.-e.++	py+; g.-e.+	py++; g.-e.+	py++; g.-e.—					
	18 %	12 %	43 %	21 %	6 %					
Résultats	très bon		amélioration		mauvais					
	69 %		12 %		19 %					

Le tubage et la couche intermédiaire qui marquent le degré de sécrétion gastrique sont en diminution.

La q. s. p. est, par contre, augmentée, mais elle est influencée par de très gros chiffres qui proviennent de quelques mauvais cas ou d'épreuves faites directement après l'opération.

La bile est augmentée; sa proportion passe de 14 p. 100 à 46 p. 100.

L'acidité totale et chlorhydrique est devenue normale, l'Hcl. libre, en particulier, présente un chiffre très bas par rapport à la moyenne antérieure.

Le tonus est également amélioré. Il persiste cependant un 21 p. 100 d'hypotonicité qui coïncide quelquefois avec de bons résultats. Le péristaltisme, d'une manière générale, est meilleur : l'hyperpéristaltisme et l'hypopéristaltisme ont fait place à un péritaltisme plus régulier.

L'évacuation donne des résultats très satisfaisants. Avant l'opération, la proportion des retards est relativement forte. Dans les cinq premiers mois qui suivent l'intervention, l'amélioration est déjà très sensible. Mais, à partir du sixième mois, les résultats sont encore meilleurs. Les gros retards ont disparu, la proportion des évacuations dans les six premières heures est de 80 p. 100. Il persiste encore un 20 p. 100 d'évacuation retardée qui concerne les mauvais cas ou des cas examinés très tôt après l'opération.

Le mode d'évacuation est particulièrement intéressant à considérer. La gastro-entérostomie, source d'évacuation unique ou source d'évacuation principale, constitue le meilleur mode d'évacuation, car elle laisse au repos le pylore. On peut faire rentrer dans cette catégorie le fonctionnement à égalité entre le pylore et la gastro-entérostomie. Tous nos « très bons résultats » rentrent dans ces trois catégories. Mais, dès que la fonction pylorique devient prépondérante, le résultat laisse à désirer. Ce même résultat devient franchement mauvais dès que la fonction de la gastro-entérostomie est abolie.

Les cas améliorés concernent l'un un léger circulus; l'autre, une réapparition passagère des phénomènes douloureux.

Les cas mauvais se rapportent à un malade avec une dysfonction de la gastro-entérostomie reconnue

très tôt après l'opération et réopéré, puis à deux malades avec persistance des troubles par extension de l'ulcère. Ces deux derniers cas présentent un retard d'évacuation assez important (six à vingt-quatre heures) et une acidité totale et chlorhydrique qui dépasse celle d'avant l'opération (acidité totale 3,13; 2,50; Hcl. 2,77; 1,82).

Avec un perfectionnement de la technique — nous verrons plus loin que la largeur de la bouche anastomotique joue un rôle important dans les troubles post-opératoires — le pourcentage des très bons résultats pourrait encore s'améliorer.

2. *Gastro-entérostomie postérieure au bouton* (2 malades). — Quatre ans après l'opération, les deux malades n'évacuent leur estomac qu'entre six et vingt-quatre heures. Cette lenteur d'évacuation retentit aussitôt sur le tonus (hypotonus). Le mode d'évacuation se fait d'après *py* ++, gastro-entérostomie +, c'est-à-dire voie pylorique prédominante, voie gastro-entérostomie secondaire. Les deux malades sont « améliorés ». Tous ces résultats sont en relation avec l'étroitesse d'une bouche faite au bouton.

3. *Gastro-gastrostomie* (2 malades). — Les résultats sont bons au point de vue du tonus, de la q. s. p. et des deux acidités, mauvais au point de vue de l'évacuation. L'un vide son estomac entre six et 24 heures; l'autre, entre vingt-quatre et quarante-huit heures. Dans leur ensemble, les cas sont « améliorés ».

La gastro-gastrostomie n'est qu'une opération palliative qui conserve intacte la fonction pylorique avec tous ses désordres réflexes.

b. *Exclusion pylorique d'après Doyen-Eiselberg* (1). — 1. *Gastro-entérostomie postérieure simple* (1 malade).

2. *Opération de Reichel-Polya-Perthes* (1 malade). — « Très bons résultats » quatre ans après l'opération. Le chimisme manque malheureusement, mais la radiologie montre, dans chaque cas, un estomac amélioré dans son tonus, s'évacuant dans les deux heures. Cette évacuation rapide n'apporte aucun trouble dans la digestion des aliments. Le cas opéré par gastro-entérostomie présente cependant une couche intermédiaire qui fait défaut dans le cas opéré par implantation large de l'estomac dans le jéjunum.

Discussion. — Nous allons reprendre dans la discussion les éléments du chimisme et du transit et montrer leur variation suivant la technique opératoire appliquée.

Tubage à jeun. — Avant l'opération, le tubage est positif dans une proportion qui varie de 11 à 83 p. 100. Après l'opération, la variation n'est que de 33 à 64 p. 100. Dans les ulcères du groupe pylorique, le pourcentage augmente d'une façon très sensible dans la gastro-entérostomie faite sans intervention sur le pylore et la gastro-entérostomie avec exclusion incomplète; il diminue, par contre, dans la gastro-entérostomie et l'opération de Reichel avec exclusion complète du pylore.

Dans l'ulcère de la petite courbure, il diminue; il disparaît même complètement dans les cas à évacuation normale.

D'une manière générale, dans les premiers mois qui suivent l'opération, la sécrétion gastrique est augmentée, mais elle s'atténue par la suite.

Q. s. p. — Dans les deux groupes d'ulcères, les moyennes baissent après toutes les opérations, mais elles restent élevées par rapport au chiffre normal. La gastro-entérostomie influence la q. s. p. d'une façon favorable.

Il est fréquent d'observer directement après l'intervention de gros chiffres de q. s. p. qui disparaissent peu à peu. C'est une constatation d'ordre général qui se fait à propos de tous les résultats post-opératoires.

Dans les semaines ou les mois qui suivent l'intervention, il existe une perturbation dans le fonctionnement de l'estomac, comme si ce dernier ne s'habituait que peu à peu à son nouveau mode d'évacuation. Cette perturbation se traduit par une exagération de sa sécrétion gastrique, une augmentation de la q. s. p. et un retard d'évacuation. Avec le temps et pour les cas qui évoluent normalement, tous ces phénomènes s'atténuent.

Bile. — Avant l'opération, la proportion de la bile varie de 0 à 33 p. 100; après l'opération, la proportion oscille entre 10 et 46 p. 100.

Udaondo, dans ses recherches sur le reflux biliaire — avant l'opération — trouve 84 p. 100 de bile dans l'ulcère de la première portion du duodénum, 66 p. 100 dans celui de la deuxième portion, 75 p. 100 dans l'ulcère du pylore et 12 p. 100 dans l'ulcère de la petite courbure.

Nous avons déjà signalé (1) cette fréquence d'un reflux biliaire spontané très abondant, observé sous certaines conditions, mais à l'aide d'une méthode spéciale, car les chimismes habituels ne donnent pas des quantités aussi élevées de bile, mis à part ceux de la petite courbure dont les chiffres correspondent aux chiffres de Udaondo.

Si l'on examine nos résultats, on constate qu'à une exception près, le pourcentage de bile augmente après l'opération, mais sans jamais dépasser le chiffre de 46 p. 100.

La question d'un reflux biliaire dans l'estomac à travers la gastro-entérostomie a été souvent discutée. La bile alcalinise le milieu acide de l'estomac et diminue par conséquent son acidité. Les auteurs ont essayé d'expliquer les résultats favorables de la gastro-entérostomie par le reflux de bile qu'elle provoque. La « pharmacie interne » de Roux a fait fortune. *Meunier, Léon* soutiennent les mêmes idées. *Tuffier* dit trouver toujours de la bile chez ses gastro-entérostomisés.

Il est certain que la bile a une action bienfaisante sur le liquide trop acide de l'estomac, mais il faut se garder de lui attribuer une part trop importante dans la guérison de l'ulcère.

Couche intermédiaire. — La couche intermédiaire est au transit ce que le tubage à jeun est au chimisme : elle exprime l'exagération de la sécrétion gastrique. Il est facile de la mettre en évidence sous l'écran; elle donne moins d'erreurs que le tubage. Théoriquement, sa proportion devrait être supérieure à celle des tubages. En réalité, ces chiffres coïncident. A quelques exceptions et à quelques unités près, les chiffres sont les mêmes. Cette remarque s'entend pour la période post-opératoire, les chiffres d'avant l'opération n'étant guère comparables.

Dans les ulcères du groupe pylorique, après les différentes gastro-entérostomies, la proportion de couches intermédiaires positives varie de 50 à 68 p. 100 à l'exception de la gastro-entérostomie suivie d'exclusion totale qni donne le chiffre de 18 p. 100.

(1) L'ulcère, étant bas placé, a été « exclu », c'est-à-dire enfoui dans la poche prépylorique.

(1) Gustave G. Moppert. Repérages radioscopiques du pylore, etc., *Presse méd.*, 25 mai 1921.

Dans l'ulcère de la petite courbure, la couche intermédiaire persiste dans le 50 p. 100 des cas.

Si l'on compare ces chiffres à ceux d'avant l'opération, on peut dire, d'une manière générale, que la gastro-entérostomie agit favorablement sur l'hypersécrétion gastrique qui diminue, sans toutefois disparaître complètement.

Acidité totale et acide chlorhydrique libre. — Qu'il s'agisse d'un ulcère du groupe pylorique ou d'un ulcère de la petite courbure, la gastro-entérostomie a pour effet immédiat de diminuer l'acidité totale et chlorhydrique. Toutes les moyennes d'avant l'opération sont en effet abaissées pour les deux acidités. Mais tandis que les moyennes de l'acidité totale deviennent normales, celles de l'HCl. libre ne le deviennent qu'en partie seulement et restent élevées avec la gastro-entérostomie ÷ exclusion du pylore sans division gastrique et la gastro-entérostomie avec exclusion pylorique complète. La plus forte moyenne (1,65) appartient à la première de ces deux opérations.

Ces chiffres mettent en évidence le rôle de la gastro-entérostomie qui, par son drainage, diminue d'une façon sensible l'acidité. Cette diminution est immédiate, mais elle se poursuit encore dans les mois qui suivent l'opération. L'abaissement de l'acidité marche de pair avec la sédation des symptômes; elle indique un processus qui évolue vers la guérison.

Un pourcentage d'acidité, par contre, qui reste élevé ou qui augmente, indique la persistance ou la récidive du processus ulcéreux.

Plusieurs malades avec un « résultat mauvais » ont subi des examens à des moments divers de la période post-opératoire et montrent d'une façon très nette l'accroissement régulier de l'acidité. Tel ce malade qui, en quinze mois, transforme son acidité totale de 2,62 à 4,50 et son HCl. libre de 2,04 à 3,13 et qui continue de saigner.

Plusieurs malades présentent une anachlorhydrie qui persiste quelquefois très longtemps. Cette absence d'HCl. libre ne s'accompagne d'aucun trouble digestif, elle coïncide, dans la plupart des cas, avec d'excellents résultats.

Dans 20 cas, *Bettmann* contrôle le chimisme gastrique après l'opération et trouve que l'hyperchlorhydrie subsiste dans le 50 p. 100 des cas.

Albrecht, en examinant 20 malades constate 5 fois de l'hyperacidité, 5 fois une acidité normale, 2 fois une hypoacidité et 8 fois une anacidité.

Janu admet que dans le tiers des cas, la gastro-entérostomie n'a pas d'influence sur le chimisme.

En résumé, l'acidité totale et l'acide chlorhydrique libre diminuent d'une façon constante après la gastro-entérostomie. Les chiffres encore un peu élevés directement après l'opération ont tendance à diminuer dans les cas qui évoluent vers la guérison. Par contre, toute hyperacidité persistante ou nouvelle doit éveiller l'idée d'un processus ulcéreux ancien ou nouveau.

Dans les anastomoses au bouton, les chiffres restent élevés après l'opération, car le vidage de l'estomac se fait moins facilement, d'où retard de l'évacuation.

Tonicité gastrique. — L'amélioration du tonus, pour chaque groupe, est constante. L'hypotonicité qui est très fréquente avant l'opération fait place à l'hypertonicité. Cette accentuation vers le type hyper est beaucoup plus marquée après la gastro-entérostomie avec exclusion pylorique complète.

Les anastomoses au bouton donnent, en général un pourcentage élevé d'hypotonicité, en relation étroite avec un retard de l'évacuation. Quelques estomacs conservent pendant un certain temps un type hypotonique qui ne s'accompagne d'aucun trouble. Il s'agit là d'estomacs très ptosés qui ont beaucoup de peine à transformer leur tonus. Il est cependant facile de constater aux rayons X un relèvement de la grande courbure de plusieurs centimètres, amélioration qui s'est faite sous l'influence directe de la gastro-entérostomie.

Péristaltisme. — Le spasme pylorique modifie le type du normo-péristaltisme et le transforme en hyper ou hypopéristaltisme. L'hyperpéristaltisme traduit la réaction d'un estomac vigoureux qui lutte contre le spasme pylorique en augmentant le nombre, la force, la profondeur de ses contractions, tandis que l'hypopéristaltisme donne la preuve d'un estomac fatigué qui ne peut plus réagir vis-à-vis du spasme.

Avant l'opération, les trois types du péristaltisme sont visibles et se succèdent parfois chez le même malade, indiquant par là les phases de réaction et de fatigue par lesquelles passe l'estomac.

Après une gastro-entérostomie, l'estomac, théoriquement, devrait être débarrassé de son spasme. L'estomac, entré dans une phase de repos, ne devrait montrer, à l'écran, que des contractions égales, espacées, peu profondes, type d'un péristaltisme normal.

En réalité, il n'en est pas toujours ainsi. Les effets du spasme persistent souvent, quoique atténués. Cette persistance est particulièrement fréquente dans le groupe pylorique, où l'ulcère avoisine le sphincter.

Evacuation. — Dans les ulcères du groupe pylorique, la gastro-entérostomie, faite sans intervention sur le pylore ou avec exclusion incomplète de ce dernier, supprime d'emblée les gros retards d'évacuation et atténue les évacuations précipitées. A partir du sixième mois, le 70 p. 100 des évacuations se fait dans les six premières heures. Les retards concernent alors des cas améliorés ou des mauvais cas.

Les mêmes constatations se font dans l'ulcère de la petite courbure, où l'évacuation de zéro à six heures comprend, dans les cinq premiers mois, le 50 p. 100 et à partir du sixième mois, le 80 p. 100 des cas. Dès le sixième mois, toutes les évacuations au delà de la sixième heure appartiennent à des cas mauvais ou améliorés.

Dans le groupe pylorique avec exclusion totale du pylore, l'évacuation est d'emblée meilleure. Avec la gastro-entérostomie, l'évacuation est complète entre zéro et six heures; avec l'opération de Reichel-Polya-Perthes, il persiste un 21 p. 100 d'évacuations retardées, mais ce 21 p. 100 appartient à des examens pratiqués directement après l'opération. Plusieurs de ces malades ont vu leur évacuation s'améliorer par la suite. Ici, comme ailleurs, les faits confirment l'existence de ces légères perturbations du transit qui surviennent directement après l'opération. Dans la série exclusion pylorique totale ÷ gastro-entérostomie, l'excellent vidage de l'estomac ne correspond pas aux résultats.

Mode d'évacuation : voie pylorique; voie gastro-entérostomie. — Les résultats de la petite courbure nous enseignent que trois modes d'évacuation sont favorables à la guérison de l'ulcère : évacuation unique par la voie gastro-entérostomie (py —; G. E. ++),

évacuation égale par les deux voies (py +; G. E. +), évacuation prédominante par la voie gastro-entérostomie (py +; G. E. ++). Les deux autres modes, la voie pylorique prédominante (py ++; G. E. +) et la voie pylorique unique (py ++; G. E. —) prédisposent à la récidive, s'accompagnent de troubles dans l'évacuation et s'opposent à la guérison de l'ulcère.

Ces modes particuliers de l'évacuation correspondent aux résultats, mais dans l'ulcère de la petite courbure seulement.

Un passage qui se fait uniquement par la voie gastro-entérostomie supprime physiologiquement le pylore et par là son spasme. C'est la mise au repos complète du sphincter. Un passage qui se fait principalement par la gastro-entérostomie ou à égalité par les deux voies ne fait appel que modérément à la fonction pylorique. Par contre, lorsque la voie anastomotique est insuffisante ou lorsqu'elle est supprimée complètement, le pylore est continuellement irrité par les aliments, les phénomènes spastiques augmentent et engendrent l'hyperchlorhydrie et quantité d'autres accidents réflexes (douleur, rétention, etc.).

Les ulcères du groupe pylorique échappent à cette loi des voies d'évacuation, l'ulcère qui avoisine le pylore étant une source continuelle d'excitation.

Une question a soulevé beaucoup de discussions dans les Congrès et les Sociétés savantes, celle de savoir si le bol empruntait la voie pylorique, la voie gastro-entérostomie ou les deux voies à la fois.

Kelling, *Cannon*, *Delbet* et *Tuffier*, sur la base de recherches expérimentales faites sur le chien, ont montré que la voie gastro-entérostomie n'était pas employée par le bol alimentaire qui s'évacuait toujours par le pylore. L'oblitération spontanée de la bouche a même été constatée par *Tuffier* et *Papadopoulos*. Ainsi, les soi-disant avantages de la gastro-entérostomie disparaissaient devant de pareilles constatations, les aliments préféraient la voie pylorique, la seule normale.

Hartmann et ses élèves, *Métivet*, en particulier, ont eu le très grand mérite de faire la lumière sur cette controverse qui menaçait l'existence de la gastro-entérostomie. Ils ont montré que l'estomac du chien n'était pas conformé comme celui de l'homme, que les chirurgiens se trompaient lorsqu'ils croyaient faire une gastro-entérostomie à la bonne place et que les anastomoses des expérimentateurs étaient pratiquées, en réalité, sur la région cardiaque de l'estomac, donc beaucoup trop haut. Ce détail de technique avait son importance, puisqu'en faisant une gastro-entérostomie à la bonne place, c'est-à-dire sur l'antre pylorique, « presque toujours, la plus grande partie, sinon la totalité du contenu gastrique passait par la bouche » (*Hartmann*).

Avant les expériences d'*Hartmann*, *Pers*, en 1909, estime déjà qu'une anastomose fonctionne toujours, que le pylore soit perméable ou non. Plus tard, *Härtel*, sur la base de constatations radiologiques, pense que le contenu de l'estomac peut utiliser les deux voies, mais que la bouche anastomotique laisse toujours passer une certaine partie du contenu gastrique, quel que soit l'état du pylore. Il prétend aussi que la perméabilité du pylore n'amène pas une oblitération de la bouche. Pour *Guibé*, le contenu gastrique utilise toujours la voie pylorique et *Meunier* croit à l'oblitération spontanée de la gastro-entérostomie après guérison de l'ulcère.

Caillé, *Durand* et *Marre* constatent que souvent une sténose qui paraissait complète s'améliore rapidement sous l'influence de la gastro-entérostomie et que la perméabilité du pylore réapparaît. (Dans le cas particulier, des phénomènes de spasme sont évidemment intervenus qui ont pu faire croire à une sténose serrée.) Ces mêmes auteurs pensent que le « rétablissement de la fonction pylorique n'entraîne pas forcément la suppression du fonctionnement de la bouche, l'évacuation se faisant simultanément par les deux orifices dans un grand nombre de cas et cela pendant des années ».

Pour *Troell*, les aliments se dirigent exclusivement à travers la gastro-entérostomie, que le pylore soit sténosé ou non.

Milianitch déclare qu'un bol alimentaire passe régulièrement par la gastro-entérostomie et accidentellement par le pylore aussi longtemps que le spasme persiste. Dès la cessation du spasme, le bol s'évacue de plus en plus par le pylore.

Sencert, *Allenbach* et *Ferry* ont suivi cinq ulcères perforés de la petite courbure traités par gastro-entérostomie et ont constaté que le passage du bismuth se faisait presque en totalité par la gastro-entérostomie. Ils attribuent cette prédominance de la voie gastro-entérostomique sur la voie pylorique au fait qu'il s'agissait d'ulcères qui avaient été suturés. En effet, sur la base de constatations cliniques et d'expériences sur le chien, ces auteurs estiment qu'une absence d'évacuation gastrique par le pylore est sous la dépendance d'une paralysie motrice de l'estomac, elle-même en rapport avec une section des pédicules nerveux. En d'autres termes, qu'une gastro-entérostomie établie sur un estomac normal ne fonctionne pas, la coordination du viscère continuant à diriger son contenu vers le sphincter; mais que cette coordination étant supprimée (résection en selle, suture d'une perforation, section directe du pédicule nerveux), l'évacuation se fait par pesanteur, directement à travers la gastro-entérostomie. Constatations fort intéressantes que nous pouvons appuyer par un fait personnel qui est l'inverse de celui de *Sencert*. Nous avons réopéré dernièrement un malade atteint d'ulcère peptique récidivé. Opéré de multiples fois, le malade se présentait au moment de la dernière intervention dans la situation d'un Billroth II avec résection du pylore. Dans un premier temps, nous avons rétabli la continuité gastro-duodénale par une suture latéro-latérale, nous réservant dans un deuxième temps de décrocher la gastro-entérostomie.

Avant l'opération, notre malade souffrait et faisait une rétention de vingt-quatre à quarante-huit heures. Immédiatement après l'intervention, les douleurs cessaient, l'évacuation se faisait entre six et vingt-quatre heures, mais la bouillie barytée passait en entier par la gastro-entérostomie. Nous avions voulu supprimer la fonction de la gastro-entérostomie, nous n'y étions pas parvenu pour les raisons indiquées par *Sencert* (suppression de la coordination motrice). Mais, nous avons de bonnes raisons de croire quand même à l'efficacité de notre dernière anastomose qui, malgré son apparence de non fonctionnement, sert de voie de décharge.

Mais, revenons aux expériences de *Sencert* qui ne soulèvent qu'un coin du voile. En effet, nous avons montré que sans intervention sur la petite courbure, la voie pylorique pouvait être physiologiquement supprimée au profit exclusif de la voie

gastro-entérostomie. Or, ce n'est pas l'ulcère de la petite courbure qui détruit cette coordination, puisque des gastro-entérostomies faites dans des conditions semblables présentent, les unes une évacuation principale par la gastro-entérostomie, les autres, une évacuation principale par le pylore.

Les expériences de *Sencert* qui s'appliquent parfaitement bien aux questions spéciales qu'elles défendent ne peuvent plus intervenir ici.

La question est beaucoup plus simple, elle est liée aux dimensions de la bouche anastomotique : qu'un chirurgien fasse, comme le recommande *Tuffier*, une bouche admettant l'index, l'évacuation se fera presque en totalité par le pylore et l'anastomose aura tendance à s'oblitérer. Qu'un autre chirurgien, suivant les conseils de *Ricard* et de *Duval*, fasse une large bouche de 6 centimètres, l'évacuation se fera en grande partie, sinon en totalité, par l'anastomose.

L'Ecole allemande a depuis longtemps recommandé la gastro-entérostomie large, tandis qu'en France, l'avis des chirurgiens est encore très partagé sur les dimensions à donner à la bouche anastomotique.

Il résulte de nos constatations qu'une bouche très large (6 centimètres) assure à elle seule l'évacuation gastrique, qu'une bouche moins large (3-4 centimètres) permet une évacuation à la fois pylorique et anastomotique avec prédominance de cette dernière, qu'une bouche étroite (1 à 2 centimètres) ne fait que décharger la fonction pylorique sans la supprimer.

Il est une catégorie d'anastomoses qui illustrent, dans une certaine mesure, ce que nous venons de dire, ce sont les anastomoses au bouton.

Dans nos gastro-entérostomies pour ulcères du groupe pylorique, sans opération sur le pylore et dans nos gastro-entérostomies pour ulcères de la petite courbure, l'utilisation du bouton a réalisé l'anastomose étroite avec toutes ses conséquences : retard d'évacuation, hyperacidité, mauvais tonus, voie pylorique prédominante, absence de guérison. Seules font exception à cette règle les anastomoses avec exclusion incomplète du pylore. Pourquoi ? Nous ne le savons pas. Une explication est cependant possible. Les malades de cette catégorie ont été examinés de trois à neuf ans après l'opération. L'amélioration a pu donc se faire progressivement.

D'une manière générale, l'anastomose au bouton appartient à la catégorie des anastomoses insuffisantes, incapables de s'opposer à l'action d'un spasme pylorique, mais agissant quand même, dans une certaine mesure, comme voie de décharge.

Les auteurs ont signalé, à plusieurs reprises, les inconvénients de ces boutons. *Jaboulay* lui-même sur 41 malades opérés avec son bouton a observé 3 fois une oblitération spontanée de la bouche. *Kindl* décrit un rétrécissement secondaire d'une bouche anastomotique faite au bouton.

Indépendamment de ces méfaits directs, d'autres auteurs ont signalé des cas d'obstruction du grêle. Nous-même avons dû réopérer une patiente qui fit une obstruction aiguë par incarcération d'un gros numéro de Jaboulay à 10 centimètres de la valvule de Bauhin.

Plusieurs de nos malades conservent encore leur bouton, quelques années après l'opération. La gastro-entérostomie au bouton est une mauvaise anastomose qui crée un orifice beaucoup trop étroit et insuffisant pour assurer un bon drainage de la cavité gastrique.

Résultats. — Les résultats que l'on trouve, en général, dans les statistiques n'ont, au point de vue didactique, qu'une valeur relative, car ils ne tiennent compte habituellement ni d'une topographie exacte de l'ulcère, ni des procédés opératoires.

Nos propres résultats montrent combien cette distinction est importante à établir.

Résumons ici les résultats obtenus par la gastro-entérostomie postérieure simple sur les ulcères du groupe pylorique :

	TRÈS BON	AMÉLIORATION	MAUVAIS
1. Sans opération sur le pylore	57 p. 100	36 p. 100	7 p. 100
2. Exclusion pylorique sans division de l'estomac	25 p. 100	33 p. 100	42 p. 100
3. Exclusion pylorique d'après Doyen-Eiselsberg	14 p. 100	14 p. 100	72 p. 100

et ceux obtenus par la même opération sur les ulcères du groupe petite courbure :

1. Sans opération sur le pylore	69 p. 100	12 p. 100	19 p. 100

Nous avons déjà insisté sur la divergence des résultats du groupe pylorique en signalant la diminution des très bons résultats et la progression des mauvais dès que l'on intervenait sur le pylore. Une simple exclusion, puis une exclusion complète augmentent, dans une grande proportion, la fréquence des ulcères peptiques et des hémorragies. Dans ce même groupe, par contre, l'opération de Reichel-Polya-Perthes donne de très brillants résultats (86 p. 100).

La petite courbure donne des résultats qui concordent à peu près avec ceux des auteurs (69 p. 100).

Nous avons vu que la technique jouait un rôle important dans la qualité des résultats.

Inconvénients de la gastro-entérostomie. — *Denéchau* estime que la gastro-entérostomie n'influence pas favorablement un ulcère en activité.

Carnot l'abandonne, car elle n'agit pas préventivement sur les complications de l'ulcère : hémorragie, perforation, cancérisation.

Pour *Clairmont*, les insuccès de la gastro-entérostomie tiennent à trois faits : une lésion distante du pylore, l'ulcère peptique, le rétrécissement de la bouche.

Durand, Hertz et d'autres auteurs attirent l'attention sur une diarrhée par évacuation gastrique précipitée. Après chaque repas, les malades ont des débâcles alvines. *Durand* explique ces phénomènes par une incontinence de la bouche anastomotique, mais pense qu'une influence nerveuse n'est pas étrangère à ces désordres. *Hertz* trouve les causes de cette diarrhée dans une digestion insuffisante, par défaut de stimulation de la sécrétion pancréatique. *Hutchinson* mentionne les troubles mécaniques dans la circulation alimentaire et les dangers de l'ulcère peptique.

En parlant des inconvénients de la gastro-entéros-

tomie, il faut distinguer nettement les ulcères de la petite courbure des ulcères du groupe pylorique. Après une gastro-entérostomie, les dangers de perforation, d'hémorragie sont minimes dans l'ulcère de la petite courbure, pour ne pas dire inexistants. Pour notre part, nous n'avons observé aucun de ces accidents. Il est d'autre part intéressant de signaler qu'il n'existe, dans la littérature, aucun cas d'ulcère peptique après gastro-entérostomie faite pour un ulcère de la petite courbure. C'est une constatation qui est déjà consignée dans la thèse de *Gelas*. Reste la dégénérescence maligne de l'ulcère, plus souvent observée à la petite courbure qu'ailleurs. Cette cancérisation n'est pas aussi fréquente qu'on le dit et ne suffit pas à enlever aux ulcères de la petite courbure les bénéfices d'une gastro-entérostomie. Le groupe pylorique, par contre, est le siège des accidents graves de la gastro-entérostomie. Nous n'avons jamais observé de perforations, mais l'ulcère peptique ou l'hémorragie occulte ou profuse sont largement représentés.

Ce n'est pas notre tâche d'ouvrir ici une discussion sur l'ulcère peptique, jéjunal ou gastrique, avec sa complication redoutable, l'ulcère jéjuno-colique. Nous avons vu dans quelle mesure les interventions sur le pylore facilitaient la production de l'ulcère peptique ou favorisaient les hémorragies. Mais les conditions particulières qui président à ces complications restent pour le moment inconnues. *Pauchet* insiste, avec raison, sur l'éducation ou la rééducation alimentaires de chaque opéré pour éviter la stase et la fermentation gastriques.

Avantages de la gastro-entérostomie. — Beaucoup d'auteurs (*Busch, Bier, Drummond, Dahlgreen, Gray, Hochenegg, Kocher, Mansell-Moulin, Meunier, Poncet, Roux*) insistent sur les avantages immédiats et tardifs de la gastro-entérostomie : diminution ou cessation du spasme pylorique, diminution de l'acidité totale, diminution de l'Hcl libre, diminution de la sécrétion gastrique, mise au repos de l'estomac, cicatrisation de l'ulcère, etc.

Nous avons montré ses excellents effets sur la sécrétion à jeun, la q. s. p., la tonicité gastrique, le péristaltisme.

Par contre, ces mêmes auteurs ne sont pas d'accord sur la façon d'agir de la gastro-entérostomie : les uns font intervenir le reflux biliaire qui neutralise l'excès d'acide, les autres considèrent la gastro-entérostomie comme une simple soupape de sûreté, d'autres, enfin, attribuent à la gastro-entérostomie un rôle permanent de drainage qui empêche toute stagnation du liquide gastrique. Nous avons montré également, pour l'ulcère de la petite courbure en particulier, les conditions nécessaires au bon fonctionnement d'une bouche anastomotique.

Certains auteurs ont nié à la gastro-entérostomie la faculté d'agir sur la cicatrisation de l'ulcère. Certaines de nos observations montrent, au contraire, que la gastro-entérostomie large réalise les conditions nécessaires à cette cicatrisation. D'ailleurs, *Poncet, Delore* et *Leriche* disaient en 1909 déjà : « L'ulcère de l'estomac guérit par une simple gastro-entérostomie, à condition qu'elle soit large. »

Au cours de notre exposé, nous avons montré qu'il était nécessaire de séparer les suites immédiates des suites tardives.

Dans les semaines ou les mois qui suivent l'opération, l'estomac gastro-entérostomisé présente un peu d'hypersécrétion, une quantité stomacale primitive légèrement augmentée, une évacuation très souvent retardée.

Il semble, à première vue, que la gastro-entérostomie ne remplit pas son rôle. C'est une erreur, car sous l'influence d'un régime approprié, parfois d'un peu de belladone ou d'atropine, l'amélioration se poursuit lentement et ces quelques petits troubles disparaissent.

Voici un estomac avec ulcère en pleine activité. Tous les désordres sont là : pylorospasme, stase, hyperacidité, hyperchlorhydrie, mauvais tonus, péristaltisme instable, retard d'évacuation. Le chirurgien établit une gastro-entérostomie. Il est bien entendu que cette anastomose agit comme voie de décharge et ne prétend pas faire cesser immédiatement tous les troubles anatomiques et fonctionnels créés par l'ulcère. Elle amorce la guérison en supprimant subitement la plus grosse lésion, le spasme pylorique. Le spasme vaincu, toutes les conditions sont requises pour permettre à l'estomac de guérir par ses propres moyens. Encore faut-il ne pas toucher au pylore par une opération complémentaire — exclusion incomplète ou complète — qui agit défavorablement sur les suites éloignées.

Conclusions. — Sous l'influence de la gastro-entérostomie on obtient une diminution de la sécrétion à jeun, une diminution de la couche intermédiaire, une amélioration très grande de l'évacuation, une diminution immédiate de l'acidité totale et chlorhydrique, un changement favorable du tonus, une régularisation du péristaltisme.

Toutes ces améliorations, qui sont l'expression d'une marche progressive vers la guérison, exigent une technique opératoire qui assure à l'estomac une évacuation principale par la voie anastomotique.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 SEPTEMBRE 1922)

Méthode de coloration élective du système nerveux chez les invertébrés. — M. Marc ROMIEU a obtenu de remarquables figures du système nerveux chez les anélides en employant le réactif benzidine-eau oxygénée.

Sur la présence du cobalt et du nickel chez les végétaux. — MM. Gabriel BERTRAND et M. MOKRAGNATZ.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La dermatologie en clientèle. « L'indispensable en dermatologie », par le docteur GOUGEROT. (« Comment guérir? » Bibliothèque des praticiens.) 3e édition, 1922, 40 figures en couleurs et 170 figures en noir en 77 planches hors texte. — Prix : 35 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Le service de santé de la IIIe armée pendant la bataille de France, par M. le médecin inspecteur général BASSÈRES. In-8 de 282 pages avec 4 cartes et 3 graphiques. — Prix : 10 fr. — Paris, Charles-Lavauzelle et Cie.

La santé et la guerre, cadre actif et de complément, secours auxiliaires, par le docteur P. BOULOUMIÉ. In-8 de 222 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Charles-Lavauzelle et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

EXCURSIONS A FONTAINEBLEAU ET A MORET. — *Train spécial à prix réduits.* — Rappelons que la Compagnie P.-L.-M. mettra en marche, le dimanche 24 septembre, un train spécial à prix réduits, 2e et 3e classes, de Paris à Fontainebleau et Moret dans les conditions suivantes :

Aller : dép. de Paris, 7 h. 30 ; arr. Fontainebleau 8 h. 35 ; Moret 8 h. 50. Retour : par tous les trains du même jour dans les conditions prévues pour les voyageurs.

Prix des billets aller et retour : de Paris à Fontainebleau, 2e cl. 11 fr., 3e cl. 7 fr. ; de Paris à Moret, 2 cl. 12 fr., 3e cl. 7 fr. 50.

Nombre de places limité. Délivranee des billets : Agence P.-L.-M., 88, rue Saint-Lazare ; gare de Paris P.-L.-M. ; bureaux de ville de la Compagnie et principales Agences de voyages.

A la gare de Fontainebleau, le nouveau train est en correspondance directe avec les services P.-L.-M. d'autocars pour la visite de la Forêt.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — L'administration de l'Assistance publique publie l'avis suivant : Aux termes du règlement du concours de l'internat la lecture des copies anonymes est faite devant chacune des trois sections du jury par deux internes en exercice en séance non publique. Une indemnité de 15 francs par séance est allouée à chaque lecteur.

MM. les internes en médecine qui désireraient remplir les fonctions de lecteur auprès du jury de l'internat sont priés d'adresser leur nom à l'administration du Service de santé (bureau 15) jusqu'au vendredi 13 octobre, en faisant connaître s'ils désirent assister à toutes les séances d'une section ou à un certain nombre de séances seulement ; le nombre approximatif des séances à prévoir pour chaque section est de 30.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 22 septembre. — Question donnée : « Erysipèle de la face. »

MM. Naggier, 14 ; Muller, Audouin, Marty et Mlle Nageotti, 16 ; MM. Omnès, 15 ; Masquin, 14 1/2 ; Porlier, 17 ; de Nobili, 10 ; Olivier (Henry) et Mlle Palisse, 13 ; M. Prévost, 14 ; Mlle Oguse, 16 ; MM. Moullard, 13 ; Ogarrio, 8 ; Paille et Monestier, 10 ; Marie, 15 1/2 ; Moussette, 14 ; Magnoni, 16.

Anatomie. — Séance du 22 septembre. — Question donnée : « Muscles long et court péroniers latéraux. Insertion. Rapport. Innervation. »

MM. Forgeois, 16 ; Ducrot, 6 ; Gilbrin, 18 1/2 ; Donon, 12 ; Audouin, 18 ; Deléage, 13 ; Eliascheff, 18 1/2 ; Garat, 6 ; Deliencourt, 16 1/2 ; Duhamel, 17 1/2 ; Elbaz, 14 ; Doux (Emile), 7 ; Fredet, 17 ; Mlle Dubois, 14.

— Création de services d'oto-rhino-laryngologie et d'ophtalmologie a l'hopital Tenon. — Sur le rapport présenté par M. Béquet, le Conseil municipal de Paris émet l'avis qu'il y a lieu d'approuver le projet présenté par l'administration de l'Assistance publique, en vue de la construction à l'hôpital Tenon de consultations et de services d'oto-rhino-laryngologie et d'ophtalmologie. La dépense est évaluée à 1.979.000 fr.

HOSPICE PAUL-BROUSSE. — Augmentation du traitement des médecins adjoints. — Le Conseil général, sur le rapport présenté par M. Jean Varenne, décide que : « le traitement annuel des médecins-adjoints de l'hospice Paul-Brousse est porté de 3.800 à 5.000 fr. »

CRÉATION DÉFINITIVE D'UN SERVICE POUR LE TRAITEMENT DU CANCER. — Le Conseil général, vu sa délibération du 13 juillet 1921 autorisant la création à titre d'expérience, à l'hospice départemental Paul-Brousse, d'un service de traitement du cancer, pour la durée d'une année, décide :

Article premier. — Il est créé à l'hospice départemental Paul-Brousse un service pour le traitement du cancer. Ce service comprendra : 1° Une consultation externe pour les personnes atteintes de cancer avec possibilité d'une hospitalisation limitée, sauf le cas de complications, à vingt-quatre ou quarante-huit heures par semaine pour les malades susdits ;

« 2° Trente lits d'hôpital destinés aux malades de la consultation externe. »

Art. 3. — « Pour assurer le fonctionnement de ce service, il sera créé, à partir du 1er janvier 1923, l'emploi ci-après :

« Un emploi de médecin assistant, dont les conditions d'accession seront réglées ultérieurement par arrêté préfectoral, et au traitement de 2 400 fr. »

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Un concours s'ouvrira, le 2 avril 1923, devant la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, pour l'emploi de suppléant de physiologie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — Liste nominative des médecins aides-majors appelés à accomplir à l'Ecole d'application du Service de santé, à partir du 2 novembre 1922, un stage de neuf mois :

MM. Dechezelle, Vauchez, Pesme, Esquier, Garric, Blanc, Manchet, Stibio, Migayron, Bidault, Gautrot, Keller, Marion, Glenisson, Maleviele, Archer, Guerbert, Nicolle, Pouget, Boide, Rolland, Hourdille, Meyrignac, Palafer, Texier, Tricault, Demimuid, Placidi, Remontet, Travail, Fouque, Grimaldi, Guiter, Henry, Vuathier, Dutrey, Bergeret, Betirac, Weiss, Schmitt, Cordier-Delaporterie, Peysson.

Ces aides-majors devront se présenter à l'Ecole d'application du Service de santé, le 2 novembre 1922, à 8 heures, porteurs de leur livret matricule mis à jour.

Leur feuillet de campagne devra être adressé au directeur de l'Ecole d'application du Service de santé, auquel il devra parvenir au plus tard le 25 octobre 1922.

MARINE. — Les élèves du Service de santé de la marine dont les noms suivent ont été nommés à l'emploi de médecin de 2e classe auxiliaire pour compter du 1er octobre 1922 :

A l'emploi de médecin de 2e classe auxiliaire : MM. Bergot, Cudenet, Delprat, Deney, Durand, Gilbert, Lambert, Mollandin de Boissy, Pericaud.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. Mauran, sous-directeur de la santé et de l'hygiène publique au Maroc.

CONSERVATOIRE DES ARTS ET MÉTIERS. — La chaire d'hygiène générale dans ses rapports avec l'industrie vient d'être déclarée vacante.

Les candidats à cette chaire sont priés d'adresser leur demande, accompagnée d'un *curriculum vitæ* et du relevé de leurs titres, avant le 7 octobre prochain, au sous-secrétariat d'Etat de l'enseignement technique.

ASSOCIATION DES MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — L'assemblée générale annuelle aura lieu le samedi 14 octobre, à 9 h. 3/4, à la Faculté de médecine de Paris (amphithéâtre Vulpian).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Paul Ayme, décédé à Antibes ; Defaucamberge (de Gien), Jean Descaves (d'Angeville), Ferréol (de Saint-Etienne), Jourdanet (de Grenoble), Paul Lozé (de Paris) et Monnier (de Nozay).

CLINIQUE BAUDELOCQUE (professeur : M. COUVELAIRE). — COURS COMPLÉMENTAIRE du 2 au 14 octobre 1922. — *Lundi 2 octobre.* — Le matin, à 9 h. 15. Leçon. Conduite à tenir au cours de l'accouchement et de la délivrance ; à 10 h. 30. Visite dans les services de femmes enceintes, exercice de palper et d'auscultation. — Le soir, à 14 h. Manœuvre et conférence. Diagnostic de la présentation du sommet. Forceps en O P.

Mardi 3 octobre. — Le matin, à 9 h. 15. Leçon. Diagnostic et traitement des hémorragies pendant la gestation et l'accouchement ; à 10 h. 30. Visite dans le service des accouchées. — Le soir, à 14 h. Forceps en oblique antérieur et en transverse.

Mercredi 4 octobre. — Le matin, à 9 h. 15. Leçon. Complications de la délivrance ; à 10 h. 30. Visite dans le service des accouchées. — Le soir, à 14 h. Manœuvre et conférence. Forceps en oblique postérieure.

Jeudi 5 octobre. — Le matin, à 9 h. 15. Leçon. Indications du forceps ; à 10 h. 30. Visite dans le service des accouchées. — Le soir, à 14 h. Manœuvre et conférence. Diagnostic de la présentation du siège. Extraction du siège.

Vendredi 6 octobre. — Le matin, à 9 h. 15. Leçon. Diagnostic et traitement des viciations pelviennes par rachitisme ; à 10 h. 30. Visite. — Le soir, à 14 h. Manœuvre et conférence. Diagnostic de la présentation de l'épaule. Version par manœuvre interne.

Samedi 7 octobre. — Le matin, à 9 h. 15. Leçon. Diagnostic et traitement des viciations pelviennes (boiteuses, bossues, etc.) ; à 10 h. 30. Visite. — Le soir, à 14 h. Manœuvre et conférence. Diagnostic des présentations de la face et du front. Application de forceps dans ces présentations.

Lundi 9 octobre. — Le matin, à 9 h. 15. Leçon. Diagnostic et traitement des vomissements graves ; à 10 h. 30. Visite. — Le soir, à 14 h. Revision des prises de forceps.

Mardi 10 octobre. — Le matin, à 9 h. 15. Leçon. Albuminurie et éclampsie. Diagnostic et traitement ; à 10 h. 30. Visite. — Le soir, à 14 h. Manœuvre et conférence. Mort apparente du nouveau-né.

Mercredi 11 octobre. — Le matin, à 9 h. 15. Leçon. Diagnostic et traitement des anomalies de la dilatation ; à 10 h. 30. Visite. — Le soir, à 14 h. Manœuvre et conférence. Dilatation artificielle (Ballon Champetier de Ribes).

Jeudi 12 octobre. — Le matin, à 9 h. 15. Leçon. Complication de l'avortement ; à 10 h. 30. Visite. — Le soir, à 14 h. Visite du Musée de la clinique.

Vendredi 13 octobre. — Le matin, à 9 h. 30. Leçon. Diagnostic et traitement des infections puerpérales ; à 10 h. 30. Visite à l'isolement. — Le soir, à 14 h. Embryotomie rachidienne ; à 16 h. Visite.

Samedi 14 octobre. — Le matin, à 9 h. 30. Leçon. Diagnostic et traitement de la syphilis maternelle fœtale et infantile ; à 10 h. 30. Visite du musée de la clinique. — Le soir, à 14 h. Manœuvre et conférence. Basiotripsie.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté.

Droit d'inscription : 100 fr.

CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE. [Fondation de la Ville de Paris.] (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, professeur : M. Auguste BROCA.) — *Enseignement magistral.* — M. le professeur Broca fera examiner les malades à la consultation, les mardis, jeudis et samedis, à 9 h. 1/2.

Le vendredi, à 9 h. 1/2, consultation sur les tuberculoses osseuses, et leçon avec projections radiographiques.

Les leçons magistrales, avec l'assistance de M. Ombrédanne, agrégé, ont lieu le vendredi (M. Broca) et le lundi (M. Ombrédanne), à 10 h. 1/2. La première leçon aura lieu le vendredi 10 novembre.

Il sera fait, en juillet 1923, un cours de pathologie chirurgicale infantile, en vingt leçons.

Le droit d'inscription est de 150 francs.

LABORATOIRE DE SÉROLOGIE. (Direction scientifique : M. RUBINSTEIN, 54, rue Saussure, XVIIe). — M. Rubinstein fera, du 14 novembre au 14 décembre, un cours de sérologie appliquée à la clinique. Les conférences auront lieu à 14 heures les mardis, jeudis et samedis et seront suivies de travaux pratiques.

Le but de ces cours est de former des sérologistes en vue de la pratique médicale et des recherches scientifiques.

Le nombre des élèves est limité.

Le droit d'inscription est de 150 francs.

Pour tous renseignements, s'adresser au laboratoire de 15 à 17 heures.

ERRATUM. — ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HÔPITAUX. — Par suite d'une erreur, M. le professeur Sergent est donné dans l'affiche semestrielle des cours de l'Association comme faisant le jeudi, à 10 heures, à la Charité, une consultation des maladies du cœur, des vaisseaux et des reins. C'est M. le docteur Lian qui dirigera dans cet hôpital une policlinique de ces maladies aux lieux, jours et heures indiqués.

Les fausses appendicites. Etude clinique, radiologique et thérapeutique des syndromes douloureux du cæco-côlon droit, par les docteurs DE MARTEL et Edouard ANTOINE. 1 vol., 184 pages, 35 figures, 12 planches. — Prix : 10 fr. — Paris, Masson et Cie.

RENSEIGNEMENTS

580. — **A VENDRE LIT MÉCANIQUE MAC-KEEN** en parfait état. — S'adresser au journal.

PHLÉBITE TYPHOIDIQUE

DES VEINES ILIAQUES PRIMITIVES A FORME FRISSONNANTE

PAR MM.

G. PAISSEAU et CLAYEUX

Médecin des hôpitaux. Externe des hôpitaux.

Les observations de phlébite typhoïdique dont Trousseau professait autrefois la rareté se sont multipliées depuis cette époque, si bien que la phlébite est aujourd'hui considérée comme une complication banale de la fièvre typhoïde : des statistiques récentes n'évaluent pas sa fréquence à moins de 10 à 15 p. 100 des dothiénentéries.

Cependant le cas que nous en avons observé sort à un double titre de la banalité courante. Cette phlébite qui avait débuté par le membre inférieur gauche n'a pas seulement atteint le membre du côté opposé. Elle a provoqué un œdème qui intéressait toute la partie inférieure du corps et s'étendait jusqu'à la base du thorax, témoignant d'une extension progressive du processus oblitérant aux veines iliaques primitives.

Ces poussées phlébitiques se sont simultanément accompagnées de manifestations infectieuses d'un type très particulier et de décharges sanguines de bacilles d'Eberth correspondant à une forme assez rare de phlébite typhoïdique signalée par MM. Widal et Abrami et décrite dans la thèse de leur élève Morellet sous le nom de forme frissonnante pseudo-pyohémique.

C'est de cette double particularité que notre observation tire son intérêt.

OBSERVATION. — Fl..., cinquante et un ans, sans profession, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 6 mai 1921 ; on ne relève dans ses antécédents qu'une crise de rhumatisme articulaire aigu pendant l'adolescence.

Malgré le début tout à fait brusque des accidents qui a précédé de six jours l'entrée de la malade à l'hôpital, le tableau clinique est celui d'une fièvre typhoïde de gravité moyenne. Ce diagnostic est vérifié par l'hémoculture qui fournit un bacille du type Eberth bien qu'il existe une sero-agglutination prédominante au para A.

La malade accuse de la céphalée, de l'asthénie mais sans stupeur, la température est à 40 degrés, le pouls à 110 bien frappé. La langue est très saburrale, l'abdomen météorisé avec une assez vive sensibilité dans la forme iliaque droite ; il y a de la diarrhée et même quelques vomissements. On voit se compléter successivement les autres symptômes typhoïdiques : bronchite légère, splénomégalie, rares taches rosées. On ne note comme particularités que l'existence d'un souffle mitral datant sans doute du rhumatisme ancien et l'absence complète d'albuminurie.

Après quelques jours d'oscillations descendantes, la température atteint 38 degrés le vingtième jour de la maladie. Mais elle remonte progressivement, dès le lendemain, en même temps qu'apparaissent tous les signes physiques et fonctionnels d'une pleuro-pneumonie de la base droite avec expectoration fourmillant de pneumocoques. Bientôt la température est à 40 degrés, le pouls rapide et mal frappé, l'état général très précaire. En raison de la gravité de ces accidents on pratique une injection intraveineuse d'or colloïdal ; après un choc peu violent la température est à 36°7 le lendemain matin et se stabilise ensuite pendant sept jours aux environs de 38 degrés ; les signes thoraciques s'effacent lentement.

Du 25 au 30 juin il se produit une nouvelle mais courte rechute à la fin de laquelle l'hémoculture est négative. C'est trois jours après cette défervescence, au trentième jour de la maladie, alors que la malade semblait entrer en convalescence qu'une phlébite s'installe brusquement, sans symptômes généraux, au niveau du membre inférieur gauche qui est aussitôt immobilisé. L'œdème est considérable, blanc et douloureux, il atteint la racine de la cuisse.

Le surlendemain de l'apparition de la phlébite, la température s'allume, d'abord par oscillations progressives ; les élévations thermiques prennent bientôt des caractères tout particuliers.

Il s'agit d'une fièvre à accès intermittents à peu près quotidiens, les oscillations, parfois, ne dépassent pas un degré mais le plus souvent il s'agit de grandes oscillations atteignant 2 degrés à 2 degrés et demi (de 38 à 40°5). Ces grands paroxysmes fébriles s'accompagnent habituellement de signes fonctionnels importants : frissons violents et prolongés qui annoncent le début de l'ascension thermique, sueurs abondantes au moment de la défervescence ; en opposition avec ces manifestations d'ordre septicémique, l'examen clinique ne permet de relever aucun signe de nature typhoïdique ; pas de prostration, pas de troubles digestifs, pas de taches rosées. Cette fièvre intermittente se prolonge pendant vingt jours. L'hémoculture pratiquée à deux reprises différentes au moment d'un accès donne chaque fois un résultat positif pour le bacille d'Eberth.

Pendant trois semaines encore la malade reste apyrétique sauf trois poussées fébriles qui atteignent 38 ou 38°5, elle a retrouvé l'appétit, se réalimente, augmente de poids lorsque, le 15 juillet, à deux mois et demi du début de sa dothiénentérie, six semaines après l'apparition de la phlébite gauche, la température s'élève à nouveau progressivement, sans symptômes généraux. Au troisième jour de cette recrudescence la fièvre est à 39 degrés et la malade accuse de vives douleurs de la jambe droite qui s'œdématie dès le lendemain, la phlébite se développe ensuite progressivement, bien que la température retombe définitivement en quarante-huit heures. L'œdème prend bientôt des proportions considérables, il déborde la racine de la cuisse, envahit l'abdomen, la région dorso-lombaire et même la région thoracique, atteignant presque, en arrière, la pointe de l'omoplate. La circulation collatérale est très développé. Dès lors, malgré une escarre très douloureuse du talon gauche, la phlébite ne provoque aucun accident. A la fin de la période d'immobilisation l'œdème est encore notable, il diminue très vite, sous l'influence du massage et de la mobilisation au niveau de la jambe droite, beaucoup plus lentement pour la jambe gauche qui est le siège d'un gros œdème induré. Cependant la marche devient peu à peu possible et la malade quitte l'hôpital à la fin du mois de novembre. Six mois après la circulation est assez défectueuse au niveau des membres et la cicatrice de l'ancienne escarre du talon provoque encore de vives douleurs, l'état général est néanmoins satisfaisant.

Cette phlébite s'est conformée par ses caractères généraux à la forme classique de la phlébite typhoïdique : complication habituellement tardive de la fièvre typhoïde, elle a fait son apparition au trentième jour de la maladie, peu après une rechute et a débuté au niveau du membre inférieure gauche, son siège d'élection. Elle s'est ultérieurement étendue au membre opposé, réalisant une forme déjà signalée sous le nom de *phlébite à bascule*. Son évolution a enfin répondu à la bénignité habituelle du pronostic de la phlébite typhoïdique qui engendre rarement l'embolie et se termine généralement par guérison.

L'anomalie réside seulement dans l'extension anormale de l'œdème, conséquence d'une atteinte rarement observée des gros troncs veineux de l'abdomen, et dans les caractères très particuliers des phénomènes infectieux en relation avec l'évolution de cette phlébite. Ce sont ces deux particularités de notre observation qui méritent de retenir l'attention.

La tendance à l'extension de la phlébite typhoïdique est bien connue, elle est notée dans la revue

générale de MM. Menard et Brodin (1) qui signalent l'envahissement successif de plusieurs segments de veine ou de plusieurs veines, c'est ainsi qu'après l'atteinte de la poplitée on peut assister à celle de la fémorale et de la saphène; la double phlébite de notre observation en est un exemple.

Il est, par contre, plus rare d'assister à l'oblitération d'un tronc aussi important que celui des veines iliaques primitives. Cependant, MM. Widal, Lemierre et Abrami (2), ont vu se développer, à la suite de phlébites bénignes, une énorme circulation collatérale intéressant non seulement le membre atteint, mais l'abdomen et le thorax; les veines atteignaient un volume considérable, dépassant les dimensions du pouce. Ces auteurs admettent qu'il s'était vraisemblablement agi d'une thrombose de la veine iliaque primitive.

Chez notre malade, l'importance inusitée et la topographie de l'œdème semblent mettre hors de doute l'oblitération, tout au moins partielle, des veines iliaques primitives : non seulement l'œdème a pris, au niveau des membres inférieurs des proportions inaccoutumées, mais il s'est étendu à la paroi abdominale, à la région lombaire, envahissant même la région thoracique en formant, de chaque côté de l'abdomen, de vastes bourrelets allant de la racine des cuisses à la base du thorax.

On peut donc admettre que, conformément aux habitudes de la phlébite typhoïdique, le processus oblitérant s'est lentement propagé des veines du membre aux veines abdominales. L'épisode infectieux qui s'est produit pendant le long intervalle de six semaines qui a séparé l'apparition des deux phlébites, traduisait sans doute l'évolution progressive d'un processus phlébitique préoblitérant.

Cette phase de phlébite préoblitérante est souvent silencieuse et le début se fait alors par l'apparition inopinée de l'œdème phlébitique, parfois précédé de quelques phénomènes douloureux. D'autres fois, la phlébite est annoncée par des symptômes généraux brusques et violents, frissons plus ou moins intenses, précurseurs d'une rapide élévation thermique. En général, ils sont passagers et les signes locaux persistent seuls par la suite.

Plus rarement, ces symptômes infectieux sont susceptibles de se prolonger, de prendre une importance prépondérante et une allure clinique très particulière. Des faits de ce genre ont, néanmoins, été signalés par MM. Widal et Abrami et décrits dans la thèse de Morellet (1) sous le nom de *forme frissonnante pseudo-pyohémique de la phlébite typhique*.

Le début de cette forme, d'une violence parfois alarmante, rappelle en tous points l'invasion d'une pyohémie : frisson intense et prolongé avec ascension thermique dépassant souvent 40 degrés, suivie d'une chute brusque avec sudations, parfois même accompagnée de collapsus cardiaque. On constate seulement à ce moment une douleur fixe de la fosse iliaque qui peut précéder de plusieurs jours l'apparition de l'œdème.

Les accès fébriles se reproduisent dans les mêmes conditions, Morellet en a compté 9 dans une de ses observations, 6 dans une autre. La complication veineuse détermina, dans ces deux cas, une rechute dont la durée fut de quarante jours chez un malade, de six mois chez un autre. Au moment des accès fébriles, l'hémoculture permettait de déceler, dans le sang, le bacille d'Eberth à l'état de pureté.

Chez notre malade, la septicémie phlébitique a présenté des caractères un peu différents à certains égards : elle s'est intercalée entre deux phlébites dont le début s'est fait dans des conditions normales, sans symptômes généraux importants, elle a revêtu l'allure d'une fièvre intermittente quotidienne qui a duré une vingtaine de jours. Quelques accès isolés se sont produits pendant les trois semaines suivantes qui précédèrent l'apparition de la deuxième phlébite. Celle-ci évolua par la suite sans aucun symptôme général

Les accès fébriles ont été d'importance variable, parfois de 1 degré seulement, plus souvent de 2 degrés à 2 degrés et demi. Les signes fonctionnels ont très nettement présenté les caractères de la forme frissonnante : frissons parfois très violents, suivis de chaleurs et de sudations, au moment de la défervescence. Toutefois, les chutes thermiques ont été rarement jusqu'à l'hypothermie.

L'hémoculture, qui s'était montrée négative trois jours avant la première phlébite, redevint positive à deux reprises au cours des accès.

Il s'agit donc bien, dans ce cas, d'une rechute d'un caractère particulier, conditionnée par une septicémie éberthienne d'origine phlébitique. Les symptômes, en effet, n'étaient pas les symptômes généraux et intestinaux de la dothiénentérie, mais les symptômes dits pseudo-pyohémiques qui caractérisent la forme frissonnante. Il est intéressant de faire remarquer à ce propos que cette fièvre typhoïde a été suivie de trois rechutes dont la pathogénie semble avoir été différente pour chacune d'elles : il s'est agi, pour la première, d'une pneumonie avec foyer d'hépatisation, d'une rechute proprement dite, éberthienne pour la seconde, d'une septicémie phlébitique éberthienne pour la troisième.

Cette interprétation est d'autant plus légitime que ce type d'infection éberthienne non dothiénentérique, indépendant de tout état typhoïdique, est maintenant bien connu.

Il a été observé notamment, en ce qui concerne les infections veineuses, par M. Etienne (1) qui a récemment rapporté plusieurs cas de phlébites éberthiennes et paratyphiques primitives ou essentielles.

Ces localisations veineuses d'emblée ou exclusives, totalement différentes des cas de phlébite compliquant une fièvre typhoïde, évoluent, en effet, sous la forme d'une septicémie sans aucun symptôme de fièvre typhoïde ; celle-ci accompagne une phlegmatia alba dolens qui survient inopinément et marque le début des accidents. Il est facile d'admettre, dans ces conditions, que l'apparition, au cours de la convalescence d'une dothiénentérie, d'accidents infectieux, d'un caractère si particulier, puisse être conditionnée par l'infection veineuse dont la phlegmatia alba dolens est le témoin manifeste.

La présence du bacille d'Eberth dans le sang confirme cette conception; elle était d'autant plus signi-

(1) P. Menard et Brodin. Les vaisseaux dans la fièvre typhoïde, *Gaz. des hôpit.*, nos 126 et 129.

(2) Widal, Lemierre et Abrami. Fièvre typhoïde, *Nouveau traité de médecine.*

(3) Morellet. Contribution à l'étude de la phlébite typhique, *Th. de Paris*, 1908.

(1) Etienne. Phlébites éberthiennes ou à bacilles paratyphiques primitives ou essentielles, *Ann. de méd.*, 1920, n° 4.

ficative chez notre malade que l'existence d'une infection pneumococcique antérieure pouvait laisser incertaine la pathogénie de cette phlébite. L'intérêt de cette constatation a d'ailleurs été déjà signalée en ce qui concerne la nature bactériologique des phlébites typhiques que l'on rapportait autrefois à des germes d'infection secondaire. La démonstration de leur origine éberthienne, établie par Haushalter, qui retrouva le bacille typhique dans les parois et le caillot de la veine altérée, est définitivement complétée par le résultat positif des hémocultures, au cours des fièvres phlébitiques.

CONGRÈS DE LA SANTÉ PUBLIQUE

ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

(Marseille, 11-17 septembre 1222)

Le Congrès de la Santé et de la Prévoyance vient de s'achever. Le nombre et l'intérêt des questions étudiées ne me permet d'en donner qu'un aperçu extrêmement succinct. Ce Congrès placé sous le haut patronage de M. Sarraut, ministre des Colonies, et sous la présidence de M. Artaud, commissaire général de l'Exposition et de M. le médecin inspecteur Gouzien, président du Conseil supérieur de santé des Colonies, s'est ouvert le 11 septembre. Après une allocution de M. Artaud, M. Gouzien a prononcé un important discours rappelant la glorieuse histoire de la médecine coloniale, étudiant les brillants résultats obtenus dans le chemin parcouru jusqu'ici : traitement prophylactique du paludisme, hygiène et prophylaxie des spirochétoses, de la maladie du sommeil, etc. Cependant, il reste encore beaucoup à faire et, dans un magistral exposé, M. Gouzien montre ce que doit être l'organisation de la lutte curatrice et prophylactique. M. le docteur Alezais, directeur de l'Ecole de médecine, souhaite au nom de l'Ecole de médecine et des médecins marseillais, la bienvenue aux membres du Congrès.

Les séances de travail sont divisées en trois sections : *de médecine*, présidée par M. le docteur Le Dantec, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; *d'hygiène*, présidée par M. le médecin inspecteur Thiroux, directeur de l'Ecole d'application du Service de santé ; et de *prévoyance sociale*, présidée par M. le docteur Fontoynont, directeur de l'Ecole de médecine de Madagascar. Ces trois sections travaillent simultanément et avec une ardeur que justifie le nombre des questions portées à l'ordre du jour.

Dans la section de médecine, MM. Gust. Reynaud et Léger étudient les *Bilharzioses dans les Colonies françaises* : répartition géographique, cycle d'évolution du parasite et traitement spécifique par l'émétique. M. Boinet présente ensuite une communication sur une *épidémie de béribéri à la Ciotat.* A la séance du soir, M. Kérandel présente un rapport sur la *Tuberculose dans les pays chauds* et les différents facteurs favorisants de la tuberculose dans les colonies, dont le principal est pour le rapporteur l'insalubrité de l'habitation. A la suite d'une importante discussion à laquelle prennent part MM. Granjux, Fabre, Le Dantec, Boinet, Cloitre, Fontoynont et Oddo une commission est chargée d'émettre un vœu à discuter à l'issue du Congrès. Une communication de MM. Lasnet et Trabaud sur la *Tuberculose à l'armée du Rhin* est lue ensuite.

Le lendemain, M. Silhol présente un rapport sur les *Pseudo-tuberculoses chirurgicales* : Malgré l'établissement scientifique des pseudo-tuberculoses le diagnostic de tuberculose est administré en clinique chirurgicale avec trop de libéralité et de légèreté. Au contraire, dans certaines colonies où la tuberculose est rare, les recherches de laboratoire ont montré l'importance et la fréquence des lésions mycosiques simulant les atteintes tuberculeuses diverses. De plus, en se limitant aux lésions ostéo-articulaires, il existe non seulement des pseudo-tuberculoses syphilitiques, mais encore infectieuses, post-traumatiques, trophiques même. La radio, les examens de laboratoire courants ne donnent aucune sécurité, sauf l'inoculation au cobaye.

L'inconvénient d'une étiquette tuberculeuse injuste est très grand, qu'il consiste dans un traitement inutilement prolongé ou dans un découragement thérapeutique. L'orateur montre que rappeler les faits que nul n'ignore, mais que tout le monde est tenté d'oublier, c'est engager les praticiens à faire une critique plus sévère des cas et à ne pas laisser reposer tout leur diagnostic d'affections chroniques sur le mol oreiller de la tuberculose. A la discussion, prennent part : MM. Danillon, Oddo, Costa et Le Dantec. Des communications sont lues sur l'*Endémie* et la *Prophylaxie de la lèpre au Maroc*, par MM. Bourgin, Decrop et Salle et sur le *Traitement de la lèpre*, par MM. Pringault et Vignes. L'importante question de la dysenterie est traitée par un rapport de M. Monges sur les *Suites intestinales éloignées de l'amibiase* pouvant être le fait d'une amibiase chronique, mais bien souvent dépendant de lésions anatomiques ou de perturbations fonctionnelles qui survivent à la disparition du parasite.

Sont successivement étudiées les diarrhées à type divers : colite muqueuse, entérite chronique, recto-colite muco-purulente; la constipation : constipation habituelle simple, entérite muco-membraneuse, rectite simple ; les dyspepsies gastro-intestinales, le syndrome appendiculaire, la sténose, les tumeurs fibreuses, l'entérite tuberculeuse. M. Mattei lit un rapport sur l'*Emétine dans l'amibiase.* Le traitement des localisations diverses de l'amibiase doit être précoce, intensif (0,08 à 0,10 au début), prolongé mais prudent (ne pas dépasser 1 gramme en un mois) et laisser quarante jours de repos au malade qui a atteint cette dose totale. Efficace par voie sous-cutanée contre l'amibiase aiguë, l'émétine peut empêcher l'amibiase chronique. Employée par voie sous-cutanée et par voie digestive, elle ne guérit pas toujours l'amibiase chronique. La cure émétinienne est le traitement de choix de toutes les hépatites amibiennes. Elle a une efficacité telle qu'elle guérit souvent, sans intervention chirurgicale, l'hépatite suppurée elle-même. Roggers, dans l'Inde, Chauffard, en France, ont donc donné aux praticiens un moyen thérapeutique de premier ordre. Suivent des communications de MM. Jausion et Dekester sur l'*Amibiase à Fez* et de MM. Nonnet et Salle sur la *Dysenterie parasitaire à Fez.* A la discussion portant sur la pathogénie et le traitement prennent part : MM. Garin, Maurin, Mattei, Le Dantec, Oddo, Boinet et Thiroux.

M. Thiroux présente ensuite un rapport sur les *Maladies vénériennes dans les colonies françaises.* Un des principaux facteurs de la gravité de la syphilis aux colonies, est l'association avec le paludisme ou avec l'ankylostomiase. La syphilis nerveuse est en proportions croissantes, malgré l'installation de dispensaires à Madagascar, en Indochine et en Afrique occidentale française. La blennorragie moins grave chez les Jaunes que chez les Européens de par les affections utéro-annexielles gonococciques est un facteur de dépeuplement important. Des communications de M. Colombani sur la *Lutte antivénérienne au Maroc* et de M Fontoynont sur *Lésions vasculaires du paludisme*, hyper et hypotension d'origine surrénale surtout sont lues ensuite. De la discussion à laquelle prennent part MM. Le Dantec, Oddo, Kerandel, Vignes et Maurin, il ressort que la rareté du tabes est en partie due à la fréquence des formes de myélite aiguë. La section termine ses travaux par la lecture de communications de M. Autric sur les *Réactions des paludéens à la quinine*, de M. Roussy sur les *Psychoses paludéennes*, de M. Martin sur le *Sevrage brusque du morphinisme*, et de M. Reynes sur la *Greffe chez les Noirs*, qui poussent en blanc, donnant l'aspect du « damier noir et blanc ».

La section d'hygiène, cependant, s'occupait par un rapport de M. Gust Martin de la *Répartition géographique et la prophylaxie de la maladie du sommeil* ayant diminué de 80 p. 100 dans certaines sections le nombre des malades grâce à l'atoxyl. M. Brunet présentait un rapport sur les *Navires transports militaires* si souvent dépourvus d'hygiène et une communication sur les *Savons marins.* M. Lamoureux montre un système de *Moustiquaire de campagne.* M. Hecken-

ROTH, dans son rapport sur la *Prophylaxie et le traitement de la peste dans les colonies françaises*, étudie la répartition géographique, les mesures prophylactiques, le dépistage des malades, la vaccination antipesteuse, la dératisation et le traitement de la peste. Une communication de M. LALANDE sur la *Peste au Maroc*, de M. LE DANTEC sur la *Peste au Sénégal*, et de M. TANON sur le *Rat peut-il être considéré comme un réservoir de virus pesteux* sont lues et commentées. MM. NATTAN-LARRIER et LAIGRET présentent un rapport sur les *Porteurs de germes considérés au point de vue du recrutement indigène* distinguant les porteurs de germes venant infecter l'Europe et les porteurs européens allant infecter les pays chauds. A propos de chaque infection ils étudient les modalités de contagion et proposent des mesures pouvant, dans une certaine mesure, les éviter. A la discussion prennent part MM. THIROUX, TANON, NATTAN-LARRIER, KÉRANDEL, RIBOT et CASTELLI. Suivent des communications de M. LASNET sur la *Valeur physique des contingents de l'armée du Rhin*, et de M. LAPIN sur la *Prophylaxie de la tuberculose au Maroc*. Dans son rapport sur l'*Acclimatement tropical et ses facteurs industriels*, M. ABBATUCCI résume l'action du climat et les endémo-épidémies suivant les diverses races. Suivent deux rapports sur l'urbanisme : de M. PRAT sur l'*Urbanisme en Afrique du Nord*, et de MM. DERVAUX et PARENTY sur l'*Urbanisme et l'habitation coloniales*. Enfin, M. PRAT lit une communication sur le *Nomadisme au Maroc*, et MM EPAULARD et GAND sur la *Police sanitaire régionale au Maroc*. M. CHASTANG présente un rapport sur les *Transports hôpitaux* devant, suivant la définition de M. Bellot, être un « hôpital de passage formé par un navire », sous les ordres d'un seul chef, le médecin, « commanding officer » des Anglais et Américains. M. BASSÈRES montre les résultats obtenus au Maroc et au Levant par l'*Aviation sanitaire maritime* pendant le premier semestre 1922. M. EPAULARD lit une communication sur l'*Aviation sanitaire au Maroc*, et M. GRAVELLAT sur l'*Aviation sanitaire aux colonies*. M. ABBATUCCI donne une classification des *Stations hydrominérales coloniales* prédominant dans les îles et sur les terrains d'origine volcanique. MM. ROUZAUD, BRICOUS et MATHIEU DE FOUY parlent de *Vichy et les coloniaux*. Suivent une série d'études sur la *Prophylaxie du paludisme* par MM. VIALETON, FONTOYNONT, THIROUX. M. SPIRE lit une communication sur le *Traitement des coloniaux dans la métropole*, l'absence d'hôpitaux coloniaux insuffisamment suppléée par les consultations à l'Institut Pasteur et dans certains services, et la nécessité de créer dans les grands ports et particulièrement à Marseille des hôpitaux spéciaux.

Cependant la section d'assistance n'était pas inactive. M. CAMAIL étudie la *Protection et le développement de la main-d'œuvre indigène*, M. VALETON, l'*Hygiène scolaire au Maroc*, et MM. PRAT, DEKESTER, LIGEY et GRÉHANT, l'*Utilisation des indigènes marocains dans les formations hospitalières et sanitaires mobiles*. MM. NOGUE et ADAM, dans leur rapport sur la *Mortinatalité et la mortalité infantile* dans les colonies françaises montrent que celles-ci sont dues avant la naissance à la syphilis, à l'accouchement, au tétanos du cordon et dans les premières années aux affections broncho-pulmonaires et parasitaires. M. FONTOYNONT montre l'augmentation de la natalité à Madagascar. M. DOUCET étudie la *Rareté du lait sous les tropiques et l'emploi du lait sec*, et M. LÉPINE l'*Assistance médicale indigène au Cameroun*. Une séance entière est consacrée au trachome. Le professeur TRUC étudie l'*Evolution de l'ophtalmie granuleuse dans la région de Montpellier pendant trente-cinq ans*. MM. MORAX et AUBARET proposent la *Création d'une ligue contre le trachome*, les moyens pratiques de la prophylaxie et de la défense contre le trachome sont envisagés. M. STITELET publie une note sur le *Nombre des trachomateux dans la XVe région*, M. JACQUÈME sur les *Trachomateux lacrymaux*, M. ARLOT sur la *Cytologie du trachome* et M. Jean SEDAN sur la *Thérapeutique du trachome à l'Hôtel-Dieu de Marseille*, travail basé sur 1.800 cas observés depuis la guerre, soit 13 p. 100 des consultants. La discussion à laquelle ont pris part MM TRUC, MORAX, AUBARET, GOUZIEN, P. PETIT, FONTOYNONT, SEDAN, CLERC, FERRAN et MILLET, indique que la question du trachome doit entrer dans une phase de réalisation pratique, et le Congrès émet le vœu que le trachome soit rangé parmi les maladies à déclaration obligatoire.

Pendant la durée du Congrès ont eu lieu également deux conférences : M. SERGENT, directeur de l'Institut Pasteur d'Alger, parle de la *Prophylaxie du paludisme*. Cette conférence animée de projections étudie les points suivants : le paludisme recule devant la civilisation, le bilan des paludéens devant être étudié par l'index splénique et par l'index parasitaire (porteurs de germes). L'anophèle ne dépasse pas 2 kilomètres, il est confiné dans les gîtes pyrétophores. Les moyens prophylactiques doivent être l'éloignement des gîtes, le moustiquaire, les cages Pasteur, la quinisation préventive et curatrice, enfin la stérilisation des gîtes par le désherbage, le pétrolage des marées, l'inondation des prairies et la transformation des eaux stagnantes en eaux courantes. La méthode doit varier dans chaque cas en donnant la première place à la quinisation des porteurs de germes, réservoirs de virus. Il termine en exprimant l'allégresse qui doit animer ceux qui entreprennent une œuvre aussi féconde que la prophylaxie du paludisme dans les régions infectées. M. BORREL, directeur de l'Institut d'hygiène de Strasbourg, étudie l'*Hygiène des troupes coloniales en France*. Après les premiers mécomptes on est arrivé à un acclimatement suffisant. Les Sénégalais en particulier victimes au début de pneumonie dont la proportion est actuellement de 5 p. 100 seulement, la tuberculose affecte en général une forme particulière : d'abord ganglionnaire, latente, puis granulie suraiguë des séreuses. La recherche des troubles ganglionnaires et leur traitement immédiat est en général effectif. La dysenterie assez fréquente est limitée par l'usage d'eau pure et la désinfection des selles. On n'observe jamais, d'après le conférencier, de contamination de retour dans la colonie de maladies contractées en France. Ces considérations s'appliquent aux Malgaches.

Par contre, les Canaques supportent mal nos climats. Quant aux Annamites et aux Nord-Africains, ils sont susceptibles de faire d'excellents soldats. En somme, notre armée indigène constitue pour la France une réserve d'un prix inestimable.

M. COMMANDON a présenté des projections cinématographiques du plus haut intérêt sur quelques agents microbiens de maladies tropicales et sur la lutte de l'organisme contre ces parasites. De plus, les congressistes ont été visiter l'Exposition coloniale, les ports et la rade, le lazaret des îles du Frioul, la ville d'Aix et son établissement thermal, Ils avaient été reçus par la municipalité, puis par le corps médical marseillais.

Une séance plénière, présidée par M. GOUZIEN, a résumé les travaux effectués en un certain nombre de vœux dont les principaux nous méritent d'être retenus : sur les réunions tous les trois ans des congrès coloniaux, la lèpre, la statistique générale des colonies, les psychoses, les institutions coloniales, les missions scientifiques, les sanatoria aux colonies, les bilharzioses, les formations sanitaires, la prophylaxie de la maladie du sommeil, l'hygiène des vaisseaux transports, les moustiquaires, la réglementation sanitaire de l'émigration, les stations hydrominérales, la création d'hôpitaux coloniaux, l'urbanisme, la prévoyance et l'assistance sociales, les habitations à bon marché et les caisses d'épargne, la tuberculose et la vaccination. M. NATTAN-LARRIER fait ensuite émettre un vœu en vue de la transformation de l'Ecole de médecine de Marseille en Faculté. De par la présence des nombreux malades atteints d'affections exotiques, richesse incomparable pour l'instruction clinique, de par sa situation géographique et de par l'importance de sa population, cette tranformation s'impose. Enfin, un hommage a été adressé à M. le professeur Bergonié.

La séance de clôture du Congrès, présidée par M. le ministre Strauss, réunissait les 467 congressistes des sections de médecine, d'hygiène et de l'assistance médicale indigène à ceux de la prévoyance sociale qui, ainsi que le dit M. le ministre, doivent collaborer dans la grande œuvre entreprise.

Le soir un banquet réunissait les congressistes sous la présidence de M. le ministre et avec la présence de M. le maréchal Franchet d'Espérey.

Ainsi qu'on peut le voir par les notes qui précèdent, trop courtes pour pouvoir donner à chaque communication la place

qu'elle mérite, le travail fourni a été considérable et les vœux émis témoignent de la haute idée que chacun, dans sa sphère, se fait des devoirs qui nous incombent pour rendre plus beau encore notre Empire colonial et créer plus de bonheur et de santé chez les indigènes qui le peuplent.

Marseille, le 17 septembre 1921.

Dr JEAN ODDO,
Chef de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Marseille.

ACTUALITÉS

FÉBRICULES PROLONGÉES CHEZ LES ENFANTS

M. Comby vient de publier un intéressant travail (1) dans lequel il étudie les *états subfébriles prolongés, fièvres cryptogéniques,* survenant chez les enfants depuis le premier âge jusqu'à l'adolescence, états qui rendent souvent le médecin très perplexe, alors que la famille réclame avec insistance un diagnostic, un pronostic et un traitement.

« Ces faits, écrit Comby, sont bien connus aujourd'hui des spécialistes et le moment est venu de les vulgariser. »

Le tableau clinique est toujours à peu près le même; ce qui domine c'est la fièvre, ou plutôt un état subfébrile vespéral. La température, normale ou voisine de la normale le matin (37 degrés, 37°2), monte le soir à 37°9, 38 degrés, rarement au delà, température prise dans le rectum. Presque toujours le maximum est vespéral; parfois il est matinal, et l'on constate, par périodes ou même constamment, cette inversion thermique, mais ces faits sont beaucoup plus rares. Cette fébricule dure pendant des semaines, des mois, parfois des années. Avec cela, un état général assez bon ou même bon; parfois cependant l'enfant est un peu languissant, a moins d'entrain; son appétit a diminué; aussi remarque-t-on un léger degré de pâleur et d'amaigrissement.

Dès 1908, Jacobson avait étudié ces états subfébriles prolongés, après en avoir observé plusieurs cas survenus à la suite de la grippe; il avait trouvé la cause de ces petites fièvres dans le rhino-pharynx : adénoïdite, amygdalite lacunaire, otites. Jacobson avait bien observé; nous y reviendrons. Puis c'est Morichau-Beauchant qui signale des fébricules prolongées à la suite d'infection pharyngée avec adénites cervicales; il s'agit, dans ces cas, de fièvre ganglionnaire anormalement prolongée. Guinon et Doucet, se basant sur treize observations, admettent deux variétés étiologiques : rhinopharynx et amygdales d'une part, dyspepsie et entéro-colite d'autre part. Martinez Vargat signale les fébricules sous la dépendance d'infection urinaire, de pyélocystite. Armand-Delille étudie en 1919 les prétendues fièvres de croissance et leurs rapports avec l'infection tuberculeuse latente. Renault et Guinon insistent sur l'influence de la nervosité, de la fatigue et des jeux chez certains enfants.

Après avoir rappelé ces divers travaux, Comby relate vingt-deux observations personnelles. Dans un premier groupe de faits, ce sont des enfants de tout âge (neuf mois, seize mois, vingt-six mois, cinq ans, dix ans) qui ont une rhino-pharyngite, une adénoïdite, une amygdalite subaiguë; le cavum est un réceptacle de microbes, et c'est à lui qu'il faut toujours penser en présence d'une fébricule cryptogénique.

Dans d'autres observations, c'est de l'intestin que vient la toxi-infection déterminant la fièvre et Comby signale l'appendicite chronique comme cause de fébricule : voici par exemple un garçon de neuf ans ayant une fébricule prolongée à la suite de grippe, chaque soir 37°8 à 38°2; on redoute l'adénopathie trachéo-bronchique et la tuberculose; mais rien à l'auscultation et, à l'examen du ventre, sensibilité à la palpation de la région appendiculaire; opération par le professeur Hartmann (appendice très malade); guérison. Il faut donc toujours examiner avec grand soin l'appareil digestif des enfants atteints de fièvre cryptogénique. Beaucoup d'enfants ont un appétit irrégulier, mangent trop ou trop peu, avalent sans avoir mastiqué; dilatation de l'estomac, alternatives de constipation et de diarrhée, entérocolite mucomembraneuse sont la conséquence de cette mauvaise hygiène alimentaire. L'appendicite chronique peut encore venir se greffer sur ces troubles gastro-intestinaux; elle évolue sans bruit, sans éclat et il faut le rechercher avec soin.

On voit aussi des enfants qui n'ont ni adénoïdite, ni colite ou appendicite chronique, et qui ont chaque soir de la fièvre, parce qu'ils sont nerveux, agités, toujours en mouvement. Si on laisse ces enfants au lit, la température ne dépasse pas la normale, c'est l'hyperthermie de fatigabilité signalée par Guinon, J. Renault. On peut rapprocher de ces faits les fébricules dues à l'instabilité thyroïdienne, qui ont été signalées par Léopold-Lévi; dans trois cas, le traitement thyroïdien fit disparaître la fièvre.

Mais, en présence d'une fièvre cryptogénique, le médecin a toujours une arrière-pensée. Cette fièvre n'est-elle pas symptomatique d'une tuberculose latente, plus spécialement d'une adénopathie trachéo-bronchique? D'après Comby, la plupart des fébricules prolongées infantiles ne relèvent pas de la tuberculose; celle-ci ne sera toutefois éliminée qu'après une enquête approfondie et un examen complet (auscultation, radioscopie, radiographie). Il n'est pas question ici des états fébriles continus, dans lesquels l'enfant est retenu au lit pendant plusieurs semaines, des typho-bacilloses qui guérissent souvent, mais aboutissent parfois à des localisations bacillaires dont les symptômes et signes ne laissent plus aucun doute. Nous parlons des fébricules permettant à l'enfant de mener à peu près la vie habituelle des enfants du même âge, mais se traduisant par de petits malaises, un léger fléchissement de l'état général et une température anormale le soir. Un tel état s'observe dans la tuberculose ganglio-pulmonaire de la deuxième enfance (1). Ribadeau-Dumas a bien mis au point la question : il rappelle les recherches de Krantz montrant que, chez l'enfant, la température monte facilement à 37°8, 38 degrés à l'occasion d'une marche, d'un jeu. Les réactions de promenade ont une intensité qui ne dépend pas de l'état de santé du sujet, mais de la vivacité de ses mouvements. Mais si, chez l'enfant au repos, on constate une différence de 8/10 entre les températures du matin et du soir, et cela pendant plusieurs jours de suite, il faudra poser la question de la tuberculose; de même, en cas de fièvre rémittente, avec rémissions matinales n'atteignant pas la normale, ou encore de brusques et fortes ascensions

(1) J. Comby. Fébricules prolongées chez les enfants. *Arch. de méd. des enfants.* Tome XXV, n° 8, août 1922, p. 449.

(1) Ribadeau-Dumas. Tuberculose de l'enfant. *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée.* Tome XVIII, 1921.

de température irrégulière. Dans ces conditions, on fera un examen clinique approfondi, complété par un examen radiologique; on pourra aussi pratiquer une cuti-réaction qui donne des renseignements utiles sans qu'on puisse lui demander « d'apporter à la solution du problème une réponse décisive. » Ribadeau-Dumas partage d'ailleurs l'avis de Comby; il faut se garder de voir nécessairement, dans les états subfébriles prolongés de l'enfance, des manifestations de l'infection bacillaire (1).

M. BRELET.

NOTES DE PRATIQUE

LE SALICYLATE BASIQUE D'ALUMINE DANS LE TRAITEMENT DES DIARRHÉES

Nous tenons à signaler à nos lecteurs un fort intéressant article du docteur Rochas paru dans un des récents numéros du *Progrès médical* et relatif à l'emploi du salicylate basique d'alumine dans le traitement des diarrhées (2).

La médication symptomatique employée contre les diarrhées est extrêmement variée. Un groupe des médicaments utilisés est constitué par des modificateurs de la muqueuse intestinale.

Ce groupe comprend des corps agissant comme pansement de la muqueuse. Ce sont les mucilages des poudres des astringents. Ces dernières, se combinant à l'albumine des tissus sur lesquels on les applique, ont une action plus durable. Grâce à la formation de substances insolubles, il se forme une couche protectrice empêchant la pénétration des microbes et s'opposant aux processus inflammatoires.

Parmi ces corps, les sels d'aluminium ont été de tous temps employés. Mais les sels solubles ont dû être laissés de côté à cause du caractère acide de leurs solutions et de leur toxicité. Les sels insolubles, par contre, ont été de tout temps employés : silicate d'aluminium, oxyde d'alumine, alumine hydratée, tannate d'alumine, etc.

Ces sels introduits par voie sous-cutanée ou endoveineuse sont toxiques (Siem, Ehrmann, Wolff) au lieu que par voie digestive ils sont parfaitement supportés à condition d'être insolubles (Ehrmann, Ohlmülher, de Heise).

Le salicylate basique neutre d'alumine, récemment employé par le docteur Rochas, est une poudre blanche ou légèrement rosée (traces de fer), insoluble dans l'eau, très peu attaquée par le suc gastrique. En milieu alcalin, il se décompose lentement en donnant de l'alumine gélatineuse. Il renferme 68,8 p. 100 d'acide salicylique, 26,5 p. 100 d'alumine anhydre. Par suite de son insolubilité, il n'agit qu'au niveau de l'intestin.

Son pouvoir absorbant est considérable : il décolore une solution de bleu de méthylène par agitation. Dans des anses intestinales préparées à la façon de Moreau, on a pu s'assurer qu'il s'opposait au passage des liquides de l'intérieur de la paroi intestinale dans la cavité sans empêcher l'absorption des sels dissous en sens inverse. Par son emploi, en outre, la durée du trajet du bol dans l'intestin est très prolongée.

Cliniquement, essayé dans les hôpitaux de Lyon, il a donné toutes satisfactions dans les diarrhées simples aiguës a frigore ou d'origine alimentaire. Le succès était obtenu avec deux à quatre comprimés de 0g50. Chez les nourrissons, une cuillerée à café de granulé à 50 p. 100 prise en deux fois dans la journée durcit et régularise les selles. Il réussit également bien dans la seconde enfance, et toujours sans causer le moindre trouble.

Dans les entérites chroniques avec diarrhée, il réussit infiniment mieux que le bismuth ou les opiacés.

Chez les tuberculeux, dans les diarrhées du début, les résultats sont également excellents. Ils sont moins bons, on le comprend facilement, dans les diarrhées des tuberculeux cavitaires ou cachectiques.

A noter, comme seul accident, un phénomène de surdité transitoire chez un malade qui, en quinze jours, avait pris cent vingt comprimés, soit la dose assez considérable de 40 grammes d'acide salicylique.

Il agit, en somme, comme topique de la muqueuse intestinale et à cette action s'ajoute l'effet antiseptique de l'acide salicylique. Il s'emploie, soit en comprimés de 0,50 centigrammes, soit en granulé à 25 p. 100, ce dernier mode de préparation est d'un emploi plus commode chez les enfants.

J. R.

(1) J'ai observé plusieurs fébricules prolongées, la plupart ressortissant à des infections amygdalo-pharyngées; dans deux cas, il s'agissait d'entéro-colite (peut-être avec appendicite chronique pour l'un d'eux); un autre cas appartenait à la tuberculose, l'enfant ayant été atteint dans la suite d'une péritonite tuberculeuse dont il a d'ailleurs parfaitement guéri après intervention chirurgicale.

(2) Sous le nom déposé d' « Alunozal », le salicylate basique d'alumine est préparé par le laboratoire des « Produits Usines du Rhône »; il est présenté au corps médical sous forme de comprimés à 0g50 (tubes de 20) et de granulés à 25 p. 100.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée (1), publié sous la direction de Emile SERGENT, professeur de clinique médicale propédeutique, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS, médecin de la Maternité; L. BABONNEIX, médecin des hôpitaux. Tome XXII : **Intoxications.** *Maladies par carence. Maladies par agents physiques. Affections médicales et traumatismes*, par MM. le professeur ACHARD, L. LE SOURD, Stephen CHAUVET, FRANÇOIS, FLANDIN, le professeur BALTHAZARD, LEGRAIN, le professeur MOURIQUAND, CHIRAY.

Les intoxications sont extrêmement nombreuses. Elles donnent naissance à des syndromes qu'il est commun de rencontrer dans la pratique quotidienne. Il faut bien connaître ces intoxications et avoir constamment l'esprit en éveil pour soupçonner l'origine de phénomènes cliniques d'allure souvent dramatique et inhabituelle. Elles sont d'aspect très polymorphe et à mesure que les recherches expérimentales s'accumulent, on retrouve dans une série de troubles morbides jusqu'à présent mal définis l'influence d'un agent toxique ou infectieux resté longtemps méconnu. Les notions acquises sur les intoxications se renouvellent sans cesse et on trouvera dans ce livre de nombreux faits nouveaux.

M. le professeur Achard a bien voulu écrire une introduction où l'on trouvera exposées les considérations générales nécessaires à la compréhension de la physiologie des intoxications. M. le professeur Mouriquand, dont les études entreprises avec M. le professeur Weill ont tant contribué à faire connaître en France les maladies dites de carence, a écrit un article remarquablement documenté sur les affections dues à l'uniformité de l'alimentation ou à l'abus des aliments stérilisés. M. le professeur Balthazard a donné des articles intéressants et fort clairs sur les accidents déterminés par l'intoxication due au carbure d'hydrogène, au sulfure de carbone et par les agents physiques : le feu, le froid, l'électricité, l'air confiné. A M. Flandin sont dus d'importants articles sur les intoxications par les différents gaz. M. François a écrit les intoxications professionnelles, M. L. Le Sourd les toxi-infections alimentaires, M. Chauvet les intoxications par venins de serpent, les champignons.

Une grande partie du volume a été consacrée aux intoxications par l'alcool, l'éther, la cocaïne, la morphine, le haschich, intoxications toujours malheureusement d'actualité. Ces chapitres ont été confiés à M. le docteur Legrain dont on connaît les excellents travaux sur ces sujets. M. Legrain a fait une œuvre des plus intéressante et très originale.

Enfin, M. Chiray a écrit de fort intéressants articles sur le choc traumatique et les affections médicales déterminées ou aggravées par le traumatisme. Bien qu'il ne s'agisse plus ici d'intoxication véritable, les directeurs de cet ouvrage ont

(1) In-8 de 31 figures, 2 planches couleurs. — Prix : 28 francs. — Paris, A. Maloine et fils.

pensé qu'une place devait être réservée à tous les troubles qui ont quelques rapports avec le traumatisme et que le médecin a souvent l'occasion de rencontrer. Les articles qui les concernent sont d'ailleurs assez brefs : ce qu'il importait, c'était de donner un exposé précis des rapports médico-légaux du traumatisme et des affections médicales.

Suivant la tradition de la collection, toutes ces pages sont empreintes d'un esprit essentiellement clinique, la thérapeutique tient une large place, surtout en ce qui concerne les méthodes de traitement curatif ou prophylactique d'application simple et pratique. L. G.

Précis d'histologie physiologique (1), par A. POLICARD, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Ce précis d'histologie physiologique constitue un ouvrage d'un type tout à fait nouveau.

Depuis un certain nombre d'années, l'histologie a subi une évolution profonde. A l'origine exclusivement morphologique, elle est devenue de plus en plus physiologique. L'anatomie microscopique s'est peu à peu transformée en histophysiologie. On ne s'est plus contenté de savoir comment un tissu ou un organe était construit, on a voulu savoir de quelle façon cette structure conditionnait son fonctionnement. De statique, l'histologie est devenue dynamique.

Ce Précis d'histologie physiologique est d'une part un traité d'histologie, exposant la structure intime des tissus et des organes. Il constitue, d'autre part, à certains points de vue, un traité de physiologie générale, dans lequel les documents et notions physiologiques ne sont pas exposés par fonctions, mais par tissus et organes. Enfin par ses nombreux exposés d'histopathologie, il apparaît aussi comme un exposé de pathologie générale et une sorte d'introduction à l'anatomie pathologique.

Dans tous les chapitres de ce Précis, l'auteur rapproche des faits morphologiques les notions de physiologie normale et pathologique qui leur sont reliées. En particulier, une part essentielle est faite aux notions physico-chimiques, spécialement celles concernant les colloïdes, les ions et l'ionisation, les substances lipoïdes, les actions de surface, etc., toutes questions dont l'importance apparaît chaque jour plus grande en physiologie normale et pathologique.

Ce livre s'adresse à la fois à l'étudiant, pour la préparation aux examens universitaires d'histologie et de physiologie, au praticien par les problèmes de pathologie générale qu'il expose et met au point, au chercheur de laboratoire par les idées qu'il est susceptible de faire naître.

Un grand nombre de figures, pour la plupart croquis schématiques, illustrent ce Précis et en rendent particulièrement facile la lecture. L. G.

Myosites aiguës; typhoïde et paratyphoïdes. [*Archives françaises de pathologie générale et expérimentale et d'anatomie pathologique*] (2), par J. SABRAZÈS, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin des hôpitaux.

Cette monographie n'est pas seulement une mise au point des myosites typhiques et paratyphiques; on y trouvera de plus des renseignements précis sur la structure du tissu musculaire et sur les techniques histologiques applicables à son étude.

M. le professeur Sabrazès décrit, en outre, des types cliniques connus, une modalité nouvelle de myosite typhique et paratyphique A dont les tendances suppuratives avortent, n'aboutissant pas à l'abcès collecté. Il apporte des observations cliniques et anatomo-pathologiques personnelles, qui sont accompagnées de dessins et de microphotographies; il expose les résultats positifs de myosite typhique qu'il a expérimentalement obtenus chez le lapin.

Cet ouvrage n'intéresse pas seulement les chercheurs de laboratoire; il s'adresse également aux praticiens désireux de se documenter sur l'évolution et le traitement des myosites aiguës. L. G.

(1) Un vol. in-16 de 1130 pages avec 465 fig. dans le texte. — Prix, cartonné toile : 40 fr. — Paris, G. Doin.
(2) Un vol. in-8 raisin de 120 pages avec 4 planches hors texte. — Prix : 10 fr. — Paris, G. Doin.

Précis d'alimentation des jeunes enfants. Du sevrage à dix ans (1), par le docteur Eugène TERRIEN, ancien chef de clinique infantile de la Faculté à l'hôpital des Enfants-Malades.

Ce livre, fait avec le *Précis d'alimentation des nourrissons* dont le docteur Terrien vient de publier une 4e édition, un « tout » et constitue un manuel complet d'alimentation infantile qui prend l'enfant à la naissance et le conduit au seuil de la onzième année.

Le second volume présente, en particulier, cette originalité qu'alors que les ouvrages relatifs à la première enfance abandonnent le nourrisson au sevrage ou peu après, celui-ci le conduit, au contraire, beaucoup plus loin et contient des renseignements que l'on ne trouve guère systématiquement exposés ailleurs.

Le plan du livre, comme d'ailleurs celui qui est consacré au nourrisson, obéit à la marche suivante :

1° Régime de l'enfant bien portant : besoins de l'organisme, rations théoriques, rations pratiques, évolution selon les âges ; 2° Les régimes dans les états pathologiques : différents régimes ; différents troubles digestifs et leurs correctifs ; troubles généraux de la nutrition, de la croissance et traitements alimentaires correspondants; 3° Les adjuvants du régime : cures d'air, d'exercice, sérums, hydrothérapie, etc. L. G.

La Réaction du benjoin colloïdal et les réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien (2), par Georges GUILLAIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine; GUY-LAROCHE, médecin des hôpitaux de Paris, et S. LECHELLE, ancien interne des hôpitaux de Paris.

La réaction du benjoin colloïdal de MM. Georges Guillain, Guy-Laroche et S. Lechelle est à la fois une des plus récentes et des plus importantes acquisitions de la sémiologie du liquide céphalo-rachidien. Cette réaction simple, facile, pratique est du plus grand intérêt pour les neurologistes, les psychiatres et tous les médecins, car elle permet aussi bien que la réaction de Wassermann de faire rapidement le diagnostic de la syphilis évolutive du système nerveux; cette réaction a d'ailleurs été adoptée dans un grand nombre de laboratoires et les travaux nombreux publiés à son sujet ont tous montré sa spécificité.

MM. Georges Guillain, Guy-Laroche et S. Lechelle ont exposé, dans ce volume, la technique de leur réaction du benjoin colloïdal, les résultats acquis par eux-mêmes et par les biologistes qui ont fait usage de leur méthode. De plus, ils ont étudié les autres réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien la réaction de l'or colloïdal de Lange, la réaction de la gomme mastic, la réaction du bleu de Berlin ; ils montrent tout l'intérêt pratique de ces réactions colloïdales dont l'étude d'ensemble n'a jamais été faite en France.

Cet ouvrage, d'une grande originalité, remarquablement documenté sur toute la littérature étrangère, mérite d'être connu de tous les biologistes et de tous les médecins.

L. G.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE SCOLAIRE 1922-1923

Immatriculation. — Inscriptions. — I. IMMATRICULATION. — Nul n'est admis aux travaux de la Faculté de médecine (travaux pratiques, laboratoires, cliniques, bibliothèque, etc.), s'il n'est porté sur le registre d'immatriculation (décret du 31 juillet 1897). L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance ni par un tiers. Les cartes délivrées aux étudiants ne possédant pas

(1) Un vol. in-8 de 465 pages. — Prix : 14 fr. net. — Paris, Masson et Cie.
(2) Un vol. de 146 pages avec fig. et 3 planches hors texte. — Prix : 12 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

de livret individuel sont strictement personnelles. Elles ne peuvent être prêtées pour quelque motif que ce soit.

Immatriculation d'office. — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande. — Ne sont immatriculés que sur leur demande :

1° Les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires ; 2° les étudiants dont la scolarité est interrompue; 3° les docteurs, les étudiants français et étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté.

La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 30 francs.

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles.

Les immatriculations sur demande sont effectuées au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 15 heures.

II. INSCRIPTIONS. — *Première inscription.* — La première inscription doit être prise du 1er octobre au 8 novembre, de midi à 15 heures.

En s'inscrivant l'étudiant doit produire :

I. Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire, institué par décrets des 31 mai 1902 et 22 juillet 1912, et certificat d'études P. C. N.;

II. Acte de naissance sur timbre ;

III. Consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 2 francs) doit indiquer le domicile du père ou tuteur dont la signature devra être légalisée. (La production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou tuteur) ;

IV. Un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au secrétariat de la Faculté).

Il est tenu, en outre, de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

Inscriptions trimestrielles. — Pendant l'année scolaire 1922-1923, les inscriptions trimestrielles, consécutives à la première, seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de midi à 15 heures, au secrétariat (guichet n° 3).

Premier trimestre : du 11 au 28 octobre 1922 (excepté les lundis et mardis).

Deuxième trimestre : du 5 au 25 janvier 1923 (excepté les lundis et mardis).

Troisième trimestre : du 18 avril au 5 mai 1923 (excepté les lundis et mardis).

Quatrième trimestre : du 6 au 21 juillet 1923.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré.)

Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les étudiants sont priés de déposer, en prenant leur inscription, leur livret individuel qui leur sera restitué avec le bulletin de versement correspondant à l'inscription prise.

Le livret individuel tiendra lieu dorénavant de carte d'immatriculation et de relevé d'inscriptions.

MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur livret un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'internes et d'externes pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

— **Examens.** — 1° ANCIEN RÉGIME D'ÉTUDES. — Les consignations pour les différents examens probatoires du doctorat en médecine seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 3 heures, les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 2 octobre 1922.

Les limites des consignations pour ces examens sont fixées ainsi qu'il suit :

Le registre sera clos pour : le 1er examen, le 20 février 1923; le 2e examen, le 9 janvier; le 3e examen (1re partie), le 16 janvier; le 3e examen (2e partie), le 6 mars; le 4e examen, le 24 avril; le 5e examen (1re partie), le 15 mai; le 5e examen (2e partie), le 12 juin; la thèse, le 19 juin.

Avis aux candidats ajournés (ancien régime). — Tout candidat ayant subi sans succès, dans les délais indiqués ci-dessus, une épreuve pratique ou orale entraînant un ajournement à une date postérieure au 1er juin et antérieure au 15 août, devra solliciter, de M. le Doyen, une abréviation du délai d'ajournement afin de renouveler l'épreuve avant les vacances.

Les demandes à cet effet (rédigées sur papier timbré et adressées au Doyen) seront examinées par la Commission scolaire qui statuera sur chaque cas particulier.

Si le délai expire postérieurement au 15 août, le candidat ne pourra consigner de nouveau pour l'examen avant le 2 octobre suivant.

2° NOUVEAU RÉGIME D'ÉTUDES. — *Session d'octobre 1922.* — MM. les candidats ajournés à la session de juillet 1922 ou autorisés à ne se présenter qu'à la session d'octobre 1922 sont informés que les épreuves pratiques et orales des 1er, 2e, 3e, 4e et 5e examens de fin d'année auront lieu à partir du 23 octobre 1922.

Les consignations préalables seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundi 2, mardi 3 et mercredi 4 octobre 1922, de midi à 15 heures.

Session ordinaire 1922-1923. — Etudiants devant consigner pour l'examen de fin d'année en prenant la 2e, la 6e, la 10e, la 14e ou la 18e inscription en janvier 1923.

Examens de clinique. — Les candidats pourront s'inscrire tous les lundis et mardis à l'un ou l'autre des trois examens de clinique dans l'ordre choisi par le candidat, du 2 octobre 1921 au 12 juin 1922.

N. B. — Les candidats doivent présenter leur livret individuel au guichet n° 3 chaque fois qu'ils consigneront pour un examen.

— **Examens de chirurgie dentaire.** — I. SESSION D'OCTOBRE 1922. — 1° *Examen de validation de stage dentaire.* — La session s'ouvrira le lundi 16 octobre 1922.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté les lundi 2, mardi 3 et mercredi 4 octobre 1922, de midi à 15 heures.

2° *Premier, deuxième et troisième examens.* — La session s'ouvrira le lundi 16 octobre 1922.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté les lundi 2, mardi 3 et mercredi 4 octobre 1922, de midi à 15 heures.

II. SESSION DE JUIN-JUILLET 1923. — 1° *Examen de validation de stage dentaire.* — La session s'ouvrira le lundi 11 juin 1923.

Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté les lundis 28 et mardi 29 mai 1923, de midi à 15 heures.

2° *Premier, deuxième et troisième examens.* — La session s'ouvrira le lundi 25 juin 1923.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté le lundi 11 et le mardi 12 juin 1923, de midi à 15 heures, en faveur des titulaires de quatre, huit ou douze inscriptions. Ces derniers consigneront simultanément pour les deux parties du troisième examen.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DES PLEURÉSIES PURULENTES[1]

A la *percussion*, on délimite une zone de matité sur la ligne axillaire, au niveau des cinquième, sixième, septième côtes. C'est une *matité suspendue* ou en raquette, située entre deux zones sonores.

A l'*auscultation*, on trouve une diminution du murmure vésiculaire, avec respiration soufflante et râles fins au-dessus et au-dessous de la région mate. Skodisme sous-claviculaire parfois.

C'est au cours de l'évolution de cette affection qu'on peut voir une dyspnée intense parfois. Ou bien apparaissent des *hémoptysies* abondantes et répétées précédant ou accompagnant ou suivant une vomique.

La constatation d'un foyer qui siège à la partie moyenne d'un poumon, au niveau d'un interlobe, ne permet pas, à elle seule, d'affirmer l'existence d'un épanchement interlobaire. Ce sont là des signes de présomption et non de certitude. Seule la *ponction exploratrice* vérifiera la présence du liquide. Encore faut-il prendre certaines précautions. Pour éviter la mort subite au cours de la ponction, il est recommandé de faire au malade avant la ponction, une injection sous-cutanée d'huile camphrée-morphine. On utilisera une aiguille d'un calibre assez gros et d'une longueur suffisante pour atteindre l'interlobe. Il faut ne pratiquer cette exploration qu'après un repérage sérieux de la région interlobaire et éviter surtout de larder le poumon de coups d'aiguille en tous sens sous prétexte de ponction blanche.

L'*examen radioscopique* révèle au milieu d'une clarté normale du champ pulmonaire, en haut et en bas, une ombre transversale ou légèrement oblique en bas et en dehors, souvent triangulaire ou en raquette, qui occupe la partie moyenne du poumon. C'est une ombre anormale suspendue. Cette ombre suspendue a des limites supérieure et inférieure assez imprécises quand les rayons sont perpendiculaires au thorax. Au contraire, pour bien voir l'épanchement interlobaire, il faut que le rayon-incident suive toute l'épaisseur de la scissure interlobaire et soit par conséquent oblique en bas, en avant, lorsque le malade regarde l'observateur.

FORMES CLINIQUES. — On a signalé une forme silencieuse, sans vomique et une forme prolongée (Hirtz, Sergent).

Suivant l'agent microbien, on a pu décrire la pleurésie interlobaire streptococcique (Widal et Froin), une pleurésie due au pneumo-bacille de Friedlander (Letulle, Baltus), une pleurésie putride (Chauffard, Rist), une pleurésie tuberculeuse (Sabourin, Mosny et Pinard).

B. PLEURÉSIES PURULENTES DIAPHRAGMATIQUES. — La pleurésie purulente enkystée diaphragmatique est due à l'atteinte élective de la plèvre diaphragmatique. L'épanchement purulent est situé entre la base du poumon et la coupole diaphragmatique.

Elle peut être uni ou bilatérale. Les troubles fonctionnels sont très marqués et attirent l'attention; ils sont en rapport avec les lésions du diaphragme et des nerfs phréniques.

ETUDE CLINIQUE. — a. *Signes fonctionnels*. — La *dyspnée* est constante et accompagne le point de côté. La respiration est accélérée (polypnée), courte, superficielle; cette dyspnée épuise le malade, l'oblige à se tenir assis et lui donne de l'angoisse.

Le *point de côté* est bas situé, au niveau de l'hypocondre, irradiant vers le flanc ou la partie inférieure du dos en demi-ceinture Très violent il arrache des cris au malade; il gêne la respiration et est exaspéré par la toux, les mouvements inspiratoires trop violents.

La *toux* est brève, sèche, pénible, douloureuse, provoquant une sensation de déchirement à la base du thorax.

Le *hoquet* constitue un signe important d'atteinte et d'irritation diaphragmatique sur lequel les auteurs attirent beaucoup l'attention. Il paraît cependant moins fréquent (7 fois sur 62 observations d'Hermil).

La *paralysie du diaphragme* et de l'hémithorax du côté malade : la base du thorax est immobilisée de ce côté et on note une respiration costale supérieure.

b. *Signes physiques*. — On peut noter l'*ampliation* légère du côté malade, l'abaissement de la douzième côte, l'effacement de l'ensellure du flanc, l'immobilité de l'hypochondre. On recherchera les *points douloureux phréniques* : apophyse épineuse de la cinquième cervicale, espace compris entre les deux chefs inférieurs du sterno-mastoïdien, à la base du cou, portion juxta-sternale des espaces intercostaux (point médio-sternal de Jousset), bouton diaphragmatique de Guéneau de Mussy à l'extrémité antérieure de la dixième côte, demi-ceinture douloureuse à la base du thorax; à la percussion, on peut trouver une zone de submatité ou de matité à la base du thorax, se confondant avec celle du foie à droite, recouvrant à gauche l'espace de Traube. Le foie est abaissé dans les pleurésies droites et le cœur est déplacé dans les pleurésies gauches. Les vibrations sont diminuées au niveau de la zone submate et le murmure vésiculaire y est fortement diminué. Parfois on peut percevoir quelques frottements ou quelques râles à ce niveau. Le plus souvent on n'entend ni souffle, ni égophonie, ni pectoriloquie aphone.

L'*examen radioscopique* présente une très grande valeur : l'ombre de la pleurésie forme une bande horizontale, haute de plusieurs centimètres, à la base du thorax à droite ou à gauche. Cette ombre efface le cul-de-sac costo-diaphragmatique; en haut elle est en général assez nette, limitée par le poumon; en bas elle se confond à droite avec le foie, à gauche elle est limitée par la clarté gastrique. S'il y a un pyo-pneumothorax, on voit nettement le niveau du liquide, horizontal, mobile avec les mouvements du malade.

Le diaphragme est absolument immobile du côté malade, alors que du côté sain sa mobilité est conservée et que le cul-de-sac s'éclaire.

Les *signes généraux* sont graves, la fièvre élevée, le pouls rapide, le facies tiré.

L'*évolution* naturelle se fait en général vers la *vomique*. Il se constitue alors un pyopneumothorax sus-phrénique.

FORMES CLINIQUES. — Noter la pleurésie diaphragmatique purulente pneumococcique la plus fréquente, la pleurésie diaphragmatique tuberculeuse assez rare, les pleurésies diaphragmatiques d'origine abdominale, le plus souvent secondaires à un abcès sous-phrénique, à une cholécystite suppurée, à un abcès du foie, à un phlegmon périnéphrétique; les pleurésies diaphragmatiques de cause générale (typhoïde, rhumatisme, scarlatine, érysipèle).

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 69, p. 1118; n° 71, p. 1150, et n° 73, p. 1183.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les services d'hygiène 1914-1918, par G.-H. LEMOINE, médecin inspecteur général de l'armée, correspondant national de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 de la Collection « Les Questions du temps présent », dirigée par Emile Borel et Georges Dumas. — Prix : 10 fr. — Paris, Félix Alcan.

Traitement de la syphilis récente, ancienne, héréditaire (méthode normale), par les docteurs LEREDDE et DROUET. 1 vol., 120 pageo. — Prix : 6 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Lipoïdes et paratoxine. I. *Les lipoïdes de l'organisme*. Leur action biologique (antitoxines, formation d'anticorps); II. *Les lipoïdes biliaires* (*paratoxine*). Technique de leur emploi en thérapeutique, par les professeurs G. LEMOINE et E. GÉRARD. In-8, 74 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Dépliants-cartes de la route des Alpes de Nice a Evian. — La Compagnie P.-L.-M. vient d'éditer une collection artistique en six couleurs de six dépliants-cartes correspondant aux six étapes de ses services automobiles de la route des Alpes : 1° Nice-Barcelonnette; 2° Barcelonnette-Briançon ; 3° Briançon-Grenoble ; 4° Grenoble-Annecy; 5° Annecy-Chamonix; 6° Chamonix-Evian.

Chaque carte, placée sous couverture rehaussée de deux aquarelles représentant des vues de la région, comporte, en outre du kilométrage dans les deux sens et du profil de la route, l'indication des points caractéristiques : villages, cols, sommets, glaciers, etc. Les sommets et glaciers visibles de cette route sont repérés par des flèches de direction, de façon que le voyageur puisse se rendre facilement compte de leur situation :

Prix de vente : 2 fr. la carte, 10 fr. la pochette de six cartes dans les agences P.-L.-M., les bureaux de renseignements et bureaux de ville du réseau. Envoi par poste recommandé sur demande adressée à l'agence P.-L.-M., 88, rue Saint-Lazare, à Paris, ou au service de la publicité de la Compagnie P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, à Paris, et accompagnée de la somme de : 2 fr. 40 par carte, 10 fr. 85 par pochette de six cartes pour les expéditions à destination de la France; 2 fr. 45 par carte, 11 fr. 05 par pochette de six cartes pour les expéditions à destination de l'étranger.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

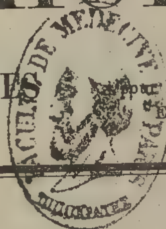
Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Etudiants étrangers, 25 francs par an.



ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Hudelo, P.-M. Weil, Le Gendre, Petit, M. Labbé, Thiroloix, Walther, Coutelas, Picot, Mondor, Sauvé, Ecalle.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 26 septembre. — Question donnée : « Etiologie et évolution du panaris de la phalange unguéale du pouce. »

MM. Mesplonal, 17; Meyer, 13; Marion, 16 1/2; Monnier, 15 1/2; Moutarde, 18; Perrier, 12; Perissé, Ménard et Micolles, 13; Monnerot-Dumaine et Mlle Odru, 16; M. Méraud, 13 1/2; Mlle Malrat, 9.

Séance du 27 septembre. — Question donnée : « Examen clinique d'un malade atteint de dothiénentérie au deuxième septénaire. »

MM. Touvet, 6; Tabuteau, 12; Mme Trivas, 16; MM. Vannier et Stéhelin, 18; Varé, 13; Zitzermann et Surpas, 15; Zagdoun et Vezin, 16; Stérin et Weill (Jean), 15; Zimmer-Hirsch, 9; Terzian, 12; Thoyer, 16 1/2.

Anatomie. — Séance du 25 septembre. — Question donnée : « Tiers supérieur du fémur. »

MM. Gallois (Pierre), 16; Farrando et Durrbach, 15; Frémont, 18; Fort-Rémond, 10; Comar, 6; Fortin (René), 10; Even, 6; Després, 15; Fallex, 16; Gasné, 18; Marion, 12; Falaise, 17 1/2; Delvaille, 14 1/2; Glaive, 15; Duverger, Gadaud et Limal, 6.

Séance du 27 septembre. — Question donnée : « Surface articulaire, capsules et ligaments de l'articulation temporo-maxillaire. »

MM. Gavois et Gibert, 14; Mlle Devin, 6; MM. Gaston (Jean), 14; Dhaussy, 6; Fayot, 15; Derancourt, 12; Mlle Fayot, 10; MM. Francioni, 6; de Ginestel, 15; Dreyfus (Vital), 6; Desormeaux, 17; Fouquet, 16; Drouhard et France, 15; Prévost, 14; Ferrand, 6; Duval, 7.

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR MAGNAN. — Le Conseil général de la Seine vient d'autoriser l'apposition sur la façade du Service de l'admission, à l'Asile clinique Sainte-Anne, par les soins du Comité Magnan, d'un haut-relief destiné à perpétuer la mémoire du docteur Magnan, ancien médecin en chef de ce service.

GUERRE. — Service de santé militaire. (Armée active.) — Sont nommés :

Au grade de médecin inspecteur. — MM. les médecins principaux de 1re classe Bonneau et Gaide.

— Par décret, en date du 23 septembre 1922, sont promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — M. le médecin principal de 2e classe Fromont.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Védrines, Melot, Dehoey, Bouquet de Jolinière.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Lutrot, Fulcrand, Cellerier, Charrier, Muller, Cordier, Jeanty, Azaïs, Robert, Bertein, Fournier, Fontanel, Grenier.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Bergeret, Couette, Barraux, Hombourger, Dario, Estève, Bonnefous, Boisseau, de Courrèges, Hinault, Deschamps, Nouveaux, Jacob, Vachet, Proteau, Brée, Debrie, Desangles.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe. — M. le pharmacien-major de 2e classe Landry.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe. — M. le pharmacien aide-major de 1re classe Marcailhou d'Aymaric.

— Corps de santé des troupes coloniales. — L'article 3 du décret du 21 juin 1906, portant règlement d'administration publique sur l'organisation du Corps de santé des troupes coloniales, est remplacé par le suivant :

« Les médecins et pharmaciens se recrutent :

1° Parmi les élèves des écoles militaires du Service de

santé ayant obtenu, à la sortie des dites écoles, le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien ;

2° Parmi les docteurs en médecine ou pharmaciens, sur la production de leurs titres universitaires (diplômes de docteur en médecine ou de pharmacien universitaire) et figurant sur une liste d'aptitude, dressée par une commission de classement, fonctionnant dans des conditions arrêtées de concert entre les ministres de la Guerre et des Pensions et des Colonies.

Les uns et autres sont nommés aides-majors de 2e classe ; ils suivent pendant un an les cours d'une école d'application.

A la sortie de cette école, ils subissent des examens de fin d'études et prennent rang entre eux dans l'ordre de leur classement à ces examens. »

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui sera une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 16 octobre 1922, au Cercle militaire, à 21 heures.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Le matériel technique et les ateliers généraux du Service de santé », par M. le médecin-major Vincent.

Comme d'habitude, cette conférence sera précédée d'un dîner amical, à 19 heures précises (tenue civile, prix : 16 fr.), au Cercle militaire.

Prière de renvoyer son adhésion au secrétaire général, avant le 11 octobre, avec le nom et l'adresse très lisibles, si l'on veut être assuré d'un couvert.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort du docteur Reiss (de Metz), victime des rayons X.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

PHARMACIEN. RÉCLAME

FAUTE COMMISE

M. l'abbé B..., recteur des Chapelains de la Salette, était locataire, en vertu d'un bail à lui consenti par l'administration des Domaines, le 12 octobre 1910, de tous les immeubles constituant le domaine de la Salette et dépendant de l'ancienne mense épiscopale du diocèse de Grenoble. Un pharmacien, pour la réclame de ses produits, avait fait usage de vignettes et de publications représentant l'image de tout ou partie de la chapelle de la Salette et laissant croire que les produits dont il s'agit provenaient du lieu de pèlerinage. L'abbé B... lui intenta un procès pour faire cesser cet usage de réclames abusives et trompeuses sur des produits pharmaceutiques, destinées à donner le change sur leur origine.

Le tribunal lui donna raison ; la Cour d'appel de Grenoble dans un arrêt, rendu le 15 juillet 1919, confirma la décision des premiers juges. Le pharmacien s'adressa à la Cour de cassation, en se fondant sur la fausse conception juridique de l'arrêt de la Cour d'appel qu'un locataire serait investi du droit exclusif de reproduire et publier des vues et dessins de la chose ou de l'immeuble loué par lui, alors que ce droit, inhérent à celui de la propriété, n'appartient qu'au bailleur et que le bailleur seul pourrait critiquer, le cas échéant, l'usage qu'un tiers ferait de ces vignettes.

La Cour de Cassation n'admit pas la prétention du pharmacien, et rendit un arrêt le 14 décembre 1921, d'où nous détachons le passage suivant :

« Mais, attendu qu'il est constaté par l'arrêt que l'affectation religieuse du domaine de la Salette, bien que non mentionnée au bail administratif susvisé, « y était implicitement « prévue par la destination même des lieux, qui s'y est main- « tenue et perpétuée jusqu'à ce jour, sans opposition d'au- « cune sorte » ; que les publications de Z .. ont causé un préjudice à l'abbé B...; qu'elles sont abusives et destinées à tromper le public sur une œuvre qui a conservé jusqu'ici un caractère religieux et qu'il importe à B... de ne pas voir dénaturer, en la laissant plus longtemps servir de réclame à des produits pharmaceutiques qui n'ont jamais tiré leur origine des lieux loués;

Attendu que ces constatations, souveraines de fait, établissent légalement l'existence d'une faute imputable à Z... et justifient l'arrêt attaqué... »

Le pharmacien s'était livré à un acte de concurrence illicite, laquelle diffère de la concurrence déloyale qui suppose la mauvaise foi. Tout fait dommageable présentant un caractère commercial — et quelquefois même civil — peut être qualifié de concurrence illicite et sanctionné comme tel par l'allocation de dommages-intérêts au profit de celui qui en est la victime (*Traité des marques de fabrique*, par Taillefer et Claro, nos 890 et 891). C'est une application de ces principes qu'a faite la Cour suprême ; on ne peut qu'approuver sa décision.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CONGRÈS

XXXIe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. (PARIS, 2-7 octobre 1922.) — ORDRE DES SÉANCES DU CONGRÈS (à la Faculté de médecine). — *Lundi 2 octobre.* — A 14 heures : *Séance d'inauguration*, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Strauss, ministre de l'Hygiène.

1° Discours de M. le professeur Henri Hartmann, président du Congrès.

2° Compte rendu du secrétaire général.

A 15 heures : Discussion de la question mise à l'ordre du jour. *Résultats actuels des greffes osseuses* : MM. Cunéo (de Paris) et Rouvillois (armée), rapporteurs.

MM. Cunéo et Rouvillois. Résumé des rapports.

Mardi 3 octobre. — A 14 heures : Suite de la discussion sur les *Résultats actuels des greffes osseuses.*

Communications individuelles : pathologie générale, thorax, paroi abdominale.

Mercredi 4 octobre. — A 14 heures : Discussion de la question mise à l'ordre du jour. *Résultats éloignés des opérations portant sur les troncs artériels des membres* : MM. René Leriche (de Lyon), Paul Moure (de Paris), rapporteurs.

Mercredi soir. — A 21 heures : Soirée offerte par M. le professeur Henri Hartmann, président du Congrès, et Mme Henri Hartmann, en l'hôtel de Mme la comtesse de Béhague, 123, rue Saint-Dominique.

Jeudi 5 octobre. — A 14 h. 1/2 : *Assemblée générale.*

A 15 h. 1/2 : *Communications diverses* avec projections.

A 19 h. 1/2 : *Banquet* par souscription (au Palais d'Orsay). — Les dames sont admises.

Vendredi 6 octobre. — A 14 heures : Discussion de la question mise à l'ordre du jour. *Techniques et résultats de l'extirpation des tumeurs du gros intestin (rectum excepté)* : MM. Abadie (d'Oran) et Okinczyc (de Paris), rapporteurs.

Samedi 7 octobre. — A 14 heures : *Communications individuelles* : abdomen, rectum, appareil génito-urinaire, tête et cou, membres.

A 16 h. 1/2 : *Présentation d'instruments et d'appareils.*

EXPOSITION. — Pendant la durée du Congrès, une exposition d'instruments de chirurgie, d'électricité médicale, pansements, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de médecine.

REVUE GÉNÉRALE

RÉSULTATS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ULCÈRES DE L'ESTOMAC ET DU DUODÉNUM[1]

Par M. GUSTAVE G. MOPPERT,
Chirurgien-adjoint à la Clinique chirurgicale de Genève.

III. **Les résections** (2). — A. ULCÈRES DU GROUPE PYLORIQUE. — a. *Résection pylorique.* — 1. *Opération de Bilroth II* (4 malades). — Des quatre malades de cette série, deux ont subi d'emblée la résection, deux autres l'ont subie secondairement.

Les deux premiers malades fournissent deux « très bons résultats ». Les données du chimisme et du transit concordent : tubage à jeun, q. s. p., couche intermédiaire, acidité, tonus, évacuation sont en grand progrès. L'acidité totale est basse, l'Hcl. libre est absent; l'évacuation se fait entre deux et six heures. Les deux derniers malades donnent un résultat mauvais et une « amélioration ». Chez l'un, la résection du pylore n'a pas mis fin aux complications multiples qui l'ont entraîné à la mort : hématémèses, melæna, ulcère peptique, ulcère peptique jéjuno-colique. Ce malade a toujours conservé une acidité élevée (1,46; 1,60; 2,35 d'acidité totale; 1,02; 2,19 d'Hcl. libre). Chez l'autre, les douleurs persistent, bien que les résultats du chimisme et du transit soient satisfaisants.

2. *Opération de Kocher* (1 malade). — Ce malade a souffert pendant les trois années qui ont suivi son opération, puis les symptômes se sont peu à peu amendés. Cette période de malaises a correspondu aux troubles du chimisme (tubage à jeun positif, q. s. p. élevée (386 cc), acidité totale (3,06) et chlorhydrique (2,92) élevées, mauvais tonus). Dès le quinzième mois, les accidents se sont compliqués d'un retard d'évacuation qui persiste encore au cours de la cinquième année (évacuation entre six et vingt-quatre heures). Malgré ce retard d'évacuation, les douleurs ont cessé depuis deux ans. Le cas est « amélioré ».

3. *Opération de Reichel-Polya-Perthes* (2 malades). — Les deux malades sont d'anciens ulcères peptiques réopérés. L'un a récidivé, l'autre reste amélioré depuis huit mois.

Si l'on juge dans leur ensemble les résultats de ces trois groupes d'opérations qui visent au même but, la résection du pylore, nous obtenons un tiers de très bons résultats, un tiers d'améliorations et un tiers de mauvais résultats.

Telle quelle, la statistique n'est pas très exacte, car elle comprend des cas antérieurement opérés et qu'une résection pylorique n'a pas guéris. Si l'on ne tient compte que des résections pyloriques faites d'emblée, on obtient des résultats tout à fait différents : 67 p. 100 de très bons résultats, 33 p. 100 d'améliorations, aucun mauvais résultat.

B. ULCÈRES DE LA PETITE COURBURE. — a. *Sans opération sur le pylore.* — *Opération de Riedel* (8 malades) :

	AVANT OPÉRATION					APRÈS OPÉRATION				
Tubage à jeun			29 % +					47 % +		
Q. s. p			128 cc.					173 cc.		
Bile			0 % +					5 % +		
Couche intermédiaire			57 % +					100 % +		
Acidité totale			2,28 ‰					1,68 ‰		
HCl libre			1,32 ‰					0,63 ‰		
Péristaltisme			variable					exagéré		
Antipéristaltisme			absent					79 % ÷		
		hyper	ortho	hypo			hyper	ortho	hypo	
Tonicité				100 %			32 %	60 %	8 %	
	h. 0—2	2—6	6—24	24—48	48—?	0—2	2—6	6—24	24—48	48—?
Evacuation	28,5 %	43 %	28,5 %	0 %	0 %	0 %	9 %	36,5 %	36,5 %	18 %
Evacuation (à partir 6e mois)						8 %	23 %	31 %	15 %	23 %
Résultats		très bon 0 %				amélioration 62,5 %			mauvais 37,5 %	

Après opération, la proportion des *tubages* positifs passe de 29 p. 100 à 47 p. 100. Ce dernier chiffre est encore trop bas par rapport au très fort pourcentage des couches intermédiaires positives (100 p. 100).

Quantité stomacale primitive. — Normale avant l'opération (128 cc), la q. s. p. augmente légèrement après (173 cc). Les chiffres ne correspondent pas aux désordres que nous signalons plus loin et qui concernent plus particulièrement l'évacuation. Malgré deux gros chiffres qui proviennent d'examens faits directement après l'opération, la moyenne reste dans des proportions voisines de la normale.

Bile. — La présence de la bile n'a été constatée après l'opération, que dans le 5 p. 100 des cas.

Couche intermédiaire. — C'est un signe dont la constance est remarquable, nous l'avons trouvé vingt-cinq fois sur vingt-cinq examens. Il indique, dans le cas particulier, un trouble permanent de la sécrétion gastrique.

Evacuation. — Contrairement au retard d'évacuation qui est fréquent dans l'ulcère de la petite courbure, cinq estomacs sur sept (le huitième n'a pas subi d'épreuve) ont présenté, avant l'opération, une évacuation normale ou même précipitée. Après l'opération, tous les estomacs présentent un gros retard d'évacuation. Deux d'entre eux présentent un retard qui dépasse cent soixante huit heures pour l'un et quatre cent huit heures pour l'autre. Dans les mois qui suivent, cette lenteur d'évacuation diminue mais ne disparaît pas tout à fait. Chez les autres malades, le retard reste stationnaire ou bien s'atténue, ou bien encore cesse complètement.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 74, p. 1189.

(2) Dans le groupe pylorique, la résection de l'ulcère accompagne celle du pylore; il n'en est pas de même dans le groupe petite courbure.

Si l'ulcère récidive, le retard s'accentue et prend quelquefois de grandes proportions. Une de nos malades évacue son estomac entre vingt-quatre et quarante-huit heures, directement après l'opération. Dix mois après, une stase gastrique qui persiste encore à la trois cent trente-sixième heure, coïncide avec une triple récidive de l'ulcère. Une autre malade présente tout au début un retard d'évacuation qui dépasse la cent soixante-huitième heure. L'état s'améliore progressivement en même temps que l'évacuation se fait entre la sixième et la vingt-quatrième heure. A la suite d'une récidive de l'ulcère, le retard s'accentue et dépasse la vingt-quatrième heure.

Acidité totale et acide chlorhydrique libre. — Les grands désordres de l'évacuation n'ont pas de répercussion sur l'acidité totale et chlorhydrique dont les moyennes sont normales. A cet égard, la résection de l'ulcère amène une diminution immédiate de l'acidité. Cette acidité reste basse à condition que l'état local reste bon. Dès la récidive de l'ulcère, les deux acidités augmentent parallèlement. Nous pensons même que l'hyperacidité et l'hyperchlorhydrie précèdent la récidive. C'est ce qui se passe avec une de nos malades. Au cinquième mois après l'opération, elle se plaint de brûlures et de renvois acides et l'on constate une acidité chlorhydrique de 1,82. Au huitième mois, cette acidité tombe à 0,51, mais l'image diverticulaire est là. C'est un exemple frappant de la succession des accidents : spasme pylorique, hyperchlorhydrie, ulcère.

Tonicité. — L'amélioration de la tonicité qui est constante doit être mise sur le compte du raccourcissement subi par l'estomac au cours de la résection médiogastrique. En effet, directement après l'opération, la plupart des estomacs sont hyper ou orthotoniques. A la longue, cependant, et particulièrement pour les cas qui récidivent, la tonicité tend à reprendre sa forme première. Indépendamment du spasme pylorique qui joue un rôle dans cette dilatation secondaire de l'estomac, il faut tenir compte des conditions créées par l'opération au niveau du segment inférieur. Ce segment n'est plus innervé par la dixième paire, il se dilate et s'abaisse peu à peu.

Les radiogrammes et les radiographies signalent toujours l'existence d'un rétrécissement médiogastrique. Les auteurs ont beaucoup discuté pour savoir si ce rétrécissement était fonctionnel ou organique. Nous pensons qu'il est à la fois anatomique et fonctionnel; anatomique, parce que les deux courbures sont déformées et non pas seulement la grande, fonctionnel, parce que les images radiologiques ne correspondent pas en forme et dimensions avec les constatations opératoires. La double ou triple suture d'enfouissement crée nécessairement une légère sténose qui se complique d'un spasme d'autant plus accusé que le rétrécissement est plus étroit.

Péristaltisme. — Avant l'opération, les trois formes caractéristiques du péristaltisme sont représentées, traduisant, particulièrement la première et la dernière, la réaction de l'estomac vis-à-vis du spasme pylorique. Après l'opération, un phénomène est constant, c'est l'hyperpéristaltisme, toujours localisé sur la poche inférieure.

Alors que la poche supérieure présente un péristaltisme normal avec une vague calme qui s'achève discrètement au niveau de la suture médiogastrique, la poche inférieure est animée d'ondes profondes, violentes, qui se succèdent sans interruption et viennent toutes se briser contre le pylore en état de spasme. L'hyperpéristaltisme peut continuer à se manifester sans arrêt pendant des heures ou même pendant des jours ou même encore pendant des mois.

Quelquefois, une accalmie survient; quelquefois encore le péristaltisme débute par un mouvement hypo et se continue à la sixième heure par un mouvement hyper. Dans un cas, l'hyperpéristaltisme n'est apparu que plusieurs mois après.

Antipéristaltisme. — L'antipéristaltisme apparaît immédiatement ou tardivement après l'opération. L'apparition tardive est la plus fréquente. Tous les cas examinés à une époque suffisamment éloignée de l'opération ont montré la présence d'un antipéristaltisme qui est tantôt hyper, tantôt hypo. C'est une vague lente, superficielle ou profonde qui naît au pylore et fait en sens inverse le chemin parcouru par l'onde péristaltique ; elle débute au moment où l'onde contraire vient se briser contre la falaise pylorique ; elle reste toujours limitée à la poche inférieure.

Beaucoup d'auteurs estiment que l'antipéristaltisme n'est pas un véritable mouvement, qu'il est la résultante passive de la vague péristaltique venant se briser contre le pylore en état de spasme. Cette explication n'est pas satisfaisante. Il est préférable, à notre avis, d'admettre l'intervention d'un mouvement autonome qui n'entre en jeu que sous certaines conditions (spasme pylorique, déséquilibre du péristaltisme). D'ailleurs, les deux vagues sont indépendantes en nombre, force et profondeur, et quelquefois l'antipéristaltisme n'est précédé ou suivi d'aucun péristaltisme.

Résultats. — Augmentation du pourcentage des tubages à jeun positifs, augmentation de la quantité stomacale primitive, constance de la couche intermédiaire, gros retards d'évacuation, diminution de l'acidité totale et chlorhydrique, augmentation du tonus gastrique, constance d'un hyperpéristaltisme et d'un antipéristaltisme : aucun résultat « très bon », 62,5 p. 100 « d'améliorations », 37,5 p. 100 de « mauvais » résultats, — tel est le bilan de l'opération de RIEDEL.

Sur les huit cas, trois ont récidivé, l'un par un ulcère simple, l'autre par trois ulcères, l'autre par des hémorragies profuses.

A première vue, l'idée paraît heureuse de vouloir supprimer l'ulcère en restituant la forme et la fonction de l'estomac. Mais si l'ulcère est supprimé et la forme momentanément restaurée, il n'en est pas de même de la fonction qui est gravement compromise. C'est que le principe même de l'opération repose sur une erreur physiologique, celle d'avoir méconnu le rôle de l'innervation dans la motricité de l'estomac.

Or, que se passe-t-il dans l'opération de Riedel? Nous ne savons pas au juste laquelle des innervations est supprimée; il est possible que le vague et le sympathique soient à la fois compromis. Mais, nous constatons une chose, c'est qu'au niveau du segment gastrique inférieur, l'équilibre est désormais rompu et que cette rupture d'équilibre se traduit par de l'hyperpéristaltisme, de l'antipéristaltisme, un spasme pylorique, une lenteur de l'évacuation.

Fait plus intéressant encore : tous ces symptômes qui, réunis sur un estomac normal, devraient produire de la douleur, de la rétention, de la dilatation gastrique et des vomissements, ne donnent lieu, dans le cas particulier, à aucune manifestation clinique. Le désordre est plus apparent que réel; il est compatible avec un état général excellent. Les douleurs disparaissent, les malades s'alimentent et augmen-

tent en poids. Bref, si les rayons X ne donnaient pas la preuve d'un déséquilibre moteur, rien ne permettrait de le soupçonner.

L'opération de *Riedel* confirme ainsi les idées de *Sencert*, *Allenbach* et *Ferry* sur l'incoordination motrice de l'estomac après lésion du pédicule nerveux de la petite courbure.

Mais il reste un point délicat à discuter, c'est l'avenir de ces opérés.

Sur les 8, 3 ont récidivé avec le cortège des symptômes de l'ulcère. L'un des trois, décédé des suites d'une seconde intervention, a fait une récidive qui comportait trois énormes ulcères.

Cette poche inférieure subit des changements importants dans sa texture anatomique. Macroscopiquement, la muqueuse est lisse, atrophiée, de coloration violacée; elle fait contraste avec la muqueuse de la poche supérieure qui est mamelonnée, de coloration claire. D'autre part, la muqueuse de la poche inférieure est plus sensible au processus d'ulcération; car, détail digne d'être remarqué, toutes les récidives se sont faites sur la poche inférieure, près de la ligne de suture, sans jamais franchir cette dernière.

D'une manière générale, nous n'avons pas trouvé dans la littérature une statistique aussi noire que la nôtre.

Kirschner et *Mangold*, étudiant la fonction motrice du sphincter et de l'antre pylorique, chez le chien, après section transversale de l'estomac, arrivent aux conclusions suivantes : la tonicité du sphincter et le rythme d'évacuation sont conservés, les contractions antriques ne sont pas modifiées, il existe une coordination entre le sphincter et l'antre, les fonctions stomacales sont rétablies dans leur intégrité.

Redwitz, par des expériences faites sur le chien, estime que la résection n'amène aucun changement dans la motilité et le chimisme.

Il y a là une discordance complète entre des observations de chirurgie expérimentale faites sur le chien et les constatations faites chez l'homme. Nous savons déjà, par les erreurs commises autrefois à propos de la gastro-entérostomie, que l'estomac du chien présente une morphologie différente de l'estomac humain. Il est probable qu'une discordance semblable existe pour l'innervation.

Eiselsberg constate que la résection médiogastrique donne de bons résultats immédiats mais qu'elle fournit, par la suite, une proportion relativement élevée de récidives (9 sur 64, c'est-à-dire 14 p. 100; notre série donne 37,5 p. 100).

Clairmont, se basant sur l'étude de 154 résections, est frappé du nombre élevé de récidives.

Ce danger de la récidive attire également l'attention de *V. Haberer* qui attribue au pylore la cause des désordres post-opératoires. Pour éviter le spasme pylorique, il abandonne la résection segmentaire pour l'opération de Billroth I.

Kleinschmidt, élève de *Payr*, fait des examens de contrôle chez 33 opérés. Chez tous, sauf un, la douleur et les phénomènes subjectifs ont cessé; le chimisme a fait retour à la normale.

Jungermann donne les chiffres suivants sur les résultats de la résection segmentaire :

Guéris	71,4 p. 100
Améliorés	17,7 p. 100
Mauvais résultats	17,9 p. 100

Il compare ces chiffres à d'autres qu'il présente pour la gastro-entérostomie (48,8 p. 100 de guérison), la gastro-entérostomie ÷ exclusion (57,1 p. 100 de guérison), la résection pylorique (46,7 p. 100 de guérison) et constate que la résection médiogastrique donne les meilleurs résultats.

Hempel, faisant sur la base de cinquante travaux une étude comparative entre les résultats de la gastro-entérostomie et ceux de la résection, donne l'avantage à la résection pour les motifs suivants : résultats meilleurs, récidives moins fréquentes, absence d'ulcères peptiques, danger de la dégénérescence maligne écarté. Il espère voir la mortalité — encore trop élevée — s'abaisser par le perfectionnement de la technique. Ses résultats globaux sont : mortalité 0 à 28 p. 100; guérison 77 p. 100; amélioration 95 p. 100. Il estime la récidive de l'ulcère à 8 p. 100, mais déclare qu'elle est particulièrement fréquente dans les résections transversales. Cette statistique comprend toutes les résections et ne différencie pas la résection segmentaire des autres résections.

Lecène étudie les résultats éloignés (six, sept et demi et dix ans après l'opération) de trois résections segmentaires et ne trouve chez ses malades aucun désordre gastrique.

Tous nos examens, nous l'avons dit, prouvent l'existence du spasme pylorique.

Tel n'est pas l'avis de *Kloiber* qui constate régulièrement chez ses malades un léger degré d'insuffisance pylorique.

Certains auteurs ont complété l'opération de *Riedel* par une anastomose dérivatrice faite sur la poche inférieure. C'est une opération complémentaire qui évite les effets directs du spasme pylorique, mais elle reste — elle aussi — dangereuse, parce qu'elle est faite sur un segment gastrique privé de son innervation.

Par ses résultats directs et éloignés, par les lésions définitives qu'elle crée, l'opération de Riedel doit être abandonnée irrémédiablement.

2. *Opération dite de Péan-Billroth I* (2 malades). — Il faut distinguer nettement les cas où l'opération supprime le pylore et les cas où elle ne le supprime pas. Or, *Péan*, comme *Billroth*, supprimait le pylore. Le pylore ayant été conservé dans les cas que nous décrivons, c'est la raison pour laquelle nous avons appelé l'opération « dite de *Péan-Billroth I* ».

Conserver le pylore, c'est en effet obtenir, à peu de chose près, et pour les mêmes raisons, le résultat de l'opération de *Riedel*, l'influence fâcheuse du spasme pylorique, avec cette différence qu'il n'existe plus de poche inférieure capable de se dilater et de s'ulcérer.

Chez le premier malade, seul le résultat immédiat est connu : l'acidité totale a diminué (0,73), l'HCl libre est resté ce qu'il était (O); l'évacuation n'a pas été modifiée (six à vingt-quatre heures).

Le second malade présente un résultat immédiat mauvais. En effet, le tubage à jeun (80 centimètres cubes), la q.s.p. (251 centimètres cubes) augmentent, la couche intermédiaire persiste, l'évacuation est retardée (six à vingt-quatre heures), l'acidité totale et chlorhydrique est abaissée par rapport à celle d'avant l'opération, mais reste élevée pour l'HCl libre (1,10).

Au sixième mois, le « mauvais résultat » persiste, les chiffres d'acidité dépassent ceux d'avant l'opération (2,19 d'acidité totale et 1,61 d'HCl libre). Ce n'est qu'au vingtième mois que l'amélioration intervient et coïncide avec une amélioration clinique (acidité totale 1,46; HCl libre 0,65; évacuation entre deux et six heures).

Chez les deux malades, le péristaltisme présente la caractéristique d'un segment gastrique privé de son innervation : vagues rapides, violentes et profondes. L'antipéristaltisme, par contre, est absent.

b. *Avec exclusion du pylore.* — 1. *Opération de Billroth II* (1 malade). — Le cas s'améliore peu à peu à tous les points de vue, mais une année après, il persiste un pourcentage encore élevé d'HCl libre (1,38 p. 1000). Le seul traitement possible est d'essayer d'abaisser cet excès d'acide par un régime sévère.

2. *Opération de Reichel-Polya-Perthes* (1 malade). — Directement après l'opération, tubage, q.s.p. sont augmentés, la couche intermédiaire existe, l'évacuation est retardée. L'acidité totale et chlorhydrique, par contre, est très basse.

D'après des renseignements d'ordre subjectif, le cas s'est amélioré progressivement.

c. *Avec résection du pylore.* — 1. *Opération de Billroth II* (2 malades). — Les deux cas présentent d'emblée un excellent résultat qui se maintient encore tel quel plusieurs années après. Absence de tubage à jeun, q.s.p. basse, absence de couche intermédiaire, excellente évacuation (zéro à deux heures), acidité totale basse, disparition de l'HCl libre, régénération du tonus, hyper ou hypopéristaltisme. C'est le type d'un drainage parfait de l'estomac.

2. *Opération de Reichel-Polya-Perthes.* — Mêmes constatations que pour l'opération précédente.

3. *Opération de Kocher* (1 malade). — Directement après l'intervention, la q.s.p. est encore élevée, une couche intermédiaire est apparue et l'évacuation est particulièrement retardée. L'acidité totale et chlorhydrique, par contre, est d'emblée abaissée. Neuf mois après, la fonction est parfaite, l'évacuation se fait dans les deux heures.

On peut reprocher à ces trois dernières opérations une évacuation trop rapide de l'estomac qui supprime les facteurs d'une bonne digestion. Les petits troubles qui résultent d'une évacuation un peu précipitée ne sont pas bien graves, puisque nos malades ne s'en sont jamais plaints.

Il est, à notre avis, préférable d'obtenir un large drainage permanent d'un estomac habitué depuis longtemps à fabriquer de l'acide en excès et prêt à en fabriquer au moindre obstacle. C'est le moyen le plus sûr d'éviter la récidive de l'ulcère.

Discussion. — Les résultats de la résection pylorique pour ulcère du groupe pylorique sont influencés par un certain nombre de cas qui ont subi cette opération, alors que plusieurs autres interventions avaient échoué. Cette suppression du pylore n'a pas empêché deux de nos malades de faire des ulcères peptiques. Ces résultats sont donc médiocres dans leur ensemble, mais si l'on n'envisage que les résections faites d'emblée, ils sont légèrement supérieurs (67 p. 100) à ceux d'une simple gastro-entérostomie (57 p. 100).

V. Haberer est convaincu de l'action nocive du pylore dans l'apparition des désordres post-opératoires, en particulier de l'ulcère peptique. A ce propos, *Hotz* a versé au débat l'histoire d'un malade qui fit, après résection du pylore, une double récidive d'ulcère. *V. Haberer*, à qui le cas fut soumis, estime que l'un des ulcères est une récidive (l'ulcère n'ayant pas été complètement réséqué lors de l'opération) et que l'autre avait échappé au chirurgien au cours de la première intervention. Or, notre statistique nous fournit deux exemples d'ulcères peptiques après résection du pylore. Chez deux de nos malades auxquels nous avions antérieurement supprimé le pylore pour des douleurs persistantes, un ulcère peptique est apparu. Au cours de l'intervention, nous avons pu constater d'une part l'intégrité du pylore, d'autre part l'existence d'un ulcère au siège de l'anastomose. C'est bien la preuve, malgré tout, que le pylore n'est pas seul responsable des accidents peptiques.

Certains malades font des récidives successives d'ulcère peptique. Il semble inutile, en effet, de rétablir chaque fois l'ancienne gastro-entérostomie qui paraît infailliblement vouée à l'ulcération. C'est la raison pour laquelle V. Haberer et ses élèves reconstituent, dans ces cas, l'ancienne continuité gastro-duodénale par un *Péan-Billroth I.*

Ces résultats montrent que l'opération est excellente et qu'elle mérite d'être employée. Nous l'avons vérifié chez un de nos malades.

Nos opérations de *Kocher* — pour l'ulcère de la petite courbure et l'ulcère du groupe pylorique — démontrent qu'au début l'évacuation subit un retard considérable, mais que cette évacuation s'améliore complètement — pour l'un des deux cas, tout au moins, l'autre présentant, après cinq ans, un retard encore important.

La résection de l'ulcère — sans résection du pylore — comme elle se fait dans l'opération de *Riedel* et comme elle a été pratiquée dans nos opérations « dites de *Péan-Billroth I* » n'est pas une bonne opération, puisqu'elle supprime la coordination motrice de l'estomac et exalte encore la fonction spastique du pylore.

Nous ne sommes pas d'accord avec les auteurs qui proposent de compléter l'opération de *Riedel* par une gastro-entérostomie. Il faut se méfier de tout segment gastrique énervé. Mieux vaut supprimer complètement la poche inférieure et anastomoser la poche supérieure directement avec l'intestin.

La résection du pylore — dans l'ulcère de la petite courbure — a donné d'excellents résultats. Il est vrai que cette résection a supprimé en même temps une large surface gastrique (hémigastrectomie inférieure) et que cette diminution de la surface secrétoire de l'estomac a pu jouer un rôle favorable dans le résultat final.

Conclusions. — La résection de l'ulcère de la petite courbure est une opération insuffisante si elle ne s'accompagne pas d'une anastomose dérivatrice qui supprime la fonction pylorique. Il faut se souvenir que le segment gastrique privé de son innervation est particulièrement sensible à la récidive.

La résection du même ulcère complétée par une résection du segment sous-jacent, y compris le pylore, donne des résultats favorables.

La résection du pylore, dans les ulcères du groupe pylorique, donne de bons résultats à condition de faire abstraction des cas opérés pour des désordres consécutifs à d'anciennes opérations.

IV. Excision de l'ulcère. — B. Ulcères de la petite courbure. — a. *Excision cunéiforme de l'ulcère.* — Il s'agit d'un ulcère perforé de la petite courbure traité d'emblée par l'excision. Le malade n'a été examiné que sept mois après son opération.

Résultat particulièrement mauvais : déformation de l'estomac (enroulement de la petite courbure), forte couche intermédiaire, hypotonicité, hypopéristaltisme, évacuation très ralentie (au delà de quarante-huit heures). A tous ces désordres, s'ajoute une récidive de l'ulcère sur la petite courbure. Seule

l'acidité totale et chlorhydrique est normale (1,31 et 0,29 p. 1000).

Discussion. — C'est une mauvaise opération qui supprime l'ulcère, mais conserve le spasme pylorique. Or, nous savons qu'il est plus utile de supprimer le spasme que l'ulcère. Le cas, à cet égard, est très démonstratif : la suppression de l'ulcère a laissé intactes les causes nocives et dans l'espace de sept mois, l'ulcère a récidivé.

Cette opération qui supprime une partie de la petite courbure déforme complètement l'estomac. En effet, la petite courbure se rétracte et entraîne le pylore dans son déplacement. Il en résulte une sorte d'enroulement de l'estomac sur lui-même.

Conclusions. — L'excision simple de l'ulcère est une mauvaise opération, condamnée, du reste, par la plupart des chirurgiens.

Conclusions générales. — Nous avons discuté tout au long de notre exposé les modifications de forme et de fonction apportées à l'estomac par la maladie, puis celles créées par l'opération.

Nous avons vu qu'il est possible de définir la guérison par un certain nombre de signes — chimiques et radiologiques — qui s'ajoutent aux résultats cliniques. A propos des anastomoses de dérivation, nous avons insisté sur une loi de l'évacuation qui conditionne le résultat opératoire au passage employé par le bol — gastro-entérostomie ou pylore — pour franchir l'estomac.

Le spasme pylorique domine la pathologie gastrique, a dit Doyen. Le spasme est, en effet, le premier des désordres gastriques, c'est lui qui amorce les autres, ceux qui aboutiront à l'ulcération. C'est encore le spasme qui détermine les effets heureux ou malheureux des opérations destinées à combattre l'ulcère.

Le spasme étant la lésion essentielle, il est naturel de diriger contre lui tous les efforts de la thérapeutique chirurgicale. Beaucoup d'auteurs sont encore hypnotisés par la lésion ulcéreuse elle-même et cherchent à la supprimer ; ils ne comprennent pas que l'ulcère est, en quelque sorte, un phénomène secondaire et que tout le mal siège au pylore. A vouloir supprimer l'ulcère sans supprimer le spasme pylorique, c'est exposer un malade à la récidive ou c'est diminuer ses chances de guérison. Ainsi, l'excision simple de l'ulcère, la résection médiogastrique de *Riedel*, l'opération de *Balfour* — dont nous n'avons pas parlé, faute d'observations — ont déçu les chirurgiens qui ne les ont pas complétées par une anastomose dérivatrice qui, par son drainage, s'oppose aux effets du spasme pylorique.

Or, les anastomoses dérivatrices — gastro-entérostomie sous toutes les formes — donnent d'excellents résultats et permettent, sous certaines conditions (dimensions de la bouche, etc.), la cicatrisation d'un ulcère simple, calleux ou pénétrant. Elles font souvent ce que ne fait pas toujours la résection, elles guérissent les malades.

Le sphincter pylorique est un appareil très délicat, mal connu physiologiquement, auquel il ne faut pas toucher, à moins qu'on ne veuille le réséquer. Nous avons vu l'influence néfaste d'une exclusion complète ou incomplète sur l'évolution de l'ulcère. Récidives, hémorragies, ulcères peptiques sont autant de complications graves dont les relations avec le pylore ont encore quelque chose de mystérieux.

Les bienfaits d'une gastro-entérostomie sont incontestables, mais cette anastomose offre quand même un danger, celui de l'ulcère peptique. Si cette crainte est illusoire pour les ulcères de la petite courbure, elle est fondée pour les ulcères du groupe pylorique.

C'est ici que la résection semble prendre des droits. En supprimant le pylore, en supprimant l'ulcère, elle éloigne définitivement la cause du mal et le mal lui-même ; en supprimant souvent la partie prépylorique de l'estomac, elle fait disparaître une large surface sécrétoire et diminue la production de l'acide. D'autre part, la résection atténue, mais ne supprime pas le danger de l'ulcère peptique.

Si la gastro-entérostomie paraît suffire au traitement de l'ulcère de la petite courbure et si la résection paraît donner des résultats un peu meilleurs dans les ulcères du groupe pylorique, ces deux types d'opération ne sont point comparables au point de vue des dangers qu'ils font courir aux malades : la mortalité de la gastro-entérostomie n'atteint pas 1 p. 100 ; celle de la résection oscille autour de 10 p. 100.

Cette élévation subite du danger opératoire, sans proportion avec la qualité des résultats, jette une défaveur sur la résection et la met au rang des opérations d'exception. *La gastro-entérostomie reste, pour le moment, le traitement de choix des ulcères de la petite courbure, du pylore (parapylore) et du duodénum.*

BIBLIOGRAPHIE (1)

Albrecht. *Beit. z. klin. Chir.*, 1911, p. 431.
Bettmann. *Med. Record*, 1909, p. 598.
Bier. *Deut. med. Woch.*, 1911, t. XXXVIII.
Busch. *Arch. f. klin. Chir.*, 1908, p. 1.
Cannon. *Boston med. and surg. Journ.*, 1909, t. CLXI.
Caillé, Durand et Marre. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1912, n° 7, p. 361.
Clairmont. *Mitt. aus den Grenz. d. Med. und Chir.*, 1909, p. 330.
Carnot. *Paris méd.*, 1918, t. XII, p. 7.
Dahlgreen. *Nord. med. Arch.*, 1909, t. XLI, p. 1 et 65.
Déné̈chau. *Arch. gén. de chir.*, 1907 et 1908, p. 316 et 325.
Drummond et Morison. *Brit. med. Journ.*, 1909, p. 67.
Durand. *Progrès méd.*, 1913, p. 2.
Duval. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 17 et 24 juin 1914, p. 798 et 826 ; 13 et 20 oct. 1920, et 18 janv. 1921 ; — Rapport au *XXIXe Congrès franç. de chir.*, Paris 1920.
Eiselsberg. *Wiener med. Woch.*, 1921, t. LXXI, p. 793.
Guibé. *Journ. de chir.*, 1908, t. I, p. 1.
Gray. *Brit. med. Journ.*, 8 mars 1913.
Gelas. *Th. de Lyon*, 1921.
Haberer. *Centralbl. f. Chir.*, 18 juin 1921, p. 847.
Hartmann. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 17 et 24 juin 1914, p. 798 et 826 ; 19 oct. 1921, p. 1078.
Hempel. *Inaugur. Dissert.*, Leipzig 1921.
Hertz. *Brit. med. Journ.*, 5 avril 1913.
Hochenegg. *Wiener klin. Woch.*, 13 janv. 1910.
Hotz. *Centralbl. f. Chir.*, 18 juin 1921, p. 847.
Jaboulay. *Lyon chir.*, 1er juin 1910.
Janu. *Arch. f. Verd. Krank.*, 12 avril 1919, p. 147.
Jungermann. *Deut. Zeit. f. Chir.*, oct. 1920.
Kelling. *Arch. f. klin. Chir.*, 1918, p. 775.
Kindl. *Beit. z. klin. Chir.*, 1909.
Kleinschmidt. *Arch. f. klin. Chir.*, 1920, p. 573.
Kloiber. *Med. Klin.*, 1921, in *Centralbl. f. Chir.*, 27 août 1921, p. 1252.
Kocher. *Arch. f. klin. Chir.*, 1921, t. XL, p. 86.
Lecène. *Journ. de chir.*, 1921, t. XVII, p. 1.

(1) Pour une bibliographie plus complète, voir rapport au Congrès français de médecine, 1922 (Saloz, Cramer et Moppert).

Leriche. *Lyon chir.*, 1er juillet 1913.
Mansell-Moulin. *Brit. med. Journ.*, 1908, p. 74.
Mathieu. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1910, t. XXXVI.
Mayo. *Ann. of surg.*, 1908, p. 885.
Métivet. *Presse méd.*, 28 janv. 1920.
Métraux. *Revue méd. de la Suisse romande*, sept. 1920.
Meunier. *Presse méd.*, 13 nov. 1909.
Milianitch. *Th. de Paris*, 1919-1920.
Moynihan. *Brit. med. Journ.*, 13 déc. 1919, p. 765.
Papadopoulos. *Th. de Paris*, 1910.
Pauchet. *La Clinique*, 15 juillet 1910; — *Journ. des prat.*, avril 1918.
Poncet, Delore et Leriche. *Bull. de l'Acad. de méd. de Paris*, 1909, p. 362.
Redwitz. *Habil. Würtzburg*, 1916.
Ricard. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 17 et 24 juin 1914, p. 798 et 826.
Riedel. *Centralbl. f. Chir.*, 1909, p. 85.
Sencert, Allenbach et Ferry. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 19 juillet 1921, t. XLVII, p. 1055.
Tuffier. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 17 et 24 juin 1914, p. 798 et 826; 20 avril 1921, p. 547.
Udaondo. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, 1919, p. 38.

DE LA VACCINOTHÉRAPIE

DANS

L'OSTÉOMYÉLITE DE LA CROISSANCE

A PROPOS DE 6 OBSERVATIONS

Par le docteur M. ARRIVAT (de Béziers),
Ancien interne des hôpitaux de Montpellier.

Depuis quelques années les applications des vaccins et des sérums se sont quotidiennement étendues. Les infections staphylococciques ont été parmi les plus sensibles à cette thérapeutique; il est donc naturel qu'elle ait été appliquée à l'ostéomyélite de croissance. Depuis les travaux de Lannelongue, le traitement de cette maladie reste invariable : incision des abcès, trépanation du foyer primitif juxtaépiphysaire; les malades guérissent habituellement après de longues suppurations, au prix souvent de plusieurs interventions opératoires plus ou moins mutilantes. En somme, il semble que ce chapitre de thérapeutique chirurgicale n'ait pas suivi les progrès de la chirurgie contemporaine.

En 1919 les travaux de Grégoire nous font entrevoir un immense progrès. L'auteur a guéri ses malades, sauf les formes hyperseptiques, par la simple vaccination. Sous l'action du vaccin, la douleur et l'inflammation disparaissent, les collections se résorbent, la guérison se produit en quinze ou trente jours sans hyperostoses ni séquestres. L'action chirurgicale se borne à une ponction ou à une simple incision des abcès sous périostés volumineux. Il n'est plus question de trépaner l'os.

Dès la première communication de ces résultats à la Société de chirurgie, il apparaît que les chirurgiens d'enfants ne partagent pas cet enthousiasme. Ombrédanne, Broca, Veau, Hallopeau sont moins optimistes; des résultats moins favorables sont apportés et une opinion modérée prévaudra qui sans nier le rôle important de la vaccinothérapie ne la posera pas en rivale de l'intervention opératoire. « La vaccinothérapie ne doit jamais retarder même d'une heure l'intervention chirurgicale ». Grégoire lui-même admet que si la vaccinothérapie permet d'obtenir la guérison dans un grand nombre de cas « il ne faut pas croire néanmoins qu'elle simplifie la thérapeutique de cette maladie et qu'elle enlève droit de cité aux chirurgiens. »

La question a fait l'objet d'une importante discussion au Congrès de chirurgie 1921, et Grégoire dans son rapport essaie de fixer les indications respectives ou simultanées des deux méthodes.

Dans le cercle restreint de ma clientèle privée, j'ai fait un essai loyal de la thérapeutique vaccinale dans six cas observés en 1921 et ce sont les résultats de ma pratique que je vais exposer. Mes observations se décomposent ainsi : 4 cas d'ostéomyélite aiguë, 1 cas d'ostéomyélite chronique hyperostosante, 1 cas de staphylococcie avec localisation secondaire ostéopériostique.

I. M. E..., quinze ans. — Douleurs violentes au niveau du cou-de-pied gauche, avec gonflement et fièvre. A l'examen tuméfaction dure et rougeâtre du tiers inférieur de la jambe et du cou-de-pied. Rénittence sans fluctuation. Mouvements du pied très douloureux. Douleur à la pression prédominant au niveau de l'épiphyse tibiale.

Intervention d'urgence sous kélène le 26 février 1921. Volumineux abcès sous périosté entourant l'extrémité inférieure du tibia. L'os paraît sain. L'articulation est libre. Je ne trépane pas l'os et me contente de drainer.

L'ensemencement du pus donne du staphylocoque doré pur avec lequel le docteur Lafont prépare un autovaccin qui est utilisé quarante-huit heures après.

La douleur et la fièvre diminuent d'abord mais l'œdème persiste; puis la température remonte.

Le 9 mars 1922. Nouvelle intervention. Je trépane le tibia dont le canal médullaire contient du pus et des fongosités sur l'étendue du quart inférieur de l'os. La face interne est abattue sur cette étendue. Une collection est drainée à la face externe du tibia.

L'amélioration se produit; mais la défervescence n'est pas complète, de petits séquestres sont éliminés et j'ai proposé une nouvelle intervention qui n'a pas été acceptée. J'ai appris que le malade ne s'est pas amélioré depuis et je l'ai ensuite perdu de vue.

J'ai le regret de penser que si j'avais trépané l'os dès le premier jour, j'aurais eu moins de déboires.

II. Enfant C..., onze ans. — Furonculose depuis quelques mois.

Depuis quelques jours, douleur au genou gauche, état infectieux.

A l'examen, température 39°7, pouls 104.

Genou tuméfié, chaud, rouge à sa face interne. Culs-de-sac nettement injectés. Attitude en demi-flexion. L'examen très douloureux est impossible.

Le 30 juin. Narcose à l'éther. On constate alors à la palpation que l'épiphyse fémorale est très augmentée de volume. Incision interne.

Abcès sous perioste contenant au plus une cuillerée à soupe de pus. L'os paraît normal; il est très dur et ses aréoles sont infiltrées de pus. Au centre, on trouve un abcès collecté contenant un dé à coudre de pus verdâtre très épais. Elargissement et curettage de la cavité.

Incision de 2 centimètres de chaque côté de la rotule pour vider l'articulation qui contient du liquide très trouble avec des grumeaux fibrineux. Un petit drain est passé entre ces deux incisions et le cul-de-sac quadricipital. Lavage à l'éther.

L'examen du pus a montré du staphylocoque doré pur. Autovaccin Lafont, suites remarquables. Le drain articulaire est retiré au bout de trois jours. On laisse la plaie cicatriser de la profondeur vers la surface. Guérison en quarante jours. L'enfant revu il y a quelques semaines ne présentait aucune gêne fonctionnelle et avait tous ses mouvements.

III. Enfant de douze ans. — Ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du tibia. Température 38°5.

Incision d'un volumineux abcès sous perioste. Trépanation de l'os dont le canal médullaire contient une petite quantité de pus. Ouverture large et curettage de la cavité.

Le pus contient du staphylocoque doré pur. Autovaccin Lafont.

Guérison sans incidents en deux mois.

IV. Enfant B..., onze ans. — Poussée de furonculose il y a un mois. Depuis quelques jours, douleur au genou gauche de plus en plus vive nécessitant le séjour au lit. Température oscillant autour de 39 degrés le soir.

Genou à demi-fléchi sans infection de la synoviale. Extrémité inférieure de la cuisse augmentée de volume, empâtée et douloureuse. A la palpation la région juxta épiphysaire est très sensible.

Le 18 février 1922. Anesthésie à l'éther. Les parties molles paraissent saines. Le périoste œdémateux se décolle facilement. L'os est blanc et tacheté d'un piqueté rougeâtre. Trépanation au ciseau; le pus sourd immédiatement bien lié et verdâtre, huileux, contenant quelques séquestres parcellaires. La cavité se prolonge dans l'épiphyse et contient un verre à madère de pus. Nettoyage. Lavage à l'éther. Tamponnement.

Les jours suivants le petit malade est traité par trois injections de propidon (de 2 centimètres cubes). Aucune modification de la plaie. Le malade est actuellement entre les mains de son médecin. Il a présenté une nouvelle poussée inflammatoire aiguë avec élimination de petits séquestres. J'ai l'impression qu'une nouvelle intervention sera nécessaire.

V. M. A..., trente-quatre ans, a eu des douleurs de croissance avec fièvre pendant l'enfance, souffre de violentes névralgies dans le bras droit depuis quelques semaines. L'humérus est épaissi et douloureux à la pression.

La radiographie montre un os très dense avec une tache plus claire au milieu.

Intervention. Sous-anesthésie à l'éther le 27 août.

Os éburné excessivement dur; je creuse à grand' peine une large tranchée et je finis par trouver un canal médullaire étranglé par l'hyperostose et renfermant des fongosités. Large évidement. Suture en deux plans avec drainage.

Les fongosités ensemencées ont donné du staphylocoque doré pur. Autovaccin Lafont.

Fièvre durant quelques jours nécessitant la désunion de la plaie. Puis guérison rapide et complète le 10 octobre.

Le malade revu quelques mois après ne souffre plus.

VI. Mlle A..., trente-cinq ans. — Le 6 août 1921, incision d'une parotidite avec suppuration en petits foyers. Un fragment mis en culture donne du staphylocoque doré pur. Autovaccin Lafont.

La suppuration se fait lentement et la défervescence est traînante.

Le 17 août, arthrite du genou : ponction et lavage à l'éther. Le liquide est puriforme mais ne contient aucun germe.

Après une nouvelle ponction et lavage à l'éther, l'épanchement ne se reforme pas.

Le 25 août la température remonte, le tiers inférieur de la cuisse est tuméfié. Incision : on tombe sur un périoste épaissi et lardacé avec de petits foyers de suppuration. Un de ces foyers ensemencés donne du staphylocoque doré pur. Nouveau vaccin.

La guérison se fait très lentement mais est complète fin septembre. Les mouvements du genou reviennent progressivement. La malade revue trois mois après présentait une gêne très légère de la flexion du genou.

Avant de conclure, analysons ces faits :

I. Les vaccins. — Le stock, type Delbet (Propidon) excellent dans toutes les affections à pyogènes, ne m'a donné aucun résultat dans le seul cas où je l'ai employé. Une seule observation ne suffit pas pour porter un jugement. Néanmoins, dans le cas particulier de l'ostéomyélite à staphylocoques, mes préférences vont nettement aux autovaccins.

Mes autovaccins sont préparés par mon confrère et ami le docteur Lafont (de Béziers) suivant une technique analogue à celle de Ranque et Senez. « Le pus recueilli aseptiquement est ensemencé sur des tubes de gélose et donne en vingt-quatre heures à trente-six heures d'abondantes cultures de staphylocoque. Le contenu d'un des tubes est émulsionné dans de l'eau chlorurée à 8 p. 1000 et, après numération par comparaison avec une dilution de sang, la richesse de l'émulsion en microbes est ramenée au taux de 500 millions de staphylocoques par centimètre cube. L'émulsion ainsi obtenue est mise en contact avec une solution iodo-iodurée à 1 p. 200 pendant tout le temps nécessaire pour amener la mort des microbes. Après neutralisation de l'iode par une solution stérile d'hyposulfite de soude, le vaccin est mis en ampoules et additionné de traces d'acide phénique s'il y a lieu de le conserver assez longtemps. »

II. Technique. — Le vaccin est injecté tous les deux jours dans le tissu cellulaire sous-cutané à doses croissantes : 250, 500, 750 millions, 1 milliard de germes. Cette dose atteinte est répétée tous les deux jours. Après dix injections, on arrête le traitement pendant dix jours et on reprend une nouvelle série d'injections s'il y a lieu. 2 à 3 séries sont utiles dans l'ostéomyélite si l'on veut éviter les rechutes et les accidents tardifs. Les réactions sont minimes : rougeur et douleur locale, élévation de température ordinairement inférieure à 1 degré, agitation nocturne. Dans un cas j'ai observé une éruption urticarienne qui ne s'est pas reproduite à l'injection suivante. Lorsqu'au début une dose a produit une réaction assez forte, elle est répétée deux jours après sans augmentation; puis on continue la progression.

III. Le traitement associé a consisté dans tous les cas en lavages à la solution de Dakin ou à l'eau iodée tant que la plaie contient du pus ou des exsudats grisâtres. Dès que la plaie est belle, rouge, bourgeonnante, elle est soumise à l'héliothérapie; après la séance, tamponnement et pansement à l'aide de mèches de gaze imbibées d'alcool goménolé à 20 p. 100. La peau est enduite de pommade à l'oxyde de zinc ou au baume du Pérou.

IV. Les résultats obtenus sont assez égaux. Dans le premier cas, j'ai employé le vaccin sans ouvrir l'os infecté. J'étais sous l'impression récente du travail de Grégoire et de sa communication à la Société de chirurgie. Je ne suivrais pas la même conduite aujourd'hui et je crois que le résultat serait différent.

Le cas traité par le Propidon n'est pas favorable.

Dans les quatre autres observations, j'ai été frappé de la marche régulière de la guérison. La plaie se déterge rapidement, elle prend en quelques jours un bel aspect rouge vif granuleux. La douleur disparaît; la fièvre tombe; l'état général se remonte.

Dans l'observation II, l'arthrite du genou a rapidement guéri sans aucune séquelle.

En résumé, au premier abord, les résultats obtenus par l'intervention chirurgicale associée à la vaccinothérapie diffèrent peu de ceux que donne l'opération faite dans de bonnes conditions. Il y a une question de nuances. Sauf dans les observations I (faute de technique) et IV (Propidon), l'évolution a été plus régulière et plus rapide; surtout je n'ai pas constaté le passage à la chronicité et la nécrose, complications presque habituelles de l'ostéomyélite. Si un nombre plus considérable d'observations confirme ce dernier point, ce sera beaucoup.

Conclusion. — Malgré que la thérapeutique vaccinale n'ait pas tenu les brillantes promesses qu'elle paraissait donner au début, elle a ses indications précises comme adjuvant du traitement chirurgical. Peut-on l'employer seule dans les premières heures et différer l'intervention chirurgicale tout en restant armés au cas où une amélioration rapide et nette ne suivrait pas? Là encore il faut se méfier d'une action très nette du vaccin sur l'état général et la fièvre pendant que, en sourdine, le processus local continue son évolution, non influencée, simplement cachée dans le bulbe de l'os. Et pour s'autoriser à cette tentative conservatrice il faut suivre attentivement l'évolution générale et l'aspect local des lésions. Du reste, nous voyons ordinairement les malades au stade d'abcès sous périosté. Dès lors il y a deux indications :

Agir sur les lésions osseuses par l'ouverture du foyer infectieux;

Agir sur la staphylococcie par le traitement vaccinal.

Celui-ci aura pour effet d'*améliorer l'état général, de prévenir les complications, de hâter la cicatrisation de la plaie opératoire, d'arrêter l'évolution locale du processus d'ostéite, d'éviter les rechutes et les récidives.* Ce ne sont donc plus les promesses du début. Mais si une expérience plus longue nous démontre que nous pouvons demander cela avec certitude à la thérapeutique vaccinale, le traitement de l'ostéomyélite aura fait un grand progrès.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 SEPTEMBRE 1922)

Sur le développement de quelques coaptations des insectes. — MM. L. Cuénot et Raymond Poisson.

Sur les réactions entre les oxydes gazeux de l'azote et les solutions alcalines. — M. A. Sanfourche.

Existe-t-il des organismes susceptibles de reviviscence dans les roches après stérilisation par la chaleur? — MM. F. Dienert et P. Etrillard rappellent que M. Galippe, dans une série de notes à l'Académie (1920-1921), a indiqué comment il avait pu obtenir des cultures microbiennes en ensemençant dans du bouillon des fossiles de l'ambre ou des roches, soit après stérilisation par l'éther, soit après stérilisation par la chaleur. Pour certaines roches, le granite et le basalte en particulier, la température de stérilisation variait entre 200 et 800 degrés.

MM. Dienert et Etrillard ont repris des recherches sur cette question, et, sans vouloir expliquer les résultats surprenants de M. Galippe, concluent de leurs essais qu'il semble bien qu'en s'entourant de précautions et en stérilisant les roches à 180 degrés pendant un temps suffisamment long, celles-ci ne contiennent aucun organisme susceptible de reviviscence.

NOTES DE PRATIQUE

PRÉTUBERCULOSE

Reminéralisation par le phosphate tricalcique (3 cachets de 1 gramme pro die). Médication d'épargne par l'huile de foie de morue.

Antisepsie broncho-pulmonaire par les inhalations d'eucalyptol et d'iodure d'allyle.

Par-dessus tout, se souvenir de cet aphorisme du professeur Robin : « Un prédisposé, qui mange et digère bien, guérit sûrement », d'où l'indication capitale de la médication apéritive : Vanadarsine (v à x gouttes dans un peu d'eau ou de boisson, avant chacun des deux principaux repas).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

La session de 1922 commencera le 4 octobre et sera terminée le 16 décembre.

Diplôme. — A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de : « Médecin colonial de l'Université de Paris » et de « Médecin sanitaire maritime ». Les examens auront lieu du 18 au 22 décembre.

Dispositions générales. — L'enseignement est organisé de la façon suivante :

Pathologie exotique. — Professeurs : MM. Calmette, Dopter, Joyeux, L. Martin.
Parasitologie. — Professeur : M. Brumpt.
Bactériologie. — Professeur : M. Roger.
Hygiène et épidémiologie exotiques. — Professeurs : MM. Marchoux, Teissier, Tanon.
Maladies cutanées. — Professeur : M. Jeanselme.
Chirurgie des pays chauds. — Professeur : M. Lecène.
Ophtalmologie. — Professeur M. de Lapersonne.
Règlements sanitaires. — Professeur : M. L. Bernard.

L'enseignement est à la fois théorique, pratique et clinique.

L'enseignement théorique consiste en leçons didactiques faites dans les amphithéâtres, les laboratoires de la Faculté ou les hôpitaux.

L'enseignement pratique comporte des exercices et manipulations auxquels les élèves sont individuellement exercés. Ils ont lieu dans les laboratoires de la Faculté (Ecole pratique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine).

L'Institut possède trente microscopes à immersion dont vingt offerts par l'Union coloniale française. Ces microscopes sont mis à la disposition des élèves.

L'enseignement clinique est donné à l'hôpital Claude-Bernard (siège de la clinique des maladies contagieuses, porte d'Aubervilliers), à l'hôpital Saint-Louis, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Pasteur (25, rue Dutot).

Sont admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale : 1° Les docteurs en médecine français; 2° les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention : médecine; 3° les docteurs étrangers pourvus d'un diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris; 4° les étudiants en médecine des Facultés françaises pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité; 5° les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité.

Les dames sont admises, si elles se trouvent dans l'une ou l'autre des conditions ci-dessus.

Droits à verser. — (La dispense d'une partie des droits de laboratoire peut être accordée, à titre exceptionnel, par M. le Doyen, à des docteurs ou à des étudiants français qui devront adresser une demande justificative au doyen de la Faculté.) — Un droit d'immatriculation, 20 francs; un droit de bibliothèque, 10 francs; droits de laboratoires (pathologie expérimentale, parasitologie, bactériologie), 350 francs; deux examens gratuits.

Conditions d'admission. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, tous les jours, de midi à 3 heures. Les titres et diplômes, et de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, devront être produits au moment de l'inscription.

COURS ET CONFÉRENCES

PROGRAMME HORAIRE DU COURS SUR LES ACQUISITIONS MÉDICALES PRATIQUES DE L'ANNÉE 1921-1922, fait sous la direction de M. le professeur E. SERGENT, avec la collaboration de MM. C. Lian, Pruvost, Tinel, Blechmann, etc.

6 octobre : 3 h., M. le professeur Sergent (revue critique des méthodes d'exploration de l'appareil respiratoire); 4 h. 1/4 et 5 h. 1/2, M. Pruvost (appareil respiratoire).

7 octobre : 3 h. et 4 1/4, M. Tinel (neurologie); 5 h. 1/2, M. Blechmann (pédiatrie et maladies infectieuses).

9 octobre : 3 h. et 4 h. 1/4, M. Blechmann; 5 h. 1/2, M. Pruvost.

10 octobre : 3 h. et 4 h. 1/4, M. G. Durand (intestin); 5 h. 1/2, M. Tinel.

11 octobre : 3 h. et 4 h. 1/4, M. Faroy (estomac); 5 h. 1/2, M. Blechmann; 6 h., M. Pruvost.

12, 13, 14 octobre : Congrès français de médecine.

16 octobre : 3 h. et 4 h. 1/4, M. Cadenat (chirurgie générale et gynécologie); 5 h. 1/2, M. Lian (cœur et vaisseaux).

17 octobre : 3 h. et 4 h. 1/4, M. Chabrol (foie et nutrition); 5 h. 1/2, M. Debré (hygiène).

18 octobre : 3 h. et 4 h. 1/4, M. Lian; 5 h. 1/2, M. Duvoir (médecine légale).

19 octobre : 3 h. et 4 h. 1/4, M. Velter (ophtalmologie); 5 h. 1/2, M. Cadenat.

20 octobre : 3 h. et 4 h. 1/4, M. Le Mée (oto-rhino-laryngologie); 5 h. 1/2, M. Leclerc (phytothérapie); 6 h., M. Cadenat.

21 octobre : 3 h. et 4 h. 1/4, M. Trêves (chirurgie infantile et orthopédie); 5 h. 1/2, M. Chabrol.

23 octobre : 3 h. et 4 h. 1/4, M. Harvier (glandes endocrines); 5 h. 1/2, M. Lian; 6 h. M. Le Mée.

24 octobre : 3 h. et 4 h. 1/4, M. Aubertin (sang); 5 h. 1/2, M. Velter; 6 h., M. Trêves.

25 octobre : 3 h. et 4 h. 1/4, M. Vaudescal (obstétrique); 5 h. 1/2, M. Harvier; 6 h. M. Cottenot (radio et curiethérapie).

26 octobre : 3 h. et 4 h. 1/4, M. Fernet (dermatologie et syphilis); 5 h. 1/2, M. Aubertin; 6 h., M. Vaudescal.

27 octobre : 3 h. et 4 h. 1/4, M. Cottenot; 5 h. 1/2, M. Abrami (pathologie générale).

28 octobre : 3 h., M. Passot (chirurgie esthétique); 3 h. 1/2 et 4 h. 1/4, M. Dausset (physiothérapie); 5 h. 1/2, M. Fernet.

30 octobre : 3 h. et 4 h. 1/4, M. Lian (reins); 5 h. 1/2, M. Ségard (thérapeutique générale); 6 h., M. Siguret (climato et crénothérapie).

31 octobre : 3 h. et 4 h. 1/4, M. Marsan (urologie chirurgicale); 5 h. 1/2, M. Guilly (stomatologie); 6 h., M. Duchesne (questions professionnelles).

Les conférences (3 h. à 4 h. et 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) sont ouvertes à tous les docteurs et étudiants en médecine.

Sont seuls admis aux démonstrations et exercices pratiques (4 h. 1/4 à 5 h. 1/4), les auditeurs qui ont versé un droit d'inscription de 150 fr.

CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. (M. le professeur MARFAN.) — M. le docteur H. Dorlencourt, chef de laboratoire, commencera le vendredi 6 octobre 1922, à 5 h. 1/2, à l'hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau et les continuera chaque jour, à la même heure, une série de leçons sur les « médicaments et les principales médications chez les enfants, indications, posologie des médicaments, traitements des principales maladies de l'enfance (nourrissons, 1re et 2e enfance) ».

Le cours comprendra 25 leçons et 5 séances de démonstrations pratiques.

Le programme détaillé est affiché au laboratoire de la clinique.

Prix du cours : 100 fr.

Le nombre des élèves est limité. — Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 h.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL COCHIN. (Professeur : M. Pierre DELBET.) — COURS COMPLÉMENTAIRE. Date du cours : du 2 au 12 octobre, de 5 heures à 7 heures, à l'amphithéâtre de la clinique. — *Traitement des fractures et luxations des membres.* — Cours sous la direction de M. le professeur Pierre Delbet par MM. Charles Girode et Jacques Leveuf, chefs de clinique; Pierre Mornard et Raoul Monod, chefs de clinique adjoints.

1° Fractures de l'humérus. Application de l'appareil à extension continue.

2° Luxations du membre supérieur. Réduction des luxations de l'épaule par la traction élastique. Traitement des luxations du carpe.

3° Fractures de l'avant-bras et du poignet. Technique de réduction et appareils.

4° Fractures du col du fémur. Technique du vissage.

5° Pseudarthroses du col du fémur. Technique de l'enchevillement au moyen d'un greffon de péroné.

6° Fractures de la diaphyse fémorale. Application de l'appareil à extension continue.

7° Luxations du membre inférieur. Manœuvres de réduction.

8° Fractures de jambe. Application de l'appareil de marche.

9° Fractures du cou-de-pied. Application de l'appareil de marche.

10° Traitement sanglant des fractures. Voies d'abord des fractures articulaires. Technique des ostéosynthèses. Vissage du col du fémur.

Le nombre des auditeurs est limité à vingt.

Chaque leçon comportera : 1° de 5 à 6 heures, une leçon théorique avec présentation de malades, de radiographies et d'appareils; 2° de 6 à 7 heures, des exercices pratiques au cours desquels les auditeurs appliqueront eux-mêmes les appareils.

La dixième leçon aura lieu à l'Ecole pratique de la Faculté.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 fr.

Sont admis, les médecins français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés à la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 heures.

LA PATHOLOGIE DE LA HANCHE EST A REVISER. NOUVEAUX DIAGNOSTICS. NOUVEAUX TRAITEMENTS. — A l'occasion du Congrès de chirurgie, M. Calot fera, sur ce sujet, le mercredi 4 octobre, en sa clinique, 69, quai d'Orsay, une séance de démonstrations.

I. DIAGNOSTIC. — Pièces et documents prouvant que sont des *malformations congénitales méconnues* :

1° *Toutes les prétendues « coxa plana ou ostéochondrites ».*

2° Toutes les hanches d'enfants ou d'adolescents étiquetées : « Arthrites déformantes, rhumatisme chronique localisé, *morbus coxae juvenilis* (et même aussi presque toutes les hanches étiquetées *morbus coxae senilis*).

3° Beaucoup de prétendues *coxa vara*.

4° Un bon tiers des hanches étiquetées *coxalgies*.

II. TRAITEMENT. — M. Calot exposera le traitement des malformations congénitales et subluxations et luxations et luxations *récidivées* (d'après les derniers travaux) et présentera des enfants traités.

M. Calot fera la réduction des luxations non encore touchées et la réduction d'une *luxation récidivée* (opérée à l'étranger).

M. Calot traitera aussi une scoliose, un pied bot et des *tuberculoses chirurgicales* (mal de Pott, adénites, etc.).

Le traitement de la syphilis en clientèle. « L'indispensable en syphiligraphie », par le docteur GOUGEROT. (« Comment guérir? » Bibliothèque des praticiens.) 3e édition, 1921, 93 figures en noir, 22 figures en couleurs en 52 planches hors texte. — Prix : 26 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Thérapeutique obstétricale, par le docteur C. JEANNIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur de l'hôpital de la Charité. 2e édition, 1922. 1 vol. in-8 de 400 pages avec 150 figures. — Prix : broché, 22 fr.; cartonné, 28 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

[P]ARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Picot, Sauvé, qui acceptent; Courcoux, M.-P. Weil, Comte, Petit, M. Labbé, Thiroloix, Walther, Coutelas, Mondor, Ecalle, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours de l'externat. — *Pathologie.* — Séance du 29 septembre. — Question donnée : « Symptômes et complications de l'ulcère simple de l'estomac. »

MM. Vaché, 16 1/2; Veslot, 14; Stuhl, 16 1/2; Timsit, 16; Zambeaux, 12; Voigniex, 8; Veuillot, 17; Mlle Wolff, 17 1/2; M. Tolila, 11; Mlle Vidal, 14; MM. Trubert, 17; Tubiana, 15; Viriot, 18; Vidal, 13; Vuillemard et Therme, 12; Mlle Wertheimer-Morthe, 15; Vial, 13; Ventre, 16 1/2.

Anatomie. — Séance du 28 septembre. — Question donnée : « Artère cubitale et ses branches collatérales et terminales. »

MM. Castellant, 16; Cros, 14; Cros-Decam, 13; Mlle Gautheron, 14; MM. Choffé, 15 1/2; Caillaud, 14 1/2; Coment (Yves) et Delahaye, 14; Mlle Cohen, 15; MM. Constantoulakis, 10; Corbin, 16; Chaignon, 14 1/2; Cougnot, 14; Chemin, 18 1/2; Dalloni, 13; Debon, 12; Camps, 16.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — Un concours s'ouvrira le 15 janvier 1923, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie de l'Ecole de médecine d'Angers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— Dijon. — M. le docteur Roux, suppléant des chaires d'anatomie, physiologie et histologie, est nommé, à partir du 1er novembre 1922, professeur de thérapeutique en remplacement de M. G. Bureau, appelé à d'autres fonctions.

GUERRE. — Par décret, en date du 23 septembre 1922, ont été promus dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — MM. les médecins principaux de 2e classe Bouffard et Abbatucci.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Dupuy et Augé.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Fournier, Florence, Reyneau et Jambon.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Fabre, Bizien, Guirriec, Le Coz, Calandreau et Malaussène.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe. — M. le pharmacien aide-major de 1re classe Alexis.

MARINE. — Par décret en date du 17 septembre 1922, ont été promus dans le corps de santé de la marine pour compter du 22 septembre 1922 :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de 1re classe Delahet.

Au grade de médecin de 1re classe. — MM. les médecins de 2e classe Marcon et Calmels.

PALMES ACADÉMIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bouriot (de Lourdes), Chazet (de Bois-Colombes).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Lesbroussart (de Maignelay), Neuillès (d'Abbeville).

(Au titre étranger.) *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Blanc (de Madrid), Coca de Saavedra (de Madrid), Delgado (de Tolède), Lopez Trigo (de Valence), Lopez (de Valladolid), Nubiola (de Barcelone), Peset (de Valence), Riera (de Barcelone), Tapia (de Madrid).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Arquellada (de Barcelone), Bassedas (de Barcelone), Bourkais (de Madrid), Bures (de Prague).

SANATORIUM POUR ENFANTS RACHITIQUES. — Le Conseil municipal de Paris a décidé qu'il sera créé, à San Salvadour

(Var), un hôpital de 220 lits pour enfants rachitiques ou atteints de tuberculose non pulmonaire.

Cet hôpital sera géré par l'Administration de l'Assistance publique de Paris et soumis au même régime que les autres établissements de cette Administration.

Une subvention de un million de francs est accordée à l'Administration de l'Assistance publique, pour les travaux de réparation, d'aménagement et l'ameublement de l'établissement.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'AGRICULTURE. — M. le docteur Emile Roux est nommé membre titulaire et M. le docteur Henneguy membre correspondant du Conseil supérieur de l'agriculture pour trois années, à dater du 1er septembre 1922.

OFFICE PUBLIC D'HYGIÈNE SOCIALE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — OUVERTURE D'UN EXAMEN D'APTITUDE A L'EMPLOI DE MÉDECIN DE DISPENSAIRE. — L'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine a ouvert cette année plusieurs nouveaux dispensaires.

A chaque dispensaire sont attachés un médecin-chef et un ou plusieurs médecins assistants, recevant une indemnité mensuelle calculée à raison d'autant de fois 100 fr. qu'ils font de consultations par semaine aux jours et heures fixés par l'Administration. Il est alloué en outre aux médecins-chefs une indemnité mensuelle de direction fixée à 250 fr.

Les nominations sont faites par M. le préfet de la Seine au fur et à mesure des besoins, et portent sur les médecins figurant sur une liste d'aptitude dressée à la suite d'un examen, l'inscription sur cette liste ne conférant d'ailleurs pas un droit à la nomination.

L'examen comprend : une épreuve clinique comportant l'examen de deux malades et la rédaction d'une courte observation comprenant l'exposé du diagnostic, du pronostic et des considérations d'hygiène et de prophylaxie sociales que chaque cas comporte. Cette rédaction, pour laquelle il est accordé vingt minutes, est lue par le candidat devant le jury.

Plusieurs des dispensaires créés en 1922 sont situés dans la banlieue. L'Office fait donc appel tout particulièrement aux médecins exerçant en banlieue.

Les candidats doivent être munis d'un diplôme de docteur en médecine français, compter cinq ans de pratique professionnelle (dans le calcul de ces cinq ans entrent en ligne les années de présence dans les hôpitaux de Paris au titre d'interne titulaire ou provisoire). Les candidats hommes doivent avoir satisfait à la loi sur le recrutement. Nommés stagiaires pour trois mois, ils sont ensuite titularisés pour trois ans.

Les candidats devront adresser leur demande d'inscription à M. le préfet de la Seine (Office public d'hygiène sociale, 9, place de l'Hôtel-de-Ville) avant le 1er novembre, avec les pièces suivantes :

1° Acte de naissance; 2° extrait n° 3 du casier judiciaire daté de trois mois au plus; 3° diplôme de docteur en médecine, ou copie certifiée conforme, ou certificat en tenant lieu et, le cas échéant, certificat d'internat; 4° certificat constatant les situations occupées antérieurement; 5° publications médicales; 6° pièces — pour les candidats hommes — établissant la situation au point de vue militaire.

ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE. — L'Ecole française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend :

1. La clinique générale des maladies de la bouche et des dents.

2. Des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie.

3. Des travaux pratiques de technique opératoire, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au docteur Bozo, directeur de l'Ecole, 20, passage Dauphine, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Bagilet (d'Aurillac) et Cénas (de Saint-Etienne).

FONDATION CURIE. — ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE (1922, 25e année). — M. le docteur A. Béclère, médecin honoraire des hôpitaux, commencera, le lundi 16 octobre 1922, à 9 heures, à l'Institut du radium, 1, rue Pierre Curie (Ve), et continuera les jours suivants, à la même heure, une série de conférences sur les *premières notions de radiologie médicale indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.*

Lundi 16 octobre. — L'énergie radiante.
Mardi 17 octobre. — Les rayons cathodiques et le rayonnement de Rœntgen.
Mercredi 18 octobre. — Les propriétés du rayonnement de Rœntgen.
Jeudi 19 octobre. — Les modes de mesure du rayonnement de Rœntgen.
Vendredi 20 octobre. — L'énergie électrique.
Samedi 21 octobre. — Les mesures électriques.
Lundi 23 octobre. — Les générateurs et les transformateurs d'énergie électrique.
Mardi 24 octobre. — Les interrupteurs et les rhéostats.
Mercredi 25 octobre. — Les dynamos et les courants alternatifs.
Jeudi 26 octobre. — Les ampoules de Rœntgen à air raréfié.
Vendredi 27 octobre. — Les ampoules de Rœntgen à vide.
Samedi 28 octobre. — La technique de la radioscopie.
Lundi 30 octobre. — Les images de Rœntgen.
Mardi 31 octobre. — La technique de la radiographie.
Jeudi 2 novembre. — Les bases physiques de la radiothérapie.
Vendredi 3 novembre. — Les bases biologiques de la radiothérapie.
Samedi 4 novembre. — La technique de la radiothérapie.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX. — Conférences élémentaires plus spécialement préparatoires concours des asiles. Début : 18 octobre, — S'inscrire auprès docteur Brousseau, chef de clinique psychiatrique, 1, rue Cabanis, Paris (XIVe).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de Emile SERGENT, professeur de clinique médicale propédeutique, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité; L. RIBADEAU-DUMAS, médecin de la Maternité; L. BABONNEIX, médecin des hôpitaux. Tome XXII : **Intoxications.** *Maladies par carence. Maladies par agents physiques. Affections médicales et traumatismes*, par MM. le professeur ACHARD, L. LE SOURD, Stephen CHAUVET, FRANÇOIS, FLANDIN, le professeur BALTHAZARD, LEGRAIN, le professeur MOURIQUAND, CHIRAY. 1 vol. de 31 figures, 2 planches couleurs. — Prix : 28 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Précis d'alimentation des jeunes enfants. Du sevrage à dix ans, par le docteur Eugène TERRIEN, ancien chef de clinique infantile de la Faculté à l'hôpital des Enfants-Malades. 1 vol. in-8 de 465 pages. — Prix : 14 fr. net — Paris, Masson et Cie.

Myosites aiguës; typhoïde et paratyphoïdes. (*Archives françaises de pathologie générale et expérimentale et d'anatomie pathologique*), par J. SABRAZÈS, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-8 raisin de 120 pages avec 4 planches hors texte. — Prix : 10 fr. — Paris, G. Doin.

DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE INFANTILE

Par M. L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital de la Charité.

Rien de plus simple, au dire des classiques, que le diagnostic de paralysie infantile. Une affection nerveuse débutant brusquement, au cours de la première enfance, par une paralysie flasque, d'abord totale, puis qui, rétrocédant, se cantonne à un petit nombre de muscles, lesquels deviennent le siège de phénomènes durables : atrophie, troubles profonds des réactions électriques, paralysie avec atonie, abolition des réflexes tendineux, le tout évoluant sans que l'on observe jamais de troubles intellectuels, sensitifs, sensoriels, sphinctériens, etc., cette affection nerveuse ne peut être qu'une paralysie infantile.

Sans doute, lorsque tous ces éléments sont réunis, le diagnostic s'impose. Mais, il n'en est pas toujours ainsi. Les signes classiques peuvent faire défaut, au moins en partie. D'autre part, le tableau clinique peut être modifié par la présence de signes insolites, ou la maladie prendre une allure anormale, ainsi qu'en témoignent les quelques cas personnels qui suivent.

*
* *

I. Un petit garçon de trois ans et demi est envoyé au professeur Hutinel pour des troubles moteurs consistant : 1° paralysie faciale gauche ; 2° monoplégie crurale droite datant de quelques jours.

Lorsque nous sommes appelé à le voir, son état est très simple à exposer.

Le petit W... est bien développé, d'aspect général satisfaisant ; il est intelligent et répond de son mieux aux questions qui lui sont adressées. On ne constate chez lui aucun signe de tuberculose ni de syphilis. Les grandes fonctions s'accomplissent normalement et tout se réduit, en somme, aux *troubles nerveux* que voici :

Symptômes moteurs. — Il existe encore une paralysie faciale gauche peu nette. Les membres supérieurs sont intacts; de même, le membre inférieur gauche. Le membre inférieur droit, au contraire, est parésié. L'enfant, en marchant, jette la jambe comme un hémiplégique; de plus, il semble, de temps à autre, avoir quelque tendance à la rétropulsion ou présenter une démarche ébrieuse. Les phénomènes moteurs prédominent à la cuisse. Il n'y a jamais eu de chute brusque, de vertiges, de convulsions, de tremblements ni de mouvements athétoso-choréiques.

Sensibilité générale. — Elle est intacte, abstraction faite de douleurs spontanées dans la cuisse droite et dans la colonne vertébrale. Les yeux, examinés par M. Terrien, sont normaux, mais, quelques jours avant, on avait cru voir une paralysie de la sixième paire gauche. Les fonctions auditives et gustatives ne sont nullement troublées.

Les *réflexes tendineux* sont un peu diminués à droite, où le réflexe achilléen est faible. Le signe de Babinski manque. Il n'y a ni contracture, ni trépidation spinale. Les *réflexes cutanés* paraissent normaux.

Comme *troubles trophiques*, il n'y a à signaler que l'amyotrophie de la cuisse droite, qui, à sa partie moyenne, a un centimètre de moins que l'autre.

Il n'y a pas de *troubles sphinctériens.*

Les *fonctions intellectuelles* sont normales, et les parents n'ont observé, depuis le début, aucune modification nette du caractère.

Une *ponction lombaire* ramène un liquide clair, en état d'hypertension manifeste, contenant une certaine quantité d'albumine. Au microscope, M. Tixier trouve une lymphocytose pure et abondante.

L'*intradermoréaction* reste négative.

Les *réactions électriques*, recherchées par M. Larat, sont, pour les muscles de la cuisse droite, celles de la paralysie infantile.

Dans ce cas, l'existence de paralysies alternes, comme le caractère ébrieux de la démarche et les vomissements initiaux auraient pu, à la très grande rigueur, orienter le diagnostic vers l'idée d'un *néoplasme cérébral.* Heureusement, nous avons pu correspondre avec le confrère de Leyde qui avait assisté au début des accidents. Il nous a appris que ces accidents avaient été observés *en série*, et que, le même jour, dans la même ville, quatre-vingts enfants avaient été pris de la même façon. A elle seule, cette donnée permettait d'éliminer le diagnostic de néoplasme cérébral pour confirmer celui de paralysie infantile épidémique, avec lequel cadraient, d'ailleurs, toutes nos constatations (1).

II. Une fillette d'une dizaine d'années, habituellement bien portante, est prise brusquement, le 20 octobre 1920, d'une douleur violente dans le côté. Le lendemain, apparaissent successivement de la céphalée à siège occipital, une violente raideur de la nuque et de la colonne vertébrale, une paralysie flasque des membres inférieurs. Une ponction lombaire retire un liquide très clair, en état d'hypertension manifeste, mais ne contenant que de très rares éléments cellulaires, et dont la teneur en sucre et en albumine est normale. Bien qu'il n'y ait pas trace de méningocoques, on fait le diagnostic de méningite cérébro-spinale, et l'on pratique une injection intrarachidienne de sérum. Comme, au bout de quelques jours, il n'y avait pas d'amélioration, on pense à une hérédosyphilis nerveuse, et, bien que la réaction de Wassermann ait été négative pour le sang, on institue un traitement spécifique.

Dans ce cas, comme l'a montré l'évolution ultérieure des accidents, il s'agissait de paralysie infantile à forme méningée et il faut avouer qu'au début, la confusion avec une *méningite* était presque inévitable. Voici, en effet, ce que racontaient les parents. D'une part, il régnait, dans toute la région, une petite épidémie. De l'autre, le frère et la sœur de la petite malade avaient présenté, quelques jours après elle, des troubles morbides ayant consisté, pour celui-là, en fièvre, tremblement des mains, convulsions (?), pour celle-ci, en tremblement, si bien qu'un médecin de valeur, appelé en consultation, pensa à une encéphalite léthargique.

Ces faits sont classiques, depuis les communications de MM. Netter, Zappert, les leçons du professeur Hutinel, la thèse de J. Pignot. Dans notre première observation, comme dans plusieurs autres, une violente raideur de la nuque avait été notée dès le début.

III. Une petite fille de sept ans nous est adressée, le 18 juillet 1921, pour des troubles nerveux ayant débuté, le 21 juin précédent, par de la fièvre et une sensation de malaise général. Quelques jours après, apparition de paraplégie, puis de douleurs et de raideur de la nuque. Les premiers médecins, en présence de ces symptômes, ont pensé à une ménin-

(1) A. Coyon et L. Babonneix. Un cas de paralysie ascendante aiguë chez un enfant de onze ans, *Gaz. des hôpit.*, 9 fév. 1911, n° 16.

gite tuberculeuse et pratiqué une ponction lombaire, laquelle a ramené un liquide clair, contenant quelques lymphocytes. Ils ont ensuite émis l'hypothèse de syphilis heréditaire et institué un traitement spécifique, sous forme d'injections de biiodure.

Le docteur Lanzenberg (de Paris), appelé à voir la fillette, constate une paraplégie flasque avec troubles moteurs, localisée à certains groupes musculaires, une légère atteinte des muscles du tronc, et porte, avec raison, le diagnostic de poliomyélite aiguë. L'existence de douleurs, même accusées, ne suffit pas, en effet, contrairement à ce que l'on croyait jadis, à faire éliminer le diagnostic de paralysie infantile, pour conclure à une *polynévrite*. On sait, depuis Wichmann, qu'il existe des formes douloureuses, pseudo-rhumatismales, de la paralysie infantile, et que, même, elles sont loin d'être exceptionnelles.

IV. En 1919, alors que nous avions l'honneur de remplacer M. Triboulet, nous avons eu l'occasion de donner nos soins à une jeune fille qui, sans cause apparente, fut prise de troubles nerveux évoluant en deux phases : une première, de paralysie flasque avec atrophie, prédominant aux membres supérieurs; une seconde, où apparaissent: 1° des phénomènes spasmodiques, surtout nets aux membres inférieurs; 2° une grosse inégalité pupillaire, due à la mydriase de l'œil gauche, dont les réactions photomotrices sont d'ailleurs normales.

Dans ce cas, l'existence de phénomènes insolites: troubles sensoriels, manifestations d'ordre spasmodique, doit-elle suffire à faire écarter le diagnostic de paralysie infantile, pour se rallier à l'hypothèse d'encéphalo-myélite aiguë, liée, par exemple, à une *hérédosyphilis*?

Nous ne l'avons pas cru. Non seulement, il n'existait, chez notre patiente, aucun signe d'hérédosyphilis, mais encore la réaction de Wassermann, effectuée sur son liquide céphalo-rachidien, était négative. Puis, il existe dans la littérature quelques rares cas de paralysie infantile avec déterminations oculaires. Enfin, aucun neurologiste n'admet plus l'étroite localisation des lésions aux cornes antérieures; souvent, la substance blanche voisine est atteinte et ainsi s'explique, en particulier, l'association, à la paralysie flasque atrophique, de manifestations d'ordre spasmodique, indiquant l'irritation du faisceau pyramidal (1).

Voici un cas du même genre, dont l'interprétation nous a longtemps paru mystérieuse, et que nous avons jadis observé avec M. M. Page (2).

Chez un homme jeune et de bonne santé, sont apparus brusquement divers troubles morbides :

1. Au membre supérieur gauche, paralysie et atrophie complètes des muscles de la ceinture scapulaire, prédominant sur le deltoïde, qui est le siège d'une D. R. typique; altérations multiples de la sensibilité; inversion du réflexe olécranien.

2. Au membre supérieur droit, mêmes phénomènes, mais moins accentués.

3. Signes d'irritation portant sur les fibres irido-dilatatrices, à droite.

Les troubles ont évolué en deux phases, une première, où ils se sont cantonnés au membre supérieur gauche; une seconde, où le membre supérieur droit a été atteint à son tour; une dernière, au cours de laquelle ont disparu, à gauche, les altérations de la sensibilité, à droite, tous les symptômes morbides.

N'est-il pas évident que, dans ce cas, il s'agit d'une poliomyélite aiguë, à localisation cervicale, dont les lésions ne se sont pas étroitement localisées aux cornes antérieures?

V. Un enfant de onze ans entre dans le service de M. Am. Coyon pour une *paralysie ascendante aiguë*. Voici son observation résumée (1).

Observation. — J... (Adolphe), âgé de onze ans, entre le 15 août 1910 à la maison Dubois, salle Féréol, lit n° 12, pour une quadriplégie complète, datant de trois jours.

Antécédents héréditaires. — La *mère* est morte, il y a cinq ans, d'une tumeur cérébelleuse, pour laquelle elle était allée consulter MM. Babinski, Ballet et Brissaud. Comme elle avait, jadis, présenté des symptômes nets de tuberculose pulmonaire, on s'était demandé si la tumeur cérébrale n'était pas de nature bacillaire.

Le *père* est bien portant.

Il y a un *frère*, âgé de cinq ans, et qui jouit d'une bonne santé.

Une *cousine* serait morte de méningite tuberculeuse.

Antécédents personnels. — Le jeune J... n'a jamais été malade jusqu'à il y a quelques mois. A ce moment, serait survenue une éruption mal déterminée, qui a disparu au bout de quelques jours sans laisser la moindre trace. Dans ces temps derniers, il aurait considérablement maigri.

Histoire de la maladie. — La maladie actuelle aurait débuté le 12 août. Le jeune J... était déjà depuis une dizaine de jours au Crotoy, lorsque brusquement, dans la nuit du 11 au 12, il fut pris de douleurs très vives localisées à la colonne vertébrale. En même temps, on constatait une paralysie des membres inférieurs. Le lendemain matin, l'impotence fonctionnelle avait gagné les membres supérieurs. Il y eut quelques vomissements. On remarqua aussi une certaine tendance à la constipation. Pendant deux jours, aucune modification. Aussi, le père se décide-t-il à ramener son enfant à Paris.

Etat actuel. — Les douleurs, le long de la colonne vertébrale, sont toujours très accusées, mais, à part le signe de Kernig, d'ailleurs peu accentué, dont on constate l'existence à plusieurs reprises, il n'y a *aucun signe de spasticité*. Les membres sont souples, la raideur de la nuque manque presque complètement, les réflexes tendineux sont abolis, il n'y a ni trépidation spinale, ni signe de Babinski. Les *troubles moteurs* consistent en une quadriplégie à peu près complète. Cependant quelques mouvements persistent aux membres supérieurs, par exemple la flexion du pouce. Le thorax est immobile, les muscles intercostaux semblent parésiés. Les sphincters, par contre, fonctionnent normalement.

La *sensibilité objective* serait intacte à tous les modes si le petit malade n'éprouvait les plus vives douleurs toutes les fois qu'on le touche ou qu'on veut le mobiliser. Il n'y a pas le moindre *trouble trophique ou vaso-moteur*. La raie méningitique manque. L'*intelligence* est conservée. Les *sens spéciaux* fonctionnent d'une façon parfaite. La *ponction lombaire* donne issue à un liquide clair, en état d'hypertension modérée et contenant quelques lymphocytes.

L'*état général* est profondément altéré. La température oscille entre 38 et 39 degrés. La respiration est courte et fréquente, sans que l'on observe de troubles laryngés ni pulmonaires. Les grands appareils n'offrent aucune altération notable. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le 16 août, le signe de Kernig est devenu plus net et la dyspnée plus intense. Le soir, vers sept heures, apparaissent quelques convulsions dans les muscles de la face, précédant de peu la mort qui survient subitement, sans que rien ait pu la faire présager.

---

(1) L. Babonneix. Myélite aiguë, non spécifique, avec inégalité pupillaire, *Monde méd.*, avril 1920; *Gaz. des hôpit.*, n° 6, 1921.

(2) L. Babonneix et M. Page. Sur un cas d'atrophie musculaire localisée, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 8 fév. 1917, n°s 3-4, p. 122.

(1) Am. Coyon et L. Babonneix. *Loc. cit.*

Autopsie. — Pratiquée le 18. Les constatations macroscopiques n'aboutissent qu'à des résultats négatifs. Les principaux viscères paraissent normaux, les centres nerveux n'offrent aucune altération notable. A l'examen histologique, lésions identiques à celles de la poliomyélite aiguë épidémique, prédominant sur la moelle lombaire, mais atteignant aussi d'autres régions : écorce rolandique, cervelet, protubérance, bulbe.

Dans le cas suivant, le diagnostic de poliomyélite antérieure aiguë épidémique ne peut être affirmé, en l'absence de tout examen anatomique, mais il est du moins rendu vraisemblable, et de par l'âge du sujet, et de par l'évolution suraiguë des accidents.

L... (Lucien), vingt et un ans, 327 : R. I., entré, le 3 mai 1918.

Il n'a aucun antécédent héréditaire ni personnel, et jouit, à l'habitude, d'une santé parfaite. Il a été blessé, en avril 1917, d'un petit éclat d'obus qui a atteint la région du deltoïde gauche. Il nie toute affection vénérienne.

Histoire de la maladie. — Au lendemain d'un excès alcoolique, il a été pris d'une paraplégie si brusque qu'il lui a été impossible de se lever. Il nous est envoyé avec le diagnostic de « paralysie alcoolique ». Cette paraplégie s'est accompagnée de fourmillements, localisés aux membres inférieurs; très rapidement, elle a gagné les membres supérieurs; depuis le début, elle se complique d'incontinence des sphincters.

Etat actuel. — Tout se borne à une paralysie flasque, presque généralisée, complète au membre inférieur droit, presque complète au membre inférieur gauche, moins accusée, quoique encore très nette aux membres supérieurs. Les muscles du tronc sont atteints : le malade ne peut se retourner ni s'asseoir. Il n'y a rien à la face, mais on constate une certaine dyspnée, avec gêne pour tousser et pour cracher. Au siège, un début d'escarre bilatérale. Il n'existe aucun signe de diphtérie récente. Le pouls est bon, mais un peu rapide, le ventre ballonné; aux bases pulmonaires, des signes évidents de congestion passive. Les organes sensitivo-sensoriels sont intacts.

Le malade succombe à l'asphyxie, dix-huit heures après son arrivée.

Les cas de ce genre ne sont pas exceptionnels. Nous avons fait jadis l'examen anatomique de l'un d'entre eux (1); nous les avons signalés dans l'article que nous avons consacré à la poliomyélite épidémique (2). Ils sont d'autant plus intéressants à connaître qu'en présence d'une paralysie ascendante, deux erreurs peuvent être commises :

1° La rattacher à une autre cause que la maladie de Heine-Medin. L'erreur est inévitable, lorsque le cas est resté isolé, sporadique, qu'on n'a pu ni pratiquer l'examen histologique du système nerveux ni procéder à des inoculations.

2° Inversement, rattacher à tort la paralysie ascendante à la poliomyélite. Cette erreur, nous l'avons commise jadis dans de très curieuses circonstances (3).

Nous avions été appelé à voir un sujet chez lequel, sans cause apparente, était survenue une paralysie, d'abord localisée aux membres inférieurs, puis qui avait rapidement gagné.

Aucun autre trouble nerveux que cette paralysie flasque extenso-progressive. A la ponction lombaire, liquide clair, en état d'hypertension, avec lymphocytose manifeste.

Nous portons donc le diagnostic de poliomyélite antérieure aiguë, et nous considérons le pronostic comme fatal. N'existait-il pas déjà quelques troubles bulbaires : dysphagie, dyspnée? Mais, à notre agréable surprise, les accidents s'atténuent un peu et permettent un examen plus complet du patient. Lui découvrant une gorge un peu rouge, et bien qu'il n'ait jamais souffert d'angine, nous prions notre collègue et ami M. Brulé de procéder à un examen bactériologique du mucus pharyngien. Il y découvre du bacille diphtérique long, en grande quantité. Nous avions donc affaire à une paralysie diphtérique à forme méningée, consécutive à une infection amygdalienne fruste. Le traitement sérique, institué aussitôt, finit par venir à bout du mal.

VI. Supposez que, chez un même malade, vous constatiez des phénomènes douloureux prédominant sur les membres inférieurs, des troubles sphinctériens, du météorisme, de la fièvre, le tout précédant l'apparition d'une paralysie flasque d'un des membres inférieurs, et vous comprendrez que le diagnostic soit impossible à faire pour tout médecin non spécialisé, et comment, dans le cas suivant, un chirurgien de valeur ait été amené à incriminer un *mal de Pott* d'évolution anormale.

Une jeune fille de quatorze ans, sans antécédents importants autres qu'un peu de scoliose, est prise brusquement d'adénoïdite aiguë, accompagnée de fièvre et de torticolis. Au moment où les phénomènes pharyngés commençaient à rétrocéder, survient du météorisme avec arrêt complet des matières, rétention des urines et douleurs, celles-ci d'abord localisées à la ligne blanche à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, puis aux membres inférieurs, extrêmement intenses, et résistant à toutes les médications. Enfin, paralysie des membres inférieurs.

Lorsque nous sommes appelé à voir cette enfant, en décembre 1921, elle présente une paralysie flasque des membres inférieurs intéressant surtout le quadriceps fémoral, avec abolition totale des réflexes rotuliens; une parésie des muscles du tronc qui l'empêche de s'asseoir et de se tourner dans son lit; une rétention d'urine complète et qui nécessite l'usage de la sonde. Il n'existe aucun signe de mal de Pott. L'évolution ultérieure de la maladie a confirmé le diagnostic que nous avions fait d'emblée de paralysie infantile.

* * *

Le diagnostic de la paralysie infantile peut donc être délicat. Comment arriver, dans les formes anormales, à le poser de bonne heure?

En tenant compte de certains éléments :

a. Parfois *notion d'épidémicité*, comme dans notre observation I, ou de *contagion*. Un cas, que nous devons à notre collègue et ami, M. H. Darré, concerne un bébé qui relevait de paralysie infantile. Ses parents demandent à un co-locataire de bien vouloir leur prêter sa voiture d'enfant pour lui faire prendre un peu l'air. Quelques jours après, le petit garçon du co-locataire, qui était en parfaite santé jusque-là, est pris de paralysie infantile sévère;

b. *Existence, chez les personnes de l'entourage, de manifestations pathologiques, soit nerveuses* : céphalée, tremblement, réactions méningées discrètes, *soit d'ordre général* : coryza, angine, gastro-entérite, malaise fébrile qualifié « grippe »;

c. *Association, à une paralysie flasque atrophique, soit de réactions méningées, soit de douleurs erratiques*;

d. *Rétrocession spontanée et durable des troubles moteurs* : non seulement dans les formes « ménin-

(1) In SCHREIBER. *Soc. de pédiat.*, nov. 1910.
(2) L. BABONNEIX. Poliomyélite aiguë épidémique, *Journ. méd. franç.*, mars 1920.
(3) L. BABONNEIX. Sur un cas de paralysie diphtérique, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 10 nov. 1916.

gées », où cette rétrocession atteint son maximum d'importance, mais encore dans toutes les autres, la paralysie s'atténue, souvent, même en l'absence de tout traitement. Ce fait, sur lequel ont justement insisté les Américains, est exact, et l'amélioration peut se prolonger des années, notion de nature à améliorer quelque peu le pronostic jusqu'alors si sombre de l'affection.

*
* *

Il est d'autant plus important de savoir reconnaître de bonne heure la paralysie infantile, même et surtout dans ses formes anormales, qu'il importe au plus haut point de la considérer comme une infection transmissible et de prendre vis-à-vis d'elle les mêmes précautions que vis-à-vis de la scarlatine ou de la diphtérie. C'est un auteur français, M. Cordier de Sainte-Foy-l'Argentière, qui a le premier établi cette donnée sur des observations qui ont la valeur d'une expérience. Quand finira-t-elle par devenir classique et combien de temps verrons-nous encore, au beau milieu d'une salle de « médecine générale », un sujet atteint de paralysie infantile avec fièvre, douleurs, raideur de la nuque, c'est-à-dire en pleine période d'état, au moment où il risque le plus de contaminer l'entourage?

PATHOLOGIE MENTALE ET RÉFORME N° 1

Par R. BENON,
Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes.

Des médecins spécialistes se sont vivement émus des décisions favorables prises par les commissions de réforme vis-à-vis de certains malades mentaux; quelques-uns même ont élevé des protestations dans la presse scientifique et dans les sociétés savantes, et ces protestations, examinées du point de vue strictement médical, apparaissent comme justement fondées. Le médecin légiste ne voit pas, en effet, comment on peut déclarer aggravées des affections purement constitutionnelles, ou des affections qui existaient avant la guerre, alors que le fait de service allégué — le séjour à l'armée, soit au front, soit à l'arrière — n'a été que de quelques mois, sinon de quelques semaines. C'est ainsi qu'ont été réformés n° 1 des cas de débilité mentale congénitale : comment l'affection, ici, pourrait-elle avoir été aggravée? C'est ainsi, encore, qu'on a réformé n° 1 des malades atteints de démence précoce, de psychose maniaque dépressive, de psychose hallucinatoire, systématisée et chronique, qui sont manifestement, après leur réforme, ce qu'ils étaient avant la guerre.

Voici, par exemple, un cas de démence précoce fruste, qui a débuté en 1910, et qui est, en 1921, ce qu'il était en 1912 ou 1914. Comment soutenir que ce malade puisse être l'objet d'une réforme n° 1

*
* *

Résumé de l'observation. — Soldat, quarante-deux ans (1915). Rappelé au service le 4 mai 1915, hospitalisé le 27 juillet suivant et réformé n° 2 le 17 août. Traité à l'asile des aliénés de Nantes : 1° du 31 juillet 1915 au 1er mai 1918, puis du 19 septembre 1918 à ce jour (déc. 1921). Réforme n° 2 transformée en réforme n° 1, le 9 mars 1920 : aggravation admise. Or, début de la maladie mentale (démence précoce) en 1910; de plus, traitement à l'asile des aliénés de Lesvellec (Morbihan), du 25 novembre 1911 au 11 novembre 1913; enfin, vingt-six condamnations pour vagabondage de 1910 à 1915. Du point de vue médical pratique, aggravation insoutenable. Constitutionnellement, intelligence un peu au-dessous de la moyenne. Actuellement, prédominance des signes d'ordre hypothymique.

E..... (Marcel), quarante-deux ans, ex-employé de commerce, journalier, soldat du Nme régiment territorial d'infanterie, entre au Q. des M. M. de l'H. G. de N., le 31 juillet 1915.

Antécédents. — Les renseignements qui suivent ont été, les uns puisés au dossier, les autres fournis par le malade.

Le père du soldat E..., maçon, puis entrepreneur de travaux publics, est mort en 1892 de goutte et de gastrite (?); sa mère, en 1890, d'affection cardiaque (elle buvait). Une sœur est décédée de suites de couches; deux frères, Jules et Joseph, sont bien portants. Elevé par ses parents, il n'aurait pas fait de maladie grave dans son enfance. Après avoir reçu une instruction primaire, il fut placé au collège de Josselin, puis, de quinze à dix-sept ans, à l'Institution Livet, à Nantes. Ensuite il a travaillé durant trois ans dans une briqueterie, près de Redon, comme employé de commerce. Bien constitué, pris bon pour l'armée, il a accompli trois ans de service militaire (1893-1896), deux ans dans l'infanterie, un an dans une section d'infirmiers. Le frère cadet, Joseph, pharmacien, dit que E... était d'une intelligence au-dessous de la moyenne.

Après son retour du régiment, E... travaille dans une briqueterie fondée par son père et dirigée, depuis la mort de ce dernier (1892), par l'aîné de ses frères, Jules. En 1902, à propos d'affaires de famille et de questions d'argent, E... entre en discussion avec son frère Jules et le menace publiquement de mort sous condition; il est condamné de ce fait à deux mois de prison (29 janvier 1903).

Histoire clinique. — Les troubles mentaux, constatés par nous à ce jour (1915), ont-ils débuté à trente ans (1903), ou plus tard à trente-sept ans (1910)? Il est difficile de le dire. De 1903 à 1910, les affaires de la briqueterie que dirigeait son frère Jules périclitent. Son autre frère Joseph abandonne sa pharmacie pour se mettre à la tête de l'entreprise. Il mène la vie large et fait de folles dépenses. Les discussions entre frères sont fréquentes. Finalement la faillite est prononcée en 1910. Alors E... se livre à de nouvelles menaces de mort sous condition vis-à-vis de son frère Joseph, et il est condamné à six mois de prison. Les troubles cérébraux sont très nets à cette époque.

Du 22 juin 1910 au 20 avril 1915, E... a encouru vingt-six condamnations pour vagabondage et mendicité : 1910 : deux, à Redon et à Montfort; 1911 : douze, à Rennes, à Ploërmel, à Vannes (trois), à Saint-Nazaire, à Lorient, à Redon, à Châteaubriant (deux), à Pontivy (deux); 1914 : neuf, à Rennes, à Pontivy (deux), à Vannes (deux), à Redon (trois), à Ploërmel; 1915 : trois, à Rennes, Vannes et Redon.

Ajoutons que, du 25 novembre 1911 au 11 novembre 1913, il a été traité à l'asile des aliénés de Lesvellec (Morbihan). Proposé pour la réforme du service militaire, le 4 novembre 1912, il a été maintenu dans les cadres. Ce renseignement nous a été fourni par M. le docteur Privat de Fortunié.

Rappelé à l'activité par le décret de mobilisation générale du 1er août 1914, il a été convoqué en avril 1915 et est arrivé à son corps (le Nme régiment territorial) le 4 mai.

Absent de son unité le 18 juillet 1915, il s'est présenté à la gendarmerie de Blain (Loire-Inférieure), le 25, et a été arrêté. Ecroué à la prison militaire de Nantes, il a paru ne pas jouir de la plénitude de ses facultés mentales et a été dirigé le 27, sur l'hôpital militaire Broussais, puis, le 31, sur l'asile des aliénés.

Etat actuel, 10 août 1915. — Depuis dix jours que le malade se trouve à l'asile, on a surtout observé, au point de vue mental, des symptômes d'indifférence émotionnelle et peut-être de l'affaiblissement intellectuel.

Tantôt le patient parle assez volontiers et donne quelques renseignements sur son passé; tantôt il répond à peine et commet maintes erreurs sur les lieux et le temps. Ainsi il dira qu'il est journalier logé dans des fermes, qu'il gagne quarante centimes par jour, qu'il garde le bétail aux champs. Il ajou-

tera qu'autrefois il travaillait avec son frère, tuilier, mais que celui-ci l'a abandonné et lui a fait perdre 20 ou 40.000 francs, qu'il l'a, en conséquence, poursuivi et attaqué. Mais il ignore l'année actuelle (1914?), le mois (juin?), le jour, etc.; il ne peut dire en quelle ville il se trouve, etc. Le degré d'instruction paraît faible, il est vrai que le patient se prête très mal à l'examen. — On ne constate pas d'idées délirantes, mais de l'hypo-affectivité, de l'apathie, de la dépression (?), et des tics (à chaque instant, il se frotte les mains). — L'examen physique est négatif : la motilité, la sensibilité, la réflectivité sont normales; les symptômes catatoniques font défaut, sauf peut-être les stéréotypies des gestes.

Privé de renseignements, comme il l'était à l'entrée, l'observateur ne pouvait guère conclure entre l'imbécillité et une forme fruste de « démence » précoce.

Evolution. — Le malade a été suivi d'août 1915 à décembre 1921, et on peut dire que son état mental s'est toujours présenté sous le même aspect : c'est un syndrome psychopathique acquis; la débilité intellectuelle constitutionnelle est négligeable.

15 septembre 1915. — Signes de léger affaiblissement intellectuel; troubles de la mémoire surtout; pas d'idées délirantes; hypoaffectivité accusée, abattement, dépression, ou apathie, par intervalles; pas de catatonie. Le malade a été réformé n° 2 sur pièces, pour aliénation mentale, le 17 août 1915.

24 mars 1916. — Depuis trois mois, placé dans une section de chroniques tranquilles, il travaille régulièrement à l'office. Aujourd'hui, sans motif précis, il a cessé son emploi et il veut sortir. Que fera-t-il dehors? Il s'occupera dans les fermes, dit-il.

Avril 1917. — Alternatives d'activité utile qui dure cinq à six semaines, et de réactions coléreuses avec mutisme, tendance à l'isolement et cessation de tout travail.

1er mai 1918. — Etat stationnaire. Pas de délire. Essai de sortie par amélioration.

27 août. — Arrêté en état de vagabondage et incarcéré à Saint-Nazaire.

4 septembre. — Expertise médicale par un médecin non spécialiste; irresponsabilité. Constatations : « état d'hébétude; répond peu ou pas aux questions; l'intelligence paraît nulle. Imbécillité ».

19 septembre. — Placé à l'asile des aliénés de Nantes. Même état psychopathique qu'en mai 1918. Pas de délire.

Septembre 1919. — Affaiblissement intellectuel léger; surtout indifférence émotionnelle profonde; vie affective très réduite. Ne réclame plus sa sortie. Travaille assez régulièrement.

9 mars 1920. — Ayant été réformé n° 2 pendant la guerre, il a fait à l'asile l'objet d'une révision. Ce jour, l'autorité militaire admet l'*aggravation* de la maladie par le service (incorporé le 4 mai 1915, hospitalisé le 27 juillet et mis en congé le 17 aout 1915), ce qui est tout à fait insoutenable.

Décembre 1921. — Il travaille à l'office, régulièrement. Souvent il cause seul, mais ne délire pas. Il s'emporte à la moindre contrariété, par exemple si on le dédit dans ce qu'il exprime, dans ce qu'il a lu sur le journal, etc. Autrement il est insouciant, ne s'inquiète de rien, ne fréquente personne. On ne note pas de stéréotypies nettes, soit dans les attitudes, gestes ou paroles. L'indifférence émotionnelle est toujours beaucoup plus manifeste que l'affaiblissement intellectuel.

*
**

1° Voilà un malade atteint d'une psychopathie sur laquelle on peut, sans doute, discuter (personnellement, nous considérons comme négligeable la débilité mentale constitutionnelle, laquelle n'avait pas empêché le patient de faire ses trois années de service militaire, et nous concluons à la « démence » précoce, non pas tant à cause du léger affaiblissement intellectuel constaté qu'en raison des signes nets d'ordre hypothymique); mais, que l'affection soit acquise ou congénitale, la thèse de l'imputabilité, médicalement et pratiquement parlant, n'est point défendable.

2° Une première remarque s'impose : c'est que ces « étrangetés » de la médecine légale militaire — il vaudrait mieux dire ces nouveautés — ne sont pas propres aux cas de pathologie mentale, et, en médecine générale, on signale des faits d'indemnisation qui sont très vivement discutés.

3° On dit que l'Etat doit indemniser les hommes malades qu'il a mobilisés et même les pensionner s'ils n'ont pas été renvoyés à temps dans leurs familles. On ajoute que les médecins encourent, ici, une grande responsabilité, parce qu'ils ont pris, bons pour le service, de véritables invalides. Mais, cette question très intéressante soulève un point de psychosociologie de guerre, que nous ne pouvons développer dans les limites de cet article.

4° Le législateur, pour cette loi des pensions, pouvait-il mieux faire qu'il a réalisé? Ce n'est pas certain. Nous gardons l'impression que la loi sera peu remaniée. Nous avons eu en mains quelques-uns des rapports qui ont présidé à son élaboration : ce sont des œuvres consciencieuses et aussi complètes que possible. Les délais fixés par la loi, soit pour la durée du séjour à l'armée, soit pour les dates de déclaration de maladie, sont discutables, mais paraissent d'application pratique.

5° Quelques médecins, prompts à l'indignation, croient devoir crier aux abus en matière de pension de guerre : ils changeront, sans doute, d'avis. Nous connaissons déjà un nombre important de malades mentaux dont l'affection est le fait de la guerre et qui ne seront pas indemnisés parce que, espérant leur guérison, ils ont négligé de se faire examiner dans les délais légaux. Et combien de psychopathes, vivant librement et gravement malades, sont pensionnés à 30, 40 ou 50 p. 100, alors que leur état exige 60, 80 ou 100 p. 100! Il est vrai qu'il en est d'autres dont le taux de la pension est trop élevé. Ceci ramène en notre mémoire le vieil axiome : *summum jus, summa injuria.* N'oublions point sa hautè qualité, essentiellement humaine.

Conclusions. — On comprend que certains cas de maladies mentales — et aussi de maladies générales — qui ont entraîné de fortes pensions, aient soulevé des protestations à tendance scientifique; pratiquement et médicalement parlant, la thèse de l'aggravation de ces affections est, en effet, insoutenable : nous en rapportons un exemple démonstratif. On reproche aux médecins d'avoir déclaré, bons pour le service, des sujets non valides. Cela est vrai, cette question mériterait une ample et curieuse discussion. Nous pensons que l'œuvre du législateur fut bonne et saine, et qu'elle résistera aux critiques. Est-elle si injuste comme on le dit quelquefois? Signalons qu'un certain nombre de malades de la guerre ne seront pas indemnisés, parce que méconnus, ou insouciants ou imprévoyants.

La Réaction du benjoin colloïdal et les réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien, par Georges GUILLAIN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine; GUY-LAROCHE, médecin des hôpitaux de Paris, et S. LECHELLE, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8 de 146 pages avec figures et 3 planches hors texte. — Prix : 12 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

ACTUALITÉS

LA SPARTÉINE

Depuis les expériences de Laborde et les travaux de G. Sée (1885), la spartéine est journellement prescrite ; cependant sa valeur comme toni-cardiaque a été plus d'une fois mise en doute. On lit, par exemple, dans le *Précis de thérapeutique* du Pr Vaquez (1907) : « Pour nous, comme pour bien d'autres auteurs, la spartéine n'a pas d'effets thérapeutiques efficaces dans le traitement des cardiopathies. »

Le Pr Minet (de Lille) a récemment remis cette question à l'ordre du jour en publiant avec MM. Legrand et Bulteau (1) le résultat de leurs recherches. Des expériences furent d'abord faites sur l'animal : injectée à la grenouille, la spartéine détermine un ralentissement des battements du cœur; chez le chien, on observe une élévation passagère de la pression artérielle, puis une chute de courte durée et finalement la pression se relève sans atteindre la valeur qu'elle avait au début; en même temps on remarque un ralentissement du cœur.

Dans une deuxième série d'expériences, l'action de la spartéine sur le cœur de l'homme sain a été précisée. A dose forte (0 gr. 40 à 0 gr. 50), on note un abaissement de la pression maxima, alors que la minima ne varie pas, ce qui indique une diminution de l'effort contractile du myocarde ; les oscillations supra-maximales s'atténuent et l'indice oscillométrique s'abaisse ; le nombre des pulsations n'est pas modifié. Avec une dose moyenne (0 gr. 15) mêmes effets. Les petites doses de sulfate de spartéine (0 gr. 05) n'ont aucune action ou provoquent tantôt une légère dépression, tantôt une légère augmentation de la force d'impulsion cardiaque.

Chez les malades atteints de troubles ou d'affections cardiaques, MM. Minet, Legrand et Bulteau signalent d'abord que la spartéine n'a habituellement pas d'influence modératrice sur un rythme cardiaque accéléré. En ce qui concerne l'action sur la force contractile du cœur, les doses moyennes ou fortes déterminent une atténuation ou une disparition des oscillations supra-maximales, une diminution de l'indice oscillométrique, un abaissement de la maxima; par conséquent la force contractile du cœur est diminuée. Les doses faibles du Codex n'ont pas d'action appréciable. La spartéine est donc un médicament inutile.

On a la même impression en lisant les travaux de Lian, par exemple ses excellents articles sur l'Insuffisance cardiaque et les syndromes myocardiques aigus (1). Pour le traitement de l'insuffisance cardiaque, la spartéine est rangée par Lian, parmi les « petits toni-cardiaques » à action discrète dans la dyssystolie ; on pourrait ne pas les employer et ordonner seulement la digitale à petites doses. S'agit-il d'un syndrome myocardique aigu, on peut, écrit Lian, se contenter du sulfate de spartéine dans les formes légères; dès que les accidents sont un peu sérieux, il faut instituer une médication plus active et d'efficacité à peu près certaine. Ici encore la digitale donne d'excellents résultats ; on a trop dit que la digitale avait une action lente, c'est une erreur.

(1) Minet, Legrand et Bulteau. La spartéine, médicament dépresseur du cœur, *Paris méd.*, 25 mars 1922.

L'adrénaline, la strophantine (Danielopolu) peuvent aussi être utilisées; l'huile camphrée, le sulfate de strychnine ont une action tonique générale.

Il est bien superflu de donner mon avis après avoir cité Vaquez, Minet, Lian ; je tiens cependant à ajouter qu'une cardiaque, intelligente, s'observant avec attention, m'a appris, voici déjà longtemps, que la digitale était un merveilleux médicament et que ses succédanés étaient de « petits toni-cardiaques ». J'ai toujours constaté que cette opinion était parfaitement exacte. M. BRELET.

(1) Lian. Maladies du cœur, *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, t. IV.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

DENTISTES. HONORAIRES

PERSONNES RESPONSABLES

Nous avons indiqué dernièrement un jugement, aux termes duquel une malade avait essayé d'obtenir une réduction d'honoraires, sous prétexte que la note du médecin était exagérée. L'imagination du ou des malades est fertile pour retarder ou ne pas payer ce qui est dû légitimement au médecin. Dans le cas que nous rapportons et qui a fait l'objet d'un jugement du Tribunal civil de la Seine du 17 mai 1922, la personne qui devait payer refusa de satisfaire à la demande du chirurgien-dentiste, parce que la malade qui était sa fille était majeure et que dès lors c'était à cette dernière que l'homme de l'art devait s'adresser, et non à elle.

Le Tribunal n'admit pas ce subterfuge. Il s'exprime ainsi :

« Attendu que suivant exploit de Merlen, huissier à Paris, en date du 3 juin 1921, F... a interjeté appel d'un jugement rendu contradictoirement le 22 avril précédent par le Tribunal de paix du 9e arrondissement qui l'a condamné à payer au docteur H... la somme de 580 fr. pour soins dentaires donnés à sa femme et à sa fille;

Attendu que F... soutient à l'appui de son appel qu'il ne doit que le prix des soins donnés à sa femme, soit 120 fr. à l'exclusion des soins donnés à sa fille majeure dont le paiement ne lui incombe pas;

Attendu que ce moyen a déjà été invoqué en première instance et qu'il a été rejeté à bon droit comme mal fondé;

Qu'en effet il est établi et qu'il n'est d'ailleurs pas contesté que les soins dont s'agit ont été donnés à la demoiselle F... en avril, mai, juin, juillet, de l'année 1915;

Que cette dernière était accompagnée de sa mère qui recevait également les soins du même dentiste;

Qu'en outre la demoiselle F... demeurait à cette époque avec ses parents et que l'intimé a estimé à juste titre que la présence de la dame F... aux consultations impliquait nécessairement de la part de cette dernière l'autorisation expresse de suivre le traitement en même temps que l'engagement pour les époux F... d'en payer le prix;

Attendu, au surplus, que le docteur H..., faisant confiance à la dame F..., pouvait raisonnablement ignorer l'état de majorité de sa fille et qu'on ne saurait lui faire grief d'avoir omis d'interpeller la demoiselle F... sur son âge lorsqu'elle se présentait à son cabinet accompagnée de sa mère;

Attendu que l'appel interjeté a un caractère nettement dilatoire et qu'il tend purement et simplement à retarder le paiement d'une dette remontant à sept années en soulevant des griefs en tous points dépourvus de fondement;

Que, dès lors, F... doit supporter tous les dépens de la procédure de l'instance d'appel. »

Le Tribunal confirma donc le jugement du juge de paix, condamnant le père au paiement de la somme réclamée. »

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Les diarrhées chroniques. Etude clinique-coprologique et thérapeutique (1), par le docteur Louis TIMBAL, ancien chef de clinique médicale, préparateur à la Faculté de médecine de l'Université de Toulouse. Préface du docteur J. Charles ROUX.

Les diarrhées s'observent souvent dans la pratique médicale. Lorsqu'elles sont aiguës elles durent peu et sont en général d'un diagnostic facile. Par contre, les diarrhées chroniques constituent à l'heure actuelle un des chapitres les plus confus de la pathologie.

La confusion qui règne dans la description des diarrhées chroniques tient à la complexité des causes qui aboutissent à ce trouble commun : un grand nombre de diarrhées chroniques ont leur origine en dehors de l'appareil digestif et le traitement n'est efficace que si le médecin découvre cette origine.

L'auteur consacre plus de la moitié de l'ouvrage à la description des types cliniques de la diarrhée, il passe successivement en revue les diarrhées d'origine mécanique (surtout liées à un trouble cardiaque), — toxiques (d'origine rénale), — parasitaires (amibiase), — spécifiques (syphilis et tuberculose).

A côté de ces diarrhées d'origine extra-intestinale, il décrit les diarrhées dyspeptiques en insistant sur celles qui proviennent du fonctionnement défectueux de l'estomac — et les diarrhées infectieuses ou colites proprement dites.

Cette importante partie de l'ouvrage est précédée d'un exposé complet des méthodes de diagnostic, entre autres de la méthode coprologique.

Enfin l'ouvrage se termine par l'étude des méthodes de traitement : hygiène; repos; régime alimentaire; thérapeutique médicamenteuse; agents physiques; cures hydro-minérales.

L. G.

Obstétrique journalière du praticien (2), par le docteur BOURRET, ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon, accoucheur de la maternité Schneider au Creusot.

Obligé d'interrompre sa consultation ou brusquement arraché à son sommeil pour un accouchement « qui ne va pas », le médecin risque d'être pris au dépourvu en face du cas embarrassant.

Que lui faut-il? Un traité de l'art des accouchements, volumineux, lourd, intransportable? nullement. Mais un mémento clair, concis, précis d'obstétrique pratique, d'obstétrique de tous les jours.

C'est ce mémento que notre distingué collaborateur, le docteur Bourret, a écrit en praticien, non en théoricien. Il permet au médecin de prendre en quelques instants les décisions urgentes et de les exécuter correctement.

Ce petit livre est précieux. Il sera demain dans le portefeuille de tous nos confrères.

L. G.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE SCOLAIRE 1922-1923

Professeurs honoraires : MM. Duplay, Le Dentu, Gariel, G. Hayem, A. Pinard, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes, Hutinel, Quénu et Albert Robin. — **Cliniques, cours, conférences et travaux pratiques.** — ENSEIGNEMENT CLINIQUE. — Cliniques médicales générales : MM. les professeurs Gilbert, Hôtel-Dieu; Chauffard, hôpital Saint-Antoine; F. Widal, hôpital Cochin; Achard, hôpital Beaujon.

Cliniques chirurgicales générales : MM. les professeurs Delbet, hôpital Cochin; Hartmann, Hôtel-Dieu; Lejars, hôpital Saint-Antoine; Gosset, hôpital de la Salpêtrière.

Cliniques obstétricales : MM. les professeurs Brindeau, clinique Tarnier; Couvelaire, clinique Baudelocque.

Clinique obstétricale (réservée aux élèves sages-femmes) : M. le professeur Jeannin, maternité de l'hôpital de la Pitié.

Clinique thérapeutique (fondation de M. le duc de Loubat) : M. le professeur Vaquez, hôpital de la Pitié.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale : M. le professeur Claude, asile Sainte-Anne.

Clinique des maladies des enfants : M. le professeur Nobécourt, hôpital des Enfants-Malades.

Hygiène et clinique de la première enfance : M. le professeur Marfan, hôpital des Enfants-Malades.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. le professeur Jeanselme, hôpital Saint-Louis.

Clinique des maladies du système nerveux : M. le professeur Pierre Marie, Salpêtrière.

Clinique ophtalmologique : M. le professeur de Lapersonne, Hôtel-Dieu.

Clinique des maladies des voies urinaires : M. le professeur Legueu, hôpital Necker.

Clinique des maladies contagieuses : M. le professeur Teissier, hôpital Claude-Bernard.

Clinique gynécologique (fondation de la Ville de Paris) : M. le professeur J.-L. Faure, hôpital Broca.

Clinique chirurgicale infantile (fondation de la Ville de Paris) : M. le professeur Aug. Broca, hôpital des Enfants-Malades.

Clinique oto-rhino-laryngologique : M. le professeur Sebileau, hôpital Lariboisière.

Clinique thérapeutique chirurgicale : M. le professeur P. Duval, hôpital de Vaugirard.

Clinique propédeutique : M. le professeur Sergent, hôpital de la Charité.

Des affiches spéciales indiqueront pour chacun des enseignements cliniques les jours et heures des leçons.

COURS ET CONFÉRENCES THÉORIQUES. — *Semestre d'hiver.* — Anatomie (1re et 2e années) : MM. Nicolas, professeur; Rouvière et Grégoire, agrégés.

Anatomie pathologique (4e année) : M. Letulle, professeur.

Bactériologie (3e année) : M. Bezançon, professeur.

Chimie pathologique (4e année) : MM. Blanchetière, agrégé; Desgrez, professeur.

Embryologie (2e année) : M. Branca, agrégé.

Médecine légale (5e année) : MM. Balthazard, professeur, et Duvoir, agrégé.

Obstétrique (3e année) : M. Lévy-Solal, agrégé.

Parasitologie (3e année) : M. Brumpt, professeur.

Pathologie expérimentale et comparée (3e année) : M. Roger, professeur.

Pathologie générale (1re et 4e années) : M. Marcel Labbé, professeur.

Pathologie interne (3e et 4e années) : MM. Guillain et Villaret, agrégés.

Pathologie externe (3e et 4e années) : MM. Mathieu et Lardennois, agrégés.

Pharmacologie (4e année) : M. Richaud, professeur.

Thérapeutique (5e année) : MM. Carnot, professeur, et Rathery, agrégé.

Semestre d'été. — Anatomie topographique et médecine opératoire (3e année) : M. Cunéo, professeur.

Chimie biologique et pathologique (2e année) : M. Desgrez, professeur.

Education physique : M. Langlois, chargé de cours.

Histoire de la médecine : M. Ménétrier, professeur.

Histologie (1re et 2e années) : MM. Prenant, professeur, et Champy, agrégé.

Hygiène (5e année) : M. L. Bernard, professeur.

Obstétrique (3e année) : M. Le Lorier, agrégé.

Pathologie externe (3e et 4e années) : MM. Lecène, professeur, et Chevassu, agrégé.

Parasitologie (3e année) : M. Joyeux, agrégé.

Pathologie expérimentale et comparée (3e année) : M. Garnier, agrégé.

Pathologie interne (3e et 4e années) : MM. Rénon, professeur, et Lemierre, agrégé.

(1) 1 vol. de 270 p., avec fig. — Prix : 12 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

(2) 64 pages 8,5×14, 40 grammes. — Prix : 2 fr. — Paris, A. Poinat, édit.

Pharmacologie et matière médicale (4e année) : M. Tiffeneau, agrégé.

Physiologie (1re et 2e années) : MM. Richet, professeur, et Camus, agrégé.

Physique (2e année) : M. André Broca, professeur.

Stomatologie (5e année) : M. Frey, chargé de cours.

Pour les jours et heures des cours et conférences, consulter les affiches spéciales et les horaires.

Travaux pratiques obligatoires. — *Semestre d'hiver.* — 1re et 2e années : Dissection.

3e année (N. R.) : Bactériologie. Pathologie expérimentale. Parasitologie.

3e année (A. R.) : Anatomie pathologique. Parasitologie. Chimie pathologique.

4e année (N. R.) : Anatomie pathologique. Chimie pathologique.

Semestre d'été. — 1re année : Histologie. Physiologie.

2e année : Histologie. Physiologie. Physique et chimie biologiques.

3e année : Médecine opératoire. Manœuvres obstétricales.

4e année : Pharmacologie et matière médicale.

5e année : Hygiène. Médecine légale. Stomatologie.

Les travaux pratiques, auxquels sont astreints les élèves de 1re, 2e, 3e, 4e et 5e années, auront lieu dans les laboratoires de l'Ecole pratique aux jours et heures indiqués aux horaires qui sont remis aux étudiants immatriculés.

La bibliothèque est ouverte tous les jours (sauf le dimanche), de 12 h. 1/2 à 18 h. 1/2, et de 19 h. 1/2 à 22 h.

COURS ET CONFÉRENCES

INSTITUT PASTEUR. — Le cours supérieur de microbiologie de l'Institut Pasteur, pour l'année 1923, commencera le 8 janvier, et se terminera le 27 avril, avec une interruption de deux semaines pendant les fêtes de Pâques. Ce cours s'adresse aux médecins, aux vétérinaires et aux biologistes désireux de se perfectionner dans l'étude de la bactériologie et de la protozoologie.

Le nombre des places dans les laboratoires de travaux pratiques étant limité, elles seront réservées, suivant l'ordre des demandes, aux personnes qui les solliciteront par lettre adressée à l'Economat de l'Institut Pasteur, 25, rue Dutot, Paris (15e).

Les droits d'inscription sont de 500 fr., payables au début du cours.

Chaque demande doit être accompagnée des indications nécessaires pour que la convocation puisse atteindre en temps utile son destinataire.

Les candidats, avant d'être définitivement inscrits, devront remplir un dossier indiquant leurs stages antérieurs dans un laboratoire, et les références de leurs professeurs ou de l'Université à laquelle ils appartiennent.

Les travailleurs convoqués sont priés d'apporter leur microscope pourvu d'un objectif à immersion.

Les cours ont lieu tous les jours à 14 heures. Les laboratoires de travaux pratiques sont ouverts toute la journée, de 9 heures à 18 heures.

Certains cours ne comportant pas de manipulations, il sera fait, à 17 heures, un second cours; ceux-ci sont indiqués sur le programme par un astérisque après le numéro.

Des conférences sur des sujets d'intérêt général pour les biologistes, ou faisant actuellement l'objet de recherches, pourront être faites en dehors du cours.

Programme du cours. — *Première partie.* — 1. M. Calmette : Introduction à l'étude des microbes. — 2. M. Dumas : Milieux de culture chauffés : bouillon. — 3*. M. Abt : Mesure de la réaction dans les milieux de culture. — 4. M. Dumas : Milieux de culture chauffés : gélose. — 5. M. Dumas : Milieux de culture chauffés : gélatine. — 6*. M. Legroux : Les aliments des bactéries. — 7. M. Legroux : Filtration; milieux de culture non chauffés. — 8. M. Mesnil : Morphologie des bactéries. — 9. M. Legroux : Examen microscopique; technique générale de coloration. — 10. M. Legroux : Techniques spéciales de coloration. — 11. M. Legroux : Les microbes de l'air; séparation des microbes. — 12*. M. Pozerski : Réactions de l'organisme; généralités sur les antigènes et les anticorps. — 13. M. Borrel : Les microbes du sol; analyse microbienne de la terre arable. — 14. M. Borrel : Actions chimiques dues aux microbes du sol. — 15. M. Calmette : Analyse microbienne et purification des eaux d'alimentation. — 16. M. Calmette : Epuration biologique naturelle et artificielle des eaux usées. — 17. M. Legroux : Expérimentation sur les animaux de laboratoire. — 18. M. Vallée : Bactéridie charbonneuse. — 19. M. Vallée : Prophylaxie du charbon; vaccination anticharbonneuse. — 20. M. Vallée : Bacille du choléra des poules. — 21. M. Vallée : Bacille du rouget du porc. — 22. M. Dujardin-Beaumetz : Bacille pesteux. — 23. M. Dumas : Microbes pyogènes; staphylocoques, tétragènes, diphtéroïdes. — 24. M. Tissier : Microbes pyogènes; pyocyanique, proteus, prodigiosus. — 25. M. Tissier : Streptocoque; entérocoque. — 26. M. Cotoni : Pneumocoque. — 27. M. Dopter : Méningocoque. — 28*. M. Mestrezat : Recherches diagnostic sur le liquide C. R. — 29. M. Morax : Gonocoque. — 30. M. Legroux : Bacilles de Friedländer, de Pfeiffer, de Ducrey, de Bordet-Gengou, pasteurellae. — 31. M. Sergent : Micrococcus melitensis. — 32. M. Cotoni : Bacilles typhique, paratyphiques, bacillus coli. — 33. M. Cotoni : Bacilles typhique, paratyphiques, bacillus coli. — 34. M. Dopter : Bacilles dysentériques. — 35. M. Calmette : Vibrion cholérique. — 36. M. Salimbeni : Vaccins microbiens. — 37. M. Vallée : Bacille morveux. — 38. M. Calmette : Bacille tuberculeux. — 39. M. Calmette : Bacilles tuberculeux, bovin, aviaire, pisciaire et paratuberculeux. — 40. M. Calmette : Prophylaxie de la tuberculose. — 41*. M. Marchoux : Lèpre. — 42. M. Magrou : Sthreptothricées. — 43. M. Magrou : Champignons en général. Phycomycètes. — 44. M. Magrou : Ascomycètes. — 45. M. Magrou : Hyphomycètes. — 46. M. Sabouraud : Champignons des teignes. — 47. M. Martin : Bacille diphtérique. — 48. M. Martin : Toxine diphtérique. — 49. M. Martin : Technique de la sérothérapie. — 50. M. Legroux : Technique des cultures anaérobies. — 51. M. Veillon : Microbes anaérobies pathogènes en général. — 52. M. Weinberg : Microbes anaérobies des plaies. — 53. M. Calmette : Bacille tétanique. — 54. M. Tissier : Microbes de la putréfaction alimentaire. — 55. M. Tissier : Putréfaction intestinale. — 56. M. Vallée : Virus filtrables pathogènes; microbe de la péripneumonie. — 57. M. Vallée : Pestes animales. — 58. M. Marie : Rage. — 59. M. Levaditi : Poliomyélite, encéphalite léthargique. — 60. M. Levaditi : Variole, vaccine. — 61. M. Ch. Nicolle : Typhus exanthématique. — 62. M. Borrel : Cancer. — 63. M. Pettit : Spirochète ictérogène. — 64. M. Levaditi : Spirochète de Schaudinn. — 65. M. Levaditi : Diagnostic de la syphilis. — 66*. M. Levaditi : Prophylaxie de la syphilis. — 67*. M. Legroux : Destruction des microbes. — 68. M. Delezenne : Caractères généraux de l'immunité. Phagocytose. — 69. M. Delezenne : Antigènes et anticorps. Les bactéries. — 70. M. Delezenne : Antigènes et anticorps. Les éléments cellulaires. Globules rouges. — 71. M. Delezenne : Antigènes et anticorps. Matières albuminoïdes. Ferments. — 72. M. Delezenne : Anaphylaxie. Aperçu général de l'immunité.

Deuxième partie. — 1. M. Mesnil : Protozoaires en général. Classification. Biologie. — 2. M. Mesnil : Amibes et autres protozoaires intestinaux. — 3. M. Roubaud : Insectes piqueurs en général. — 4. M. Mesnil : Trypanosomes. — 5. M. Mesnil : Trypanosomes. — 5. M. Mesnil : Trypanosomes. — 7. M. Roubaud : Glossines et autres mouches piqueuses. — 8. M. Mesnil : Leishmanies. — 9. M. Roubaud : Poux, puces, punaises. — 10. M. Mesnil : Sporozoaires, coccidies en particulier. — 11. M. Mesnil : Hématozaires du paludisme. — 12*. M. Marchoux : Traitement et prophylaxie chimique. — 13. M. Roubaud : Moustiques, en particulier prophylaxie du paludisme. — 14. M. Mesnil : Piroplasmes. — 15. M. Roubaud : Ixodes; prophylaxie des piroplasmoses. — 16. M. Marchoux : Spirochètes sanguicoles. — 17*. M. Marchoux : Fièvre jaune. — 18. M. Mesnil : Filaires sanguicoles. — 19. M. Calmette : Serpents et animaux venimeux ; sérothérapie.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DES PLEURÉSIES PURULENTES[1]

C. Pleurésies purulentes médiastines. — Ce sont les pleurésies enkystées développées entre la face interne du poumon et la région médiastine. On en distingue deux variétés essentielles :

Les pleurésies antérieures, développées en avant du hile, et les pleurésies postérieures, en arrière du hile.

1. *Pleurésie du médiastin antérieur.* — Le *début* est difficile à préciser, soit signes de pneumonie que l'on ne trouve pas, soit signes d'une grippe banale, soit par des signes pseudo-tuberculeux. Douleur et dyspnée parfois intenses. La fièvre est irrégulière.

En avant et à gauche, la pleurésie médiastine simule une péricardite avec épanchement ou une pleurésie à gros épanchement à cause de sa matité antérieure et du fort déplacement qu'elle fait subir au cœur vers la droite. Parfois signes de compression vasculaire, cyanose des lèvres, circulation collatérale.

L'*examen radioscopique* révèle une ombre triangulaire, mais dont le bord droit de l'ombre (dans la pleurésie médiastine droite) n'est pas animé de battements. Une pleurésie médiastine gauche donne une ombre qui surmonte le cœur et simule une aorte élargie.

L'*évolution* se fait vers la vomique ou l'empyème de nécessité.

Des ponctions répétées peuvent amener la guérison.

2. *Empyèmes du médiastin postérieur.* — Le début est souvent brusque, rapide, marqué par des frissons, de la dyspnée, de la fièvre, de la toux.

A la période d'état, le diagnostic se fera aisément par l'apparition au complet du syndrome médiastinal (Dieulafoy).

- Dyspnée continue, augmentée par l'effort.
- Cornage (bruit de ronflement, de raclement produit par le passage de l'air dans la trachée ou une bronche comprimée).
- Toux coqueluchoïde, quinteuse (compression des pneumogastriques).
- Spasme de la glotte avec tirage et suffocation.
- Raucité de la voix due à la paralysie récurrentielle gauche.
- Dysphagie due à la compression de l'œsophage.
- Circulation veineuse collatérale (compression des vaisseaux).

Les *signes physiques* sont tardifs, irréguliers. Matité en bande verticale, paravertébrale du côté malade. Râles et frottements à ce niveau, souffle parfois rude.

On complètera l'examen du malade par un examen laryngoscopique et surtout par le passage à l'écran radioscopique.

On peut voir aux rayons X, soit une bande verticale paravertébrale (pleurésie en bande verticale), soit une ombre en équerre (pleurésie en équerre de Chauffard). Il faut surtout bien examiner le malade en position oblique, pour mettre en évidence l'espace clair médian (Béclère). Cet espace clair médian est comblé par une zone opaque plus ou moins étendue, s'il y a une pleurésie médiastine postérieure.

D. Pleurésies enkystées du sommet. — La pleurésie purulente du sommet est assez rare; elle peut survenir à la suite d'une pneumonie du sommet (Netter), soit au cours de tuberculose. Les signes d'auscultation sont plus nets à la partie antérieure sous-claviculaire.

Ce siège anormal de la pleurésie peut faire croire à une infiltration tuberculeuse ou à une caverne; la radioscopie peut aider au diagnostic en montrant, en cas de pleurésie, une limite nette de l'opacité, alors qu'elle est diffuse dans le cas de lésion pulmonaire du sommet.

E. Pleurésies cloisonnées de la grande cavité. — Ce sont des épanchements purulents développés dans une loge de la plèvre costale (pleurésie uniloculaire) ou dans plusieurs (pleurésies aréolaires ou multiloculaires).

Leur symptomatologie est variable suivant leur siège. En général, on constate un syndrome pleurétique banal souvent que l'on peut localiser à une zone restreinte de la paroi thoracique, en dehors de laquelle les ponctions exploratrices sont négatives. Ces pleurésies purulentes enkystées ont été souvent observées pendant la guerre, au cours de blessures du poumon. L'évacuation d'une poche purulente était insuffisante et il fallait opérer plusieurs fois ces blessés atteints de poches purulentes multiples.

L'*examen radioscopique* peut être très précieux dans ces cas.

Diagnostic. — I. **Positif.** — Le diagnostic des pleurésies purulentes est parfois fort difficile, surtout lorsqu'il s'agit d'une forme enkystée. Les signes fonctionnels font penser à l'existence d'une affection pleuro-pulmonaire, les signes généraux font penser par leur intensité à la possibilité d'une suppuration. Mais c'est seulement par l'écran radioscopique que l'on arrive à préciser exactement le siège et l'étendue des lésions, et c'est par la ponction exploratrice ou par l'examen des crachats, si une vomique s'est produite, que l'on pourra déterminer la purulence et la nature de l'agent causal, et par suite le pronostic et la gravité de l'affection.

A propos de chaque forme clinique, nous avons étudié en détail les renseignements fournis par l'écran radioscopique.

Nous avons également étudié la manière de pratiquer la ponction exploratrice et les dangers qu'elle peut faire courir. Souvent la ponction ne doit être que le premier temps d'une intervention chirurgicale plus grave.

II. **Diagnostic différentiel.** — Nous ne ferons qu'en indiquer les grandes lignes.

1. Les pleurésies généralisées. — C'est le diagnostic des pleurésies en général, avec :

- la pneumonie,
- la spléno-pneumonie,
- la broncho-pneumonie,
- les kystes hydatiques, etc.

Si la pleurésie est reconnue, il faut encore préciser s'il s'agit d'un épanchement :

- purulent,
- hémorragique,
- ou séro-fibrineux.

2. Les pleurésies enkystées. — Les symptômes pulmonaires du début peuvent faire croire à une pneumonie franche, une congestion pulmonaire, un foyer de tuberculose ou de gangrène pulmonaire, etc.

Plus tard, à la phase d'état, les éléments du diagnostic varient avec chaque variété anatomique :

a. Les pleurésies *diaphragmatiques* sont à différencier de :

- — la névralgie intercostale,
- — la pleurodynie,
- — la névralgie phrénique simple,
- — les affections de la base du poumon,
- — les affections abdominales : périhépatite, abcès sous-phréniques, abcès et kystes du foie, de la rate, pyopneumothorax sous-phrénique, etc.

b. Les *pleurésies interlobaires* ne doivent pas être confondues avec :

- — la congestion pulmonaire,
- — un foyer de broncho-pneumonie,
- — un abcès du poumon,
- — un kyste hydatique du poumon,
- — une caverne tuberculeuse ou gangréneuse.

c. Les *pleurésies médiastines antérieures* simulent la péricardite avec épanchement, les *postérieures* font penser à une tumeur du médiastin, une adénopathie trachéo-bronchique, un anévrisme aortique, un abcès froid de la paroi thoracique.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 69, p. 1118; n° 71, p. 1150; n° 73, p. 1183, et n° 75, p. 1214.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 19, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Picot, Sauvé, Courcoux, M.-P. Weil, Thiroloix, Mondor, Ecalle, qui acceptent; Comte, Legry, M. Labbé, Walther, Coutelas, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours de l'externat. — Pathologie. — Séance du 3 octobre. — Question donnée : « Injection intraveineuse. Indication, technique et accidents »

Mlle Wertheimer (Suzanne), 17; MM. Tchou, 16 1/2; Vayron de la Moureyre, 14; Peraire, 6; Wibaux, 7; Vincent, 15; Mlle Urçat, 6; MM. Tortat, 15; Vidal-Naquet, 16; Vezoux, 14; Medioni, 12; Storbini, Vallet et Rondepierre, 10; Priollet, 15; Schlessinger, 10; Pompanon, 16; Mlle Seyrig, 14.

Séance du 4 octobre. — Question donnée : « Diagnostic des hémoptysies. »

Mlle Plassat, 13; MM. Rudolf, 16 1/2; Ragu, 17 1/2; Schmidl, 15 1/2; Rouart, 14; Mlle Scherrer, 12; MM. Ranglaret, 16; Poumeau-Delille, 17; Polacco (Etienne), 14; Stafler, 15 1/2; Pottier, 18; Redaud, 15; Quivy et Ripert, 14; Sassier, 14; Rothéa, 10; Plat, 12.

Erratum. — Dans la séance du 26 septembre, lire Mesplomb (Jean), 17, au lieu de Mesplonal, 17.

Anatomie. — Séance du 2 octobre. — Question donnée : « Muscle sterno-cléido-mastoïdien et son innervation, sans les rapports et la physiologie. »

MM. Cavalier, 11; Bulté, 13; Coquelin, 15; Mlle Dartin, 18; MM. Buisson, 6; Chevrolle, 14; Cazès, 19; Corbin, 14; Cabrol, 17 1/2; Cohen-Deloro, 16; Cassaigneau, 17; Brunet, 17 1/2; Codet, 15; Cnudde, 8; Cadilhac, 18.

Séance du 3 octobre. — Question donnée : « Grand nerf sciatique sans les branches terminales. »

MM. Capelin, 14; Cantin, 16; David (Jean), 14; Colin, 15; Calman, 10; Couperot, 15; Calmels et Danhier, 18; Davioud, 19; Clément (André), 15; Chauvineau, 10; Chauveau (André), 12; Chevrolle, 14; Charles, 12; Delbreil, 17.

Séance du 4 octobre. — Question donnée : « Muscles ptérygoïdiens externe et interne. »

M. Caraës, 12; Mlle David, 10; MM. Cachera, 16; Coste, 10; Dausse, 14; Chadourne, 16; Caroli, 18; Cheynet, 15; Cannac, 13; Busson, 14; David (Pierre), 15 1/2; Decourt, 14; Delancé et Jesover, 6; Herman, 10.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Strasbourg. — Par arrêté en date du 7 juillet 1922, il a été institué, près de la Faculté de médecine de Strasbourg, un diplôme de médecin légiste dans les mêmes conditions que dans d'autres facultés déjà autorisées, et que les cours concernant ce diplôme s'ouvriront le 3 novembre 1922.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES. (Rome, 28 mai 1923.) — Du 28 mai au 2 juin 1923 aura lieu à Rome le IIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires.

Le Ier Congrès a eu lieu à Bruxelles au mois de juillet 1921 avec le concours des représentants de dix-neuf nations.

On traitera les questions suivantes :

Première question. — *Les évacuations.* — I. Principes généraux des évacuations des armées en campagne; — II. Organisation des évacuations, compte tenu des exigences irréductibles des nécessités thérapeutiques; — III. Adaptation de la thérapeutique médicale et chirurgicale aux diverses conditions résultant de la nécessité de procéder à des évacuations.

Rapporteurs : Italie et France.

Deuxième question. — *Collaboration des autorités civiles et militaires compétentes en matière d'hygiène, d'éducation physique et de prophylaxie* (statistique démographique des maladies sociales : tuberculose, maladies vénériennes, alcoolisme, tares mentales, dépistage et action prophylactique concertés : vaccinations).

Rapporteurs : Italie et collaboration anglo-américaine.

Troisième question. — *Etude critique des procédés de*

désinfection et de désinsectisation en temps de paix et en temps de guerre.

Rapporteurs : Italie, Espagne et Suisse.

QUATRIÈME QUESTION. — *Traitement des blessures thoraco-pulmonaires et de leurs séquelles.*

Rapporteurs : Italie et Serbie.

QUESTION PHARMACEUTIQUE. — *Les laboratoires de chimie aux armées. Leur rôle. Leurs méthodes.*

Rapporteurs : Italie et Tchéco-Slovaquie.

Suivant les délibérations prises dans le Ier Congrès, pour chaque thème il y aura un rapporteur officiel italien et un rapporteur présenté par la nation indiquée.

Après les rapports officiels, sur chaque thème aura lieu un court débat général.

Tous les médecins et pharmaciens militaires qui prendront part au Congrès auront à payer une cotisation de 25 francs pour eux-mêmes et de 15 francs pour chacun des membres de leur famille respective.

Quant au transport en chemin de fer, on espère obtenir une sensible réduction de prix.

L'organe officiel du Congrès est le *Giornale di medicina militare* (Rome, rue Vingt-Septembre, palais du ministère de la Guerre) auquel on est prié d'adresser toute communication relative au Congrès.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le professeur A. de Castro, professeur de clinique médicale et directeur de la Faculté de médecine de Rio de Janeiro, fera une conférence en français sur la « dystrophie génito-glandulaire » au grand amphithéâtre de la Faculté, le mardi 10 octobre 1922, à 16 heures.

— LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE. — M. P. Lereboullet, agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le lundi 16 octobre 1922, à 10 heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), avec l'aide de M. Pierre-Louis Marie, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire, et de M. Pichon, interne des hôpitaux, un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie; clinique de l'angine diphtérique et du croup ; sérothérapie; tubage et trachéotomie; prophylaxie). Le cours sera complet en quinze jours.

Tous les matins : Visite, examen des malades; avant et après la visite : leçon théorique et travaux pratiques.

Seront admis à suivre cet enseignement, MM. les Etudiants pourvus de douze à seize inscriptions et MM. les Docteurs en médecine.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 5), les lundis, mercredis et vendredis, de midi à 3 heures.

Les élèves seront classés par séries de quinze. MM. les Docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

CHRONIQUE

AUTOUR DES CONGRÈS

Nous sommes en pleine période de Congrès : Congrès de chirurgie, Congrès de médecine, Congrès d'urologie, Congrès d'orthopédie.

On serait tenté de dire comme à Waterloo : ils sont trop. Toutefois la *Gazette* a pris ses mesures pour que chacun de ces Congrès soit analysé.

A tout doyen, tout honneur, commençons par le Congrès de chirurgie : Les questions mises à l'ordre du jour, les rapports, les discussions, feront l'objet d'un compte rendu spécial. Nous ne voulons envisager ici que la séance inaugurale :

Cette séance a eu lieu le 2 octobre, à 2 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, avec la solennité habituelle, sous la Présidence de M. Strauss, ministre de l'Hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale.

Nous nous plaisons à constater que M. Strauss ne manque aucune occasion de se mettre en contact avec le corps médical. Nous l'en remercions et l'en félicitons.

Le Congrès, cette année, est présidé par M. le professeur Hartmann. Autour de lui prennent place M. Coville, directeur de l'Enseignement supérieur, M. le doyen, MM. le médecin inspecteur général Toubert, directeur du Service de santé; le médecin inspecteur Jacob, directeur du Val-de-Grâce; MM. Rouvillois, Richelot, Walther, Tuffier, Cunéo, Bazy, Mauclaire, Bérard, Bousquet, Témoin, Maunoury, et un grand nombre de chirurgiens étrangers.

M. HARTMANN prend le premier la parole, dans un discours bien ordonné, simplement écrit. Il passe en revue les immenses progrès réalisés en chirurgie depuis une cinquantaine d'années.

Il a rappelé qu'il y a près d'un siècle, Boyer a écrit dans une préface que la chirurgie avait atteint son maximum de puissance : que pourrait-on dire alors de nos jours!

M. Hartmann a rappelé brièvement les divers procédés opératoires qui ont été successivement employés dans la chirurgie abdominale en particulier. Il a rendu un légitime hommage à son maître Terrier auquel revient l'honneur d'avoir remplacé l'antiseptie par l'aseptie.

En terminant il a constaté les grands services que pouvait rendre à la chirurgie de nouvelles méthodes de traitement, telles que la radiothérapie et la curiethérapie, spécialement dans le traitement des fibromes et du cancer. Enfin il a fait allusion à la lutte entreprise contre ce fléau, plus meurtrier encore que la tuberculose d'après les dernières statistiques, lutte à laquelle il prend, comme on sait, une grande part.

M. AUVRAY, secrétaire général adjoint, remplaçant M. J.-L. Faure actuellement en Amérique, après un pieux hommage aux membres décédés au cours de cette année, en particulier au regretté Montprofit, ancien président, après les souhaits de bienvenue aux trente-quatre nouveaux adhérents, a passé en revue la vie de l'Association française de chirurgie, le nombre toujours croissant de ses membres. Il a particulièrement insisté sur la dernière session qui a eu lieu à Strasbourg, où notre ancien président Monprofit, dans l'une de ces chaleureuses improvisations dont il avait le secret, a trouvé les paroles émouvantes et enthousiastes qui consacraient le retour à la mère-patrie de nos confrères d'Alsace et de Lorraine, en saluant, en Boeckel, ceux qui, comme lui, étaient restés fidèles à la France.

En terminant, M. Auvray insiste sur l'intérêt de l'exposition d'instruments et d'appareils et aussi sur l'exposition de l'Association de la Presse médicale.

M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale souhaite, au nom du gouvernement, la bienvenue aux congressistes, aux chirurgiens de Paris, de la province et de l'étranger. Il les loue de leurs efforts communs pour apporter toujours de nouveaux progrès à la pratique chirurgicale. Il les assure de toute la sollicitude des Pouvoirs publics et particulièrement du ministère qu'il dirige actuellement, car il fera personnellement tous ses efforts pour venir en aide aux institutions d'assistance comme aux laboratoires, aux installations radiologiques, à la meilleure hygiène des hôpitaux, etc.

M. Strauss suscite les applaudissements unanimes de l'assemblée quand il rend hommage au docteur Bergonié (de Bordeaux), aujourd'hui complètement rétabli après l'amputation du bras qu'il a dû subir pour des lésions très graves déterminées par les rayons X, nouvelle victime du devoir professionnel.

Enfin, M. le Ministre aborde la question de la ligue contre le cancer, question qui le préoccupe par-dessus tout et pour la solution de laquelle il appuiera de toutes ses forces la Commission chargée de cette grave étude.

— La séance est levée et reprise à 3 heures pour le résumé des rapports.

A. BROCHIN.

REVUE GÉNÉRALE

LES FRACTURES PAR ENFONCEMENT DE LA CAVITÉ COTYLOÏDE

Par M. Jean COTTALORDA,
Interne des hôpitaux de Marseille.

Les discussions récentes sur la contusion de la hanche et une série d'observations publiées à la Société de chirurgie de Paris ont remis à l'ordre du jour les fractures par enfoncement de la cavité cotyloïde. C'est pourquoi nous n'avons pas cru inutile de leur consacrer cette Revue générale, condensation de notre thèse inaugurale [Montpellier 1922] (1) à laquelle on voudra bien se reporter pour plus amples détails. Notre étude se base sur 109 observations dont 10 inédites, sur des recherches expérimentales et radiographiques poursuivies selon une méthode personnelle et sur des données pronostiques que nous devons plus particulièrement à notre maître M. le professeur Imbert qui a d'ailleurs inspiré notre thèse.

On entend par fractures de la cavité cotyloïde par enfoncement l'ensemble des solutions de continuité portant sur l'arrière-fond accétabulaire et sur son croissant articulaire. Elles sont intéressantes dans notre vie d'industrialisation à outrance par ce fait qu'elles cachent sous un ensemble symptomatique propre relativement bénin un pronostic fonctionnel sombre dont la connaissance est nécessaire depuis les lois sur les accidents du travail.

Historique. — Nous ne citerons que les noms véritablement caractéristiques pour ne nous point égarer dans une nomenclature fastidieuse relevant plus d'un index bibliographique que d'une étude d'ensemble.

Nous pouvons diviser cet historique en trois périodes :

Première période d'identification. — S'il est classique de faire remonter l'observation princeps à Paul d'Egine ou à Ambroise Paré, il n'en reste pas moins que le premier cas incontestable paraît dévoir être attribué à Duverney (1751). Depuis les observations se multiplient (Cooper, Earle, Dupuytren, Velpeau, Malgaigne, Morel, Lavallée, Moore, etc.). Définitivement isolée cette fracture est l'objet soit directement, soit indirectement de recherches expérimentales (Féré, Féré et Perruchet, Walther, Messerer, Kusmin, Areilza, Lardy). En même temps Boeckel en 1873 puis en 1880 montre l'intérêt qui à son avis s'attache aux signes fournis par le toucher rectal.

Les divers travaux que nous venons de passer en revue sont résumés et mis au point dans la thèse capitale de Virevaux (Lyon 1898-1899) qui marque une date dans l'histoire de la question.

Deuxième période de fixation par la radiographie. — Elle est inaugurée par l'étude de Guibé parue en 1904 et les recherches expérimentales de Thévenot de la même date.

Les thèses de Dina Kontorowitsch (Lyon 1903), Marquez (Montpellier 1909), Boyer (Montpellier 1912), Paris (Lyon 1921), Organess Galoustov (Toulouse 1921), Lehtihet Mohamed-Salah (Alger 1919), Grillères (Toulouse 1920), et de multiples travaux étrangers (Haudek, William Fuller, Guescheline et Chapiro, Minor Peet, Rahmann) apportent de nouvelles observations et étendent, grâce à l'étude radiographique, chaque jour plus loin le domaine de ce que Krönlein appelait la « luxation centrale du fémur ».

L'étude de la contusion de la hanche reprise par Delbet et Basset, débattue récemment devant la Société de chirurgie de Lyon est venue montrer l'existence de formes frustes sur l'existence desquelles Dupont a insisté.

Troisième période. Essais thérapeutiques. — Mais jusqu'à ce jour le traitement est resté fort délaissé. Les travaux de Frœlich (1918-1920), de Delannoy (1921), la communication de Chalier (1921) et celle toute récente de Basset (1922) à la Société de chirurgie de Paris, montrent une tendance à orienter les recherches dans ce sens.

Etiologie. — I. **Causes prédisposantes.** — Les fractures de la cavité cotyloïde se rencontrent surtout chez l'homme exposé aux gros traumatismes (75 hommes pour 14 femmes), l'âge de prédilection se trouvant entre vingt et quarante ans (39 fois sur 76 cas) bien qu'on puisse rencontrer cette lésion du cotyle assez souvent au-dessous de cette limite (23 fois) plus rarement au-dessus (14 fois). Le côté droit est aussi souvent atteint que le côté gauche.

II. **Causes déterminantes.** — Dans la grande majorité des cas il s'agit de gros traumatismes, bien que nous ayons pu relever quelques cas où une violence minime était intervenue.

Dans 73 cas sur 93 on est en présence d'une chute d'une hauteur moyenne de 5 à 6 mètres sur la face externe du grand trochanter ou plus exactement d'une chute en décubitus latéral.

16 fois seulement on note un choc ayant porté sur la face externe de la hanche.

Dans tous ces cas il est évidemment question d'une force agissant directement sur la cavité cotyloïde par l'intermédiaire de l'extrémité supérieure du fémur.

4 fois sur les 93 cas susmentionnés nous avons noté une violence agissant indirectement sur l'arrière-fond : chute sur les pieds, les genoux, les ischions.

Expérimentation. — Après Virevaux et Thévenot, nous avons essayé par une technique se rapprochant autant que faire se peut de la réalité de créer sur le cadavre des fractures par enfoncement de la cavité cotyloïde.

Nous mentionnerons seulement ici les résultats de nos recherches expérimentales renvoyant pour plus amples détails à notre thèse et à un travail actuellement à l'impression au *Lyon chirurgical*.

Notons pourtant que nous ne nous sommes pas servis comme Thévenot d'un « fémur en buis », mais que nous avons laissé nos sujets dans l'intégrité anatomique la plus complète et que d'autre part nous avons (résultat auquel Virevaux n'était pas parvenu) réalisé à *coup sûr* la fracture, la position optima étant donnée au membre.

Pour produire la fracture par enfoncement de la cavité cotyloïde de cause directe, il faut le sujet étant en décubitus latéral sur le côté sain et main-

(1) Cottalorda. Les fractures par enfoncement de la cavité cotyloïde. Etude expérimentale, clinique, radiographique, pronostique (12 figures, 4 planches radiographiques), *Th. de Montpellier*, 1922.

tenu mollement par un aide que le membre inférieur sur lequel on opère soit en *extension, en attitude intermédiaire à l'abduction et à l'adduction et en rotation interne forcée.*

La force traumatisante doit agir sur *la plus grande surface possible* de la face externe du grand trochanter et suivant une *direction oblique en bas, en dedans et un peu en avant.*

Anatomie pathologique. — Nous distinguerons des types initiaux et des types secondaires.

I. **Types initiaux.** — Ce sont ceux qui précèdent l'enfoncement de la tête fémorale dans le bassin. Ils peuvent d'ailleurs exister à l'état isolé ou accompagnés d'un degré pratiquement négligeable d'irruption. Par nos recherches expérimentales nous avons pu en réaliser 4 types.



FIG. 1. — *Fracture par décalottement.*

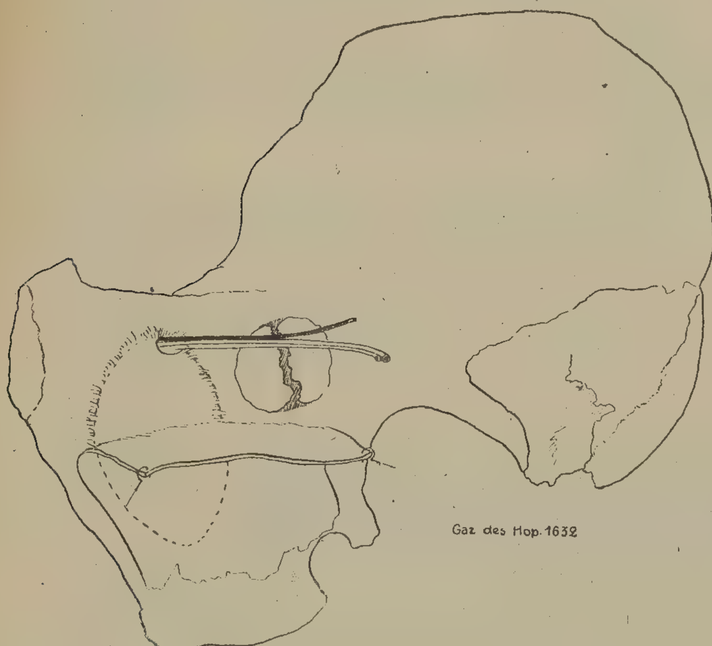


FIG. 2. — *Fracture par décalottement vue endo-pelvienne.* — Rapports avec les vaisseaux et nerf obturateur.

A. FRACTURE PAR DÉCALLOTEMENT (fig. 1). — Il s'agit du détachement circulaire et comme à l'emporte-pièce de la partie non articulaire de la cavité cotyloïde. Dans notre cas le fragment initial ainsi constitué était divisé en deux fragments secondaires pointant vers la cavité pelvienne et soulevant les vaisseaux et nerfs obturateurs (fig. 2).

B. FRACTURE RECTILIGNE (fig. 3). — Le trait de fracture horizontal siège à peu près à la limite des

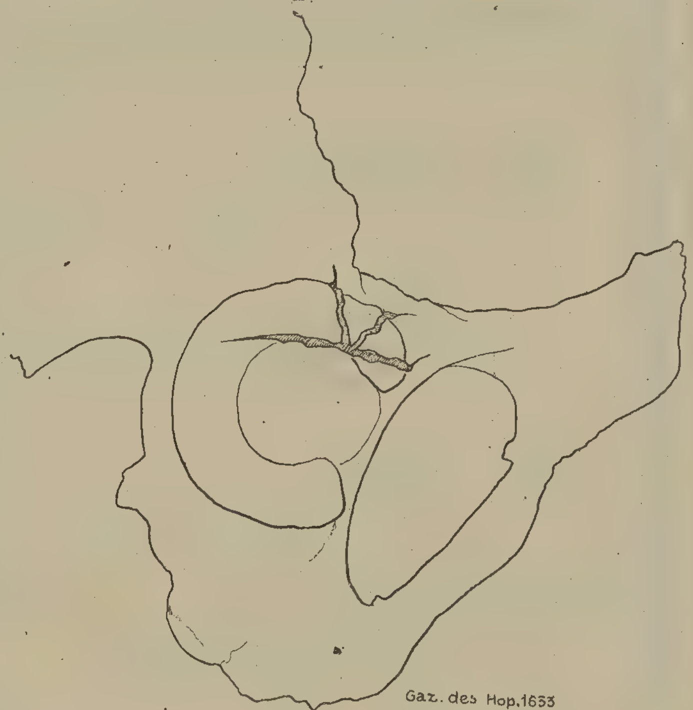


FIG. 3. — *Fracture rectiligne.*

portions articulaires et non articulaires dans le quadrant supérieur de la cavité cotyloïde.

Sur lui se greffent deux traits secondaires isolant un petit fragment en V à ouverture supérieure.



FIG. 4. — *Fracture classique à trois fragments.*

C. FRACTURE TYPIQUE A TROIS FRAGMENTS (fig. 4). — C'est celle qui reproduirait les dispositions du car-

tilage en Y primitif et détacherait ainsi un fragment pubien, ischiatique, iliaque.

D. Fracture étoilée a quatre fragments (fig. 5). — C'est la fracture précédente compliquée d'un trait

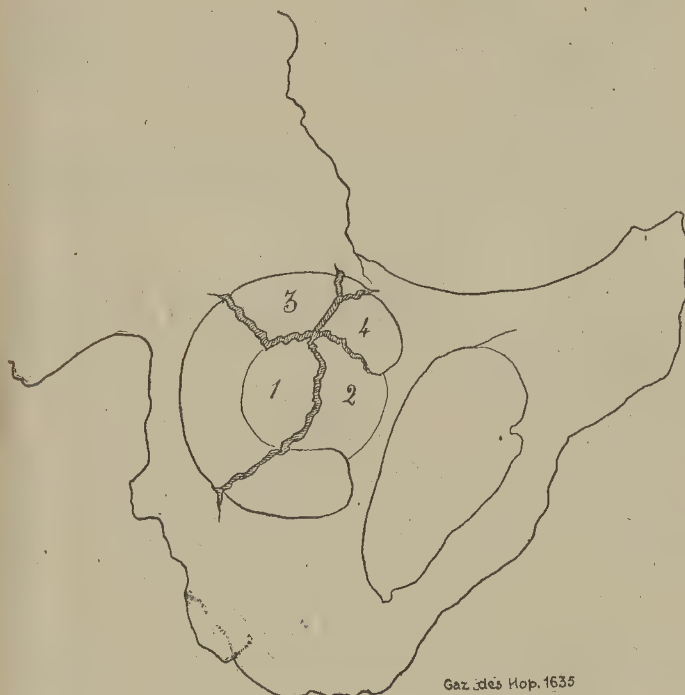


Fig. 5. — *Fracture étoilée à quatre fragments.*

postérieur supplémentaire isolant un quatrième fragment.

II. Types secondaires. — Ainsi que nous l'avons dit plus haut, la fracture de la cavité cotyloïde peut en rester là, mais le plus souvent elle se complique de ce que Krönlein désignait sous le nom de « luxation centrale de la tête fémorale » et ce que Frœlich propose avec raison de désigner sous le terme plus exact de « irruption pelvienne de la tête fémorale »,

Par suite de la continuation du traumatisme la sphère fémorale écarte les fragments fracturés et pénètre plus ou moins loin dans la cavité pelvienne. Nous avons montré que l'on peut isoler deux étapes de cette pénétration :

1° L'irruption partielle;

2° L'irruption totale dans laquelle on a pu voir la tête fémorale reposant sur le sacrum.

Bien entendu dans ces cas les lésions de voisinage sont nombreuses et particulièrement graves.

Nous reviendrons sur ces questions à propos des formes anatomocliniques et des complications.

Symptômes. — D'après l'étude minutieuse de 109 observations, nous avons pu isoler des signes primordiaux et des signes accessoires que nous allons rapidement passer en revue.

I. Signes primordiaux. — Ils sont de deux ordres : physiques, fonctionnels.

A. Signes physiques primordiaux. — 1° *L'attitude du membre.* — Dans la grande majorité des cas nous avons noté :

Rotation externe associée à l'abduction et plus souvent à l'extension qu'à la flexion.

Beaucoup plus rarement on rencontre l'attitude inverse suivante :

Adduction combinée à la rotation interne ou externe et le plus souvent à l'extension.

Donc une attitude fréquente dominée par la rotation externe, une attitude rare dominée par l'adduction.

Cette modification de l'attitude est immédiate, fixe ou corrigible (signe de Bœckel).

2° *Raccourcissement.* — Il s'agit surtout d'un raccourcissement apparent dû à des erreurs dans l'attitude donnée au membre au moment de la mensuration.

Néanmoins il existe d'une façon presque constante un raccourcissement réel en général minime dépassant rarement 1cm1/2 à 2 centimètres.

Nous verrons que ce raccourcissement réel est susceptible d'augmenter dans les jours qui suivent la reprise de la marche.

3° *Aplatissement du grand trochanter* (signe de Roux de Lausanne). — C'est un signe très fréquemment noté mais dont la netteté dépend du degré d'irruption pelvienne, de la déviation du membre et des lésions concommitantes du bassin.

Au début il est marqué par la tuméfaction, plus tard il est d'autant plus visible qu'il est lui aussi susceptible d'augmentation secondaire.

4° *Les ecchymoses.* — Quoi qu'on puisse en penser elles sont rarement constatées. Dans nos 109 cas elles ne sont signalées que 16 fois et siègent par ordre de fréquence au point déclive du scrotum (7 fois), sur la face externe du grand trochanter (4 fois), dans le pli inguino crural (5 fois). Dans les gros traumas on peut trouver associée aux précédentes une ecchymose périnéale.

On voit donc que le signe de Destot (ecchymose nummulaire du scrotum), que cet auteur présentait comme pathognomonique, est rare.

B. Signes fonctionnels primordiaux. — Nous voulons parler de l'impotence fonctionnelle et de la douleur.

1° *Impotence fonctionnelle.* — Elle est le plus souvent immédiate bien que dans quelques cas un véritable intervalle libre puisse s'écouler entre l'accident et le moment où le malade est définitivement cloué au lit.

Au début elle est absolue, le talon ne pouvant être détaché du plan du lit, assez rapidement elle s'atténue permettant malheureusement une reprise précoce de la marche.

2° *Douleur.* — La douleur spontanée d'abord aiguë, devient rapidement sourde, gravative, étendue à toute la région de la hanche et souvent irradiée au genou correspondant. Elle peut être provoquée par la pression au niveau du grand trochanter, du pubis et de la fosse iliaque et par les mouvements. C'est elle qui est surtout responsable de l'impotence fonctionnelle initiale.

A côté des signes physiques et fonctionnels primordiaux que nous venons de décrire, il nous faut mentionner que la fracture par enfoncement de la cavité cotyloïde liée le plus souvent à un gros traumatisme s'accompagne de phénomènes de shock souvent intenses mettant en danger la vie du malade.

II. Signes accessoires. — *A.* Crépitation. — Exceptionnellement notée elle peut être perçue par le malade ou par l'observateur soit à l'occasion de mouvements, soit au cours de manœuvres de réduction.

B. TUMÉFACTION ABDOMINALE. — Elle est perçue dans la forme iliaque correspondante et reconnaît comme causes la saillie des fragments et de la tête fémorale, l'épanchement sanguin périfocal, l'hématome du psoas.

Il s'agit d'une sensation de résistance profonde, douloureuse.

C. SIGNE D'ALLIS. — Flaccidité du tenseur du fascia lata.

Formes cliniques. — Nous distinguerons des formes cliniques :

I. Suivant l'anatomie pathologique.

II. Suivant l'ancienneté.

I. **Formes anatomo-cliniques**. — Nous avons pu en isoler trois variétés :

A. Fracture sans irruption ;

B. Fracture avec irruption partielle ;

C. Fracture avec irruption totale ;

Dont nous allons rapidement résumer les caractéristiques.

A. FRACTURE SANS IRRUPTION. — 1° Membre en rotation externe abduction, quelquefois adduction.

2° Raccourcissement surtout apparent. Le raccourcissement réel est insignifiant lorsqu'il existe.

3° Impotence minime et passagère.

4° Phénomènes généraux intenses.

Cette forme est en somme le plus souvent un épiphénomène complétant d'autres lésions du bassin ou des autres points du squelette.

B. FRACTURE AVEC IRRUPTION PARTIELLE. — 1° Membre en rotation externe, abduction et extension.

2° Raccourcissement autant apparent que réel.

3° Aplatissement appréciable de la région trochantérienne.

4° Douleur provoquée par les mouvements et la pression au niveau du grand trochanter.

5° Dans quelques cas, légère tuméfaction abdominale.

C. FRACTURE AVEC IRRUPTION TOTALE. — 1° Les deux attitudes susmentionnées sont ici rencontrées.

2° Raccourcissement plus réel qu'apparent.

3° Aplatissement toujours très net de la région trochantérienne.

4° Douleur provoquée toujours manifeste.

5° Tumeur abdominale le plus souvent constatable.

II. **Fractures anciennes**. — Nous avons pu en relever 24 cas suffisamment explicites et dont 7 sont personnels. Il nous a été ainsi possible d'isoler un type clinique très net et dont nous verrons l'importance au point de vue accidents du travail. Nous en rappellerons rapidement les caractéristiques.

1° DOULEUR. — Spontanée elle est diffuse dans toute la hanche, c'est un endolorissement, avec irradiation constante au genou. Rarement elle est vive, le plus souvent elle est sourde, gravative avec quelques exacerbations au moment des sautes de température.

Elle est provoquée par la marche, la pression surtout des régions inguino-crurale et trochantérienne, les mouvements.

C'est elle qui cause la claudication dont nous avons montré qu'elle relevait d'une véritable attitude antalgique.

2° IMPOTENCE FONCTIONNELLE. — Presque constante elle relève de la limitation des mouvements et de la claudication.

3° L'ATTITUDE DU MEMBRE. — Le plus souvent le membre est en flexion ou extension combinée à la rotation externe ou interne.

4° ATROPHIE MUSCULAIRE. — Constante et toujours considérable elle porte sur les masses musculaires de la fesse, de la cuisse et de la jambe.

5° LE RACCOURCISSEMENT. — Toujours noté il est apparent (par l'attitude antalgique susmentionnée), mais toujours aussi il est au moins en partie réel pouvant aller jusqu'à 5 centimètres.

6° TROUBLES DE COMPRESSION. — Il s'agit ici surtout de la névralgie obturatrice dont notre étude anatomique nous a montré la possibilité et nous a expliqué la fréquence.

Nous pensons que cette fracture ancienne peut se présenter suivant trois types que nous avons dénommés :

1° *Forme pseudo-coxalgique* dont l'isolement se justifie par la fréquence du diagnostic de coxalgie que l'on trouve en feuilletant ces observations.

2° *Forme dystocique ou obstétricale*. — Les cas de Fabre et Picry et de Matz sont classiques.

3° *Forme progressive ou fracture en deux temps*. — Au moment où la marche est reprise la fracture se complète par une irruption pelvienne plus ou moins prononcée.

Complications. — Elles sont multiples. Nous les diviserons en immédiates et secondaires.

I. **Complications immédiates**. — *A.* LÉSIONS ASSOCIÉES INDÉPENDANTES DE LA FRACTURE DE LA CAVITÉ COTYLOÏDE. — Surtout fréquentes dans les fractures sans irruption, elles portent aussi bien sur les membres que sur le rachis ou le crâne.

Notons la fréquence de la fracture associée de la branche horizontale du pubis.

B. COMPLICATIONS URINAIRES. — On a surtout de la rétention passagère. Mais on a noté des ruptures de la vessie et de l'urètre, des phlegmons périvésicaux et même périnéphrétiques.

C. COMPLICATIONS VASCULAIRES. — Rares, elles portent surtout sur les vaisseaux iliaques et obturateurs.

II. **Complications secondaires**. — *A.* HÉMATOME DU PSOAS. — Souvent signalé dans les observations nécropsiques anciennes, c'est une complication grave entraînant souvent la mort par infection.

B. NÉVRALGIES OBTURATRICES. — Nous en avons plus haut montré l'importance.

C. LÉSIONS INTESTINALES. — Dans deux cas l'adhérence de l'intestin au cal est décrite.

D. LÉSIONS PÉRITONÉALES. — Il s'agit de déchirure, d'hématome intrapéritonéal ou mésentérique.

Diagnostic. — Nous étudierons le diagnostic positif et différentiel en nous étendant surtout sur le premier pour lequel des précisions nous paraissent nécessaires tandis qu'on trouvera le second longuement décrit dans les traités classiques et en particulier dans l'ouvrage de Tanton.

I. **Diagnostic positif**. — Outre les signes que nous

nous sommes attachés à détacher avec le plus de relief possible il s'appuie sur :

A. Le toucher rectal.

B. La radiographie.

A. LA VALEUR DU TOUCHER RECTAL. — Depuis Bœckel tous les auteurs se plaisent à répéter que le toucher rectal donne la clef du diagnostic. Par la douleur locale, et la crépitation qu'il permet de provoquer; la mobilité anormale des fragments et la déformation que seul il peut constater ce signe prend la valeur d'un signe pathognomonique.

Nous avons été frappé par le fait que non seulement nous n'avions jamais dans nos cas personnels pu tirer de ce moyen d'exploration une indication utile mais encore que c'est à peine dans 38 cas sur 109 qu'on le trouve signalé (sur ces 38 cas, 29 seulement sont positifs) alors que souvent une déformation considérable est constatée dans la fosse iliaque en coïncidencs avec un toucher rectal négatif.

Mis en éveil par ces faits nous nous sommes livrés à des recherches radiographiques et cadavériques minutieuses qui nous permettent d'affirmer que le toucher rectal ne peut donner des renseignements positifs que si se trouvent réunies les conditions suivantes :

Doigt explorateur très nettement au-dessus de la normale; sujet maigre particulièrement docile ou mieux anesthésié; déformation considérable.

C'est dire que le toucher rectal est loin d'être un signe pathognomonique et qu'il ne pourra être utile que fort exceptionnellement (1).

B. LA RADIOGRAPHIE (2). — Par contre la radiographie va nous fournir des éléments suffisants pour appuyer un diagnostic ferme et précis.

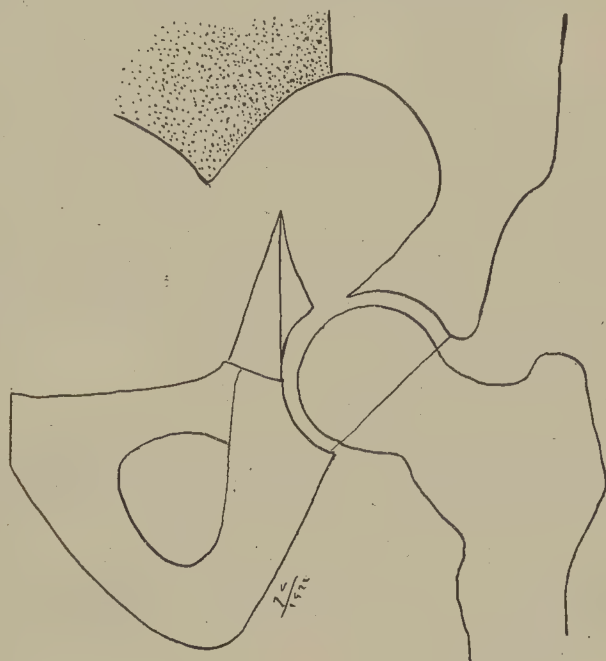


FIG. 6. — *Schéma radiographique de la fracture sans irruption avec fragment inférieur.*

Par un procédé un peu spécial nous avons pu déterminer d'une façon absolument exacte la projection normale de l'articulation coxofémorale.

Nous avons ensuite isolé les formes radio-anatomiques suivantes exactement superposables au types anatomo-cliniques décrits plus haut.

1° *Fracture sans irruption.* — Les déformations prédominent sur le fond cotyloïdien qui est partiellement ou totalement détruit et d'où se détache soit un seul fragment qui peut être inférieur (fig. 6)



FIG. 7. — *Schéma radiographique de la fracture sans irruption avec fragment supérieur.*

mais quelquefois supérieur (fig. 7) à moins qu'il n'y ait coïncidence des deux (fig. 8).



FIG. 8. — *Schéma radiographique de la fracture sans irruption à deux fragments.*

Les rapports entre les repères pelviens (toit du cotyle et ischion), et les repères fémoraux (grand et petit trochanter) sont conservés.

(1) On trouvera cette partie du sujet avec documents radiographiques dans un travail en préparation pour les *Archives franco-belges de chirurgie.*

(2) « Les aspects radiographiques des fractures par enfoncement de la cavité cotyloïde ». COTTALORDA. *Marseille méd.*, n° 9, 1er mai 1922.

2° *Fracture avec irruption partielle* (fig. 9) caractérisée par :

a. Aspect en damier de l'extrémité supérieure du fémur (deux zones claires, séparées par une zone sombre).

b. Raccourcissement apparent du col fémoral.

c. Disparition de toute trace de l'articulation coxofémorale.

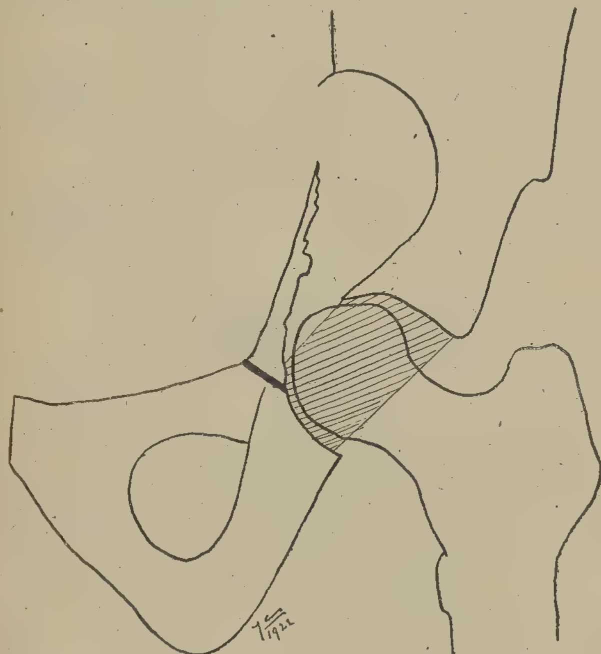


Fig. 9. — *Schéma radiographique de la fracture avec irruption partielle.* — Aspect en damier.

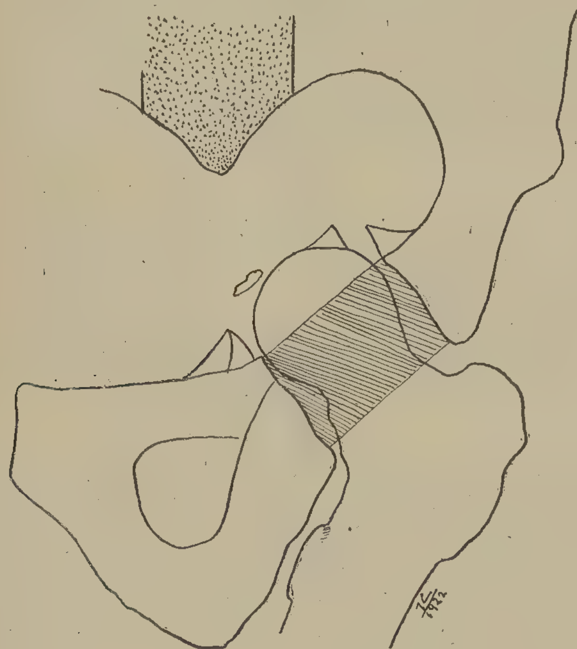


Fig. 10. — *Schéma radiographique de la fracture avec irruption totale.* — Comparer la constitution différente de l'aspect en damier caractéristique de cette forme et de celui caractérisant la forme précédente.

3° *Fracture avec irruption totale* (fig. 10) dont les caractéristiques sont :

a. Aspect en damier de l'extrémité supérieure du fémur : les deux zones claires étant représentées par la tête et le massif trochantérien, la zone sombre par le col.

b. Le contact des repères fémoraux et pelviens.

Dans la fracture ancienne tous ces éléments se trouvent avec quelquefois production d'ostéophytes, lésions d'arthrite traumatique ou d'ankylose presque constantes surajoutées.

II. **Diagnostic différentiel.** — Renvoyant aux traités classiques, nous indiquerons qu'il doit surtout être fait avec la fracture du col fémoral (voir le tableau d'Hamilton) et la contusion de la hanche.

Pronostic. — I. Le pronostic immédiat est grave au point de vue vital, le pronostic tardif est grave au point de vue fonctionnels.

Sur les 86 cas où l'évolution complète est mentionnée nous notons :

Guérisons	27	31,3 p. 100
Morts	24	27,9 p. 100
Ankyloses	35	40,6 p. 100

II. Ce pronostic varie peu suivant la forme.

A. Fractures sans irruption :

Morts	8
Ankyloses	7
Guérisons	9
	24

B. Fractures avec irruption partielle :

Morts	3
Ankyloses	15
Guérisons	6
	24

C. Fractures avec irruption totale :

Morts	13
Ankyloses	11
Guérisons	7
	31

Il ne s'agit que d'une différence de plus ou de moins entre le pourcentage de morts et d'ankyloses, mais la comparaison avec le chiffre de guérisons reste à peu près le même.

III. De ce pronostic résulte un taux d'invalidité qui d'après nos cas personnels et les quelques observations publiées (Delannoy-Charlier-Dupont), varie en moyenne entre 30 et 40 p. 100 avec une consolidation moyenne de six mois.

Traitement. — Jusqu'à présent on peut dire que la thérapeutique de l'affection qui nous occupe est inexistante. Dans nombre de cas on s'est contenté de laisser pendant un temps variable le malade au repos au lit.

Lorsqu'un traitement plus actif a été institué on a eu recours soit à l'extension continue soit au traitement sanglant.

L'extension est pratiquée soit par simple application d'un Tillaux, soit suivant la méthode de Withmann (traction latérale associée à une extension suivant l'axe, le membre étant mis en abduction : cas de Basset).

Ces appareils sont appliqués soit directement soit après des tentatives de réduction dont la plus ingénieuse paraît être celle mise en œuvre par Chalier (réduction sous anesthésie par pression directe sur les fragments, la main étant introduite dans le rectum).

Le traitement sanglant n'a été employé que très

exceptionnellement soit pour enrayer l'infection de l'articulation ou de l'hématome du psoas, soit pour lutter par ostéotomie sous-trochantérienne contre une ankylose en position vicieuse; dans un cas on a essayé une reposition sanglante.

En somme on le voit c'est par l'amélioration de la thérapeutique qu'un pronostic meilleur peut être envisagé. Il ne faut pas oublier que dans l'état actuel des choses une fracture par enfoncement de la cavité cotyloïde fait de son porteur un infirme.

N. B. — Nous tenons à remercier notre camarade Chosson, externe des hôpitaux, des figures qui ornent ce travail.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne mentionnerons ici que les travaux français les plus importants, renvoyant à la bibliographie complète qui termine notre thèse pour les autres publications et en particulier pour les auteurs étrangers.

BŒCKEL. Fracture de la cavité cotyloïde par chute sur la hanche simulant une fracture du col du fémur, *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1873.

BOYER. Contribution à l'étude des fractures du fond de la cavité cotyloïde, *Th. de Montpellier*, 1913.

DESTOT. Fracture de l'acétabulum, *Lyon méd.*, 1908, t. CXI, p. 380.

DESTOT et DURAND. Fractures limitées du fond de la cavité cotyloïde, *Lyon méd.*, 1904, t. I, p. 427.

DELANNOY. Fracture de la cavité cotyloïde par enfoncement et luxation centrale du fémur, *Revue de chir.*, 1921, n° 5, p. 317-353.

DUPONT. Fractures du fond du cotyle, *Presse méd.*, 1921, n° 14, p. 135.

FÉRÉ. Fractures expérimentales du bassin par chute sur le siège, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, n° 77, p. 430-437.

FÉRÉ et PERRUCHET. Etudes expérimentales et cliniques sur les fractures du bassin, *Progrès méd.*, 1880, p. 363-385 et 403-421.

FRÉZARD. Essai sur les fractures de l'os iliaque et sur leurs complications, *Th. de Montpellier*, 1873.

FRŒLICH. Luxation centrale du fémur ou mieux irruption pelvienne de la tête fémorale, *Revue d'orthopédie*, 1918, t. VI, 3e série, p. 303-333.

GRILLÈRE. *Th. de Toulouse*, 1921.

GUIBÉ. Fracture du fond de la cavité cotyloïde avec pénétration de la tête fémorale dans le bassin, *Revue de chir.*, 1904, t. I, p. 60-79.

JUDET. Deux nouveaux cas de fracture simple et limitée de la cavité cotyloïde, *Paris chir.*, 1912, p. 525.

KONTOSOWITSCH (Mlle Dina). Contribution à l'étude des fractures du bassin. Fracture simple et limitée de la cavité cotyloïde, *Th. de Lyon*, 1902-1903.

LEHTIHET MOHAMED SALAH. Les fractures du cotyle, *Th. d'Alger*, 1919.

MARQUEZ. Contribution à l'étude des fractures du fond de la cavité cotyloïde avec luxation intrapelvienne de la tête fémorale, *Th. de Montpellier*, 1909-1910.

ORGANESO GALOUSTOV. *Th. de Toulouse*, 1921.

OHANDJANIAN. Etudes sur l'enfoncement de la tête du fémur, *Revue méd. de la Suisse romande*, 1902, t. XXII, p. 211-227 et 329-355.

PARIS. *Th. de Lyon*, 1921.

Société de chirurgie de Paris, 1922, communications de :

CHALIER. Séance du 23 nov. 1921, *Bull. de la Soc.*, p. 1249.

LAPOINTE. Séance du 30 nov. 1921, *Bull. de la Soc.*, p. 1315.

MAUCLAIRE. Séance du 7 déc. 1921, *Bull. de la Soc.*, p. 1326.

SAVARIAUD. Mêmes références.

THÉVENOT. Recherches expérimentales sur les fractures limitées du fond de la cavité cotyloïde, *Revue de chir.*, 1904, t. XXIX, p. 253-261.

TANTON. Fractures du membre inférieur, in *Nouveau Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet.

VELPEAU. Des fractures de la cavité cotyloïde, *Gaz. des hôpit.*, Paris 1846, p. 585.

VIREVAUX. Des enfoncements traumatiques de la cavité cotyloïde. Etude expérimentale et clinique, *Th. de Lyon*, 1898-1899.

WALTHER. Recherches expérimentales sur certaines fractures de la cavité cotyloïde, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1891, p. 501.

LA RENAISSANCE D'UNE STATION FRANÇAISE

SAINT-AMAND-LES-EAUX (NORD)

Par le docteur E. DUHOT (de Lille),
Professeur agrégé à la Faculté.

Le silence s'était fait depuis huit ans sur la station thermale de Saint-Amand-les-Eaux, dont la renommée s'étendait au loin avant la guerre. C'est que l'établissement thermal, occupé pendant quatre ans par l'ennemi, dévasté et pillé par lui, a dû être complètement reconstruit et réorganisé dans ses services médicaux; c'est maintenant chose faite. Préludant à la réouverture officielle, qui aura lieu en mai prochain, le corps médical de la région a fêté la renaissance de la station le dimanche 24 septembre 1922.

Médecins belges et médecins français, professeurs des deux facultés de Lille, présidents de tous les syndicats régionaux, délégation de nombreuses organisations médicales, sont venus affirmer l'importance attachée à ce symbole nouveau de l'effort accompli par le Nord.

* * *

L'établissement thermal est situé à 4 kilomètres de la ville de Saint-Amand (quatre heures de Paris), au milieu d'un grand parc, dans une vaste plaine en lisière de la forêt, sur un terrain tourbeux traversé par l'eau d'une infinité de petites sources.

Les éléments thérapeutiques exceptionnels que possède la station sont dus non seulement aux eaux thermales sulfatées calciques, mais encore et surtout aux boues thermales directement baignées par ces eaux qui les transforment en une masse onctueuse riche en algues sulfuraires, et leur apportent l'émanation de radium : démontrée et mesurée pour la première fois par J. Barrois (1911-1914), la radioactivité des boues de Saint-Amand est considérable. La quantité de gaz déversée annuellement dans l'atmosphère par la source Vauban a pu être évaluée à 2.628 litres, et la radio activité de ces gaz a été trouvée égale à 76,8 millimicrocuries par litre. Or l'eau thermale gorge directement la tourbe in situ et les conditions d'application du traitement permettent d'en obtenir le maximum d'action.

L'intérieur de la rotonde Vauban, bâtie sur pilotis et recouvrant complètement le bassin des boues, est en effet divisé en 150 cases distinctes par des cloisons qui s'enfoncent de 1m80 dans la boue et constituent ainsi dans le sens vertical une série de petites piscines individuelles, sans fond limité, où les malades, placés debout, sont soutenus et pour ainsi dire suspendus par la poussée des boues s'exerçant de bas en haut et où peut être graduée toute une gamme d'effets thérapeutiques : les boues de Saint-Amand sont administrées en bains complets ou en demi-bains, tièdes, chauds, très chauds, d'une durée variant entre une demi-heure et cinq heures, en moyenne deux à trois.

Les eaux faiblement minéralisées, contenant surtout des sulfates de chaux (0g612) et de magnésie (0g324), légèrement bicarbonatées, avec traces de lithium, de fer et d'iode, sont employées sur place

comme médication adjuvante des bains de boues à la dose de quatre à douze verres, et provoquent l'excrétion des déchets uréogéniques mobilisés par le traitement externe.

L'action physiologique des bains de boue comporte de multiples éléments : Au point de vue général, élévation de la température avec diaphorèse abondante, accélération du pouls qui devient plus ample avec élévation de l'indice oscillométrique, augmentation des échanges respiratoires et des oxydations intraorganiques, stimulation du système nerveux et musculaire ; au point de vue local, action compressive et décongestionnante bien plus considérable que celle des bains simples, action thermique toute spéciale en raison de la grande élévation de température possible et de la prolongation de sa durée sans inconvénient, action émolliente due au contenu végétal (algues, barégines) agissant comme un topique, action médicamenteuse avec subsinapisation superficielle, excitation des terminaisons nerveuses, fixation électrolytique des sels minéraux. Toutes ces modifications organiques se résument en un double effet thérapeutique : stimulation générale et résolution locale; l'action s'exerce donc à la fois sur le terrain et sur les symptômes.

Les affections qui relèvent de cette médication thermale sont, avant tout, celles de l'appareil locomoteur. Les deux indications capitales sont, en effet, d'une part, le rhumatisme chronique sous toutes ses formes et quelles que soient ses localisations, la goutte atonique, les séquelles d'hydarthrose, de phlébite, de blessures de guerre ; d'autre part, les névrites et névralgies diverses, en particulier la sciatique même à type radiculaire. A titre d'indications secondaires, citons les séquelles d'affections gynécologiques passées à la phase torpide (métrites parenchymateuses, périmétrites, résidus de pelvi-péritonites) et les dermatoses justiciables de la cure sulfureuse.

Les contre-indications sont constituées : au point de vue local par le rhumatisme et la goutte aigus, les lésions veineuses et pelviennes encore en activité; au point de vue général, par la tuberculose pulmonaire, les cardiopathies décompensées.

***

Etablissement départemental, la station thermale de Saint-Amand-les-Eaux offre non seulement l'installation la plus confortable aux malades aisés, mais encore assure dans d'excellentes conditions le traitement d'un fort contingent de malades non payants; elle étudie le moyen de mettre ses ressources thérapeutiques à la disposition des mutilés de guerre ; elle est donc à la fois une œuvre médicale, une œuvre humaine et une œuvre d'expansion régionaliste, dont le développement est à tous points de vue souhaitable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 SEPTEMBRE 1922)

Oxydation directe par l'oxygène ou par l'air des éthers d'acides alcools. — M. L.-J. SIMON.

Sur l'existence d'une glande ovarienne, homologue de la glande interstitielle testiculaire. — M. L. BERGER. Le hile de l'ovaire de la femme adulte contient toujours de petits organes dont les caractères morphologiques et évolutifs sont ceux des paraganglions. Ces organes ont leurs homologues dans les amas localisés dans les nerfs sympathiques du hile testiculaire et de l'albuginée ou à leur voisinage. Les amas paranerveux du testicule se continuent avec les éléments interstitiels et suivent toutes leurs variations morphologiques et évolutives. Ils semblent donc former avec eux un ensemble.

Les organes de l'ovaire seraient alors les homologues de la glande interstitielle du testicule; mais tandis que leur masse considérable dans le testicule gêne l'étude de leurs rapports, leur petit nombre dans l'ovaire permet de mieux apprécier leur signification. Et, comme ils ont, dans l'ovaire, les attributs d'éléments paraganglionnaires, on peut se demander si la glande interstitielle du testicule n'est pas elle-même à considérer comme paraganglion.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 OCTOBRE 1922)

Séance de rentrée. Peu de monde Un seul orateur inscrit. Après un hommage de M. le Président à deux membres correspondants décédés pendant les vacances; après un compte rendu, par M. Achard, de la Mission médicale française à Montréal, la parole a été donnée à M. CHAVANNES qui a fait une communication ayant pour titre : **Diagnostics de l'ascite par la percussion en utilisant le déplacement du corps autour de son axe transversal.**

De tous les moyens d'exploration de la cavité abdominale, la percussion est incontestablement la plus efficace. M. Chavannes rappelle les travaux de Rossy, de Pozzi.

Bientôt, on ajouta à la percussion directe la percussion aidée du déplacement du corps autour de son axe vertical. M. Chavannes, après un grand nombre de recherches et d'expériences, est arrivée à constater que le déplacement du corps autour de son axe transversal donnait de bien meilleurs résultats. Il ne saurait trop recommander ce mode d'exploration.

— Après cette unique communication, l'Académie s'est formée en Comité secret pour des essais cinématographiques, estimant avec juste raison que bien des démonstrations pourraient être complétées par des projections cinématographiques.

REVUE DES THÈSES

La Médication quinique et quinidique du cœur. Etude de l'action physiologique de la quinine et de la quinidine sur l'appareil circulatoire, et de son emploi thérapeutique au cours de l'arythmie complete (1), par M. le docteur Pierre-Noël DESCHAMPS, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. (Travail du laboratoire de M. le professeur agrégé A. CLERC, à l'hôpital Lariboisière, et du laboratoire du professeur Charles RICHET à la Faculté de médecine.)

Les alcaloïdes du quinquina sont au nombre de quatre : la quinine et la cinchonine, la quinidine et la cinchonidine. Seules, la quinine et la quinidine ont été étudiées au point de vue particulier de leur action cardiaque et de leur emploi thérapeutique dans les arythmies.

C'est une étude d'ensemble de ces deux médicaments, la première en France, si nos souvenirs sont exacts, qui fait l'objet de l'importante et excellente thèse de M. Deschamps.

Cette étude, inspirée par M. Antonin Clerc et dont toutes les recherches expérimentales ont été faites dans le laboratoire du professeur Richet, comprend deux parties : une partie expérimentale et une partie clinique. C'est sur cette

(1) *Th. de Paris*, 1922. In-8. — Paris, Maloine et fils.

deuxième partie que nous nous arrêterons. Elle traite longuement de la thérapeutique des arythmies, et à ce titre elle est de nature à intéresser particulièrement les praticiens.

Cette question de la thérapeutique des arythmies par la quinidine est, en effet, de toute actualité. Dans ces dernières années un certain nombre de travaux, en France et à l'étranger, sont venus montrer tout l'intérêt que ce médicament doit inspirer aux cardiologues. Citons en particulier pour la France, en 1921, les articles de Clerc dans le *Paris médical*, et de Cheinisse dans la *Presse médicale*.

L'*emploi thérapeutique* de la quinine et de la quinidine au cours des arythmies est d'un intérêt inégal.

La quinine, écrit M. Deschamps, « ne donne que des résultats inconstants et minimes ». En revanche, la quinidine donne des résultats remarquables. L'auteur rapporte 37 observations avec 13 cas favorables, parmi lesquels 28 cas d'arythmie complète avec 12 cas favorables.

« *La principale indication de la médication quinidique est l'arythmie complète*.

« On sait que celle-ci est causée, soit par la fibrillation auriculaire pure, soit par la tachysystolie auriculaire pure, soit, ce qui est le cas le plus fréquent, le mélange de fibrillation et de tachysystolie.

« Dans l'établissement du traitement quinidique d'une arythmie complète, *il y a des choses dont il sera inutile de tenir compte et d'autres dont il faudra tenir compte*.

« On ne tiendra compte ni de l'âge du sujet ni de la maladie causale.

« On tiendra compte de l'existence ou non de lésions valvulaires ; — du degré d'ancienneté de l'arythmie ; — surtout de l'altération qui est à la base de l'arythmie complète : fibrillation pure, mélange de fibrillation et de tachysystolie ou tachysystolie pure ; — enfin, de l'état fonctionnel du muscle cardiaque ; on ne traitera pas par la quinidine les asystoliques irréductibles.

« La *posologie* sera réglée de façon suivante : On fera toujours précéder la cure quinidinique d'une préparation par un medicament cardiotonique, digitaline ou ouabaïne. On n'emploiera que la voie digestive. On donnera des doses fortes, mais le plus fractionnées possible. On commencera par tâter la susceptibilité du malade par une dose minime. On ne donnera jamais plus de 1g50 par jour. On contrôlera électrocardiographiquement les résultats. On prolongera la cure au delà de quinze jours s'il est nécessaire. Une fois la régularisation obtenue, on donnera une dose d'entretien longtemps continuée.

« A la *suite du traitement* on peut observer :

A. Un retour au rythme cardiaque normal. — Celui-ci se produit tout d'un coup ou est précédé d'une période de tachycardie. Il peut se présenter, soit sous forme d'un rythme régulier et de fréquence normale, soit sous forme d'une tachycardie régulière, irréductible par la quinidine.

B. Une amélioration fonctionnelle sans régularisation : il s'agit alors en général d'un changement de fibrillation en tachysystolie.

C. La quinidine intervient indirectement dans la disparition des phénomènes de stase par son effet régulateur sur le rythme, mais par ses effets paralysants sur le cœur elle est capable de les provoquer.

« La *durée de l'action de la quinidine* est, en général, transitoire, et il est nécessaire de laisser le malade sous l'action presque indéfinie du médicament. Cette notion de la nécessité du traitement quinidinique prolongé est à nos yeux essentielle, écrit M. Deschamps.

« Les signes d'intolérance consistent en troubles cérébraux et en troubles digestifs. Le plus fréquent est la diarrhée.

« Les accidents graves qui ont été observés sont : *a*. des accidents bulbaires ; *b*. l'apparition d'un syndrome d'Adams-Stokes ; *c*. l'apparition d'infarctus ; *d*. une asystolie aiguë ; *e*. la mort subite ; il en existe cinq cas dans la littérature, mais il n'est nullement prouvé qu'ils soient la conséquence du traitement.

« Les résultats globaux de la médication quinidinique de l'arythmie complète forment une proportion de 50 p. 100.

« A vrai dire, écrit en terminant M. Deschamps, les succès persistant de façon durable après cessation de la cure sont relativement peu nombreux. Mais nous avons la conviction qu'ils le deviendront infiniment plus lorsqu'on saura appliquer la technique du *traitement quinidique prolongé ou d'entretien* dont nous avons essayé de définir les grandes lignes, et lorsqu'on associera de façon judicieuse la quinidine aux cardiotoniques. Traitement prolongé et associations médicamenteuses : ce sont là, croyons-nous, les deux conditions essentielles pour que la médication quinidique du cœur, infiniment riche de promesses et déjà même de résultats, devienne une médication pratique et d'utilité journalière en cardiologie. »

L. G.

LIVRES NOUVEAUX

Le cou. Anatomie topographique. Les aponévroses. Les loges (1), par M. TRUFFERT. Préface de M le professeur SEBILEAU.

L'auteur, en appliquant au cou les conceptions de MM. Farabeuf, Sebileau, Ombrédanne, sur les aponévroses vasculaires, a voulu faire de ces aponévroses le lien entre des descriptions plus différentes par la forme que par le fond.

Cette tentative l'a conduit à des interprétations nouvelles et simples de l'appareil suspenseur de la plèvre, de la loge parotidienne, de la loge sous-maxillaire, des ligaments de l'articulation temporo-maxillaire.

En dehors des planches nombreuses et dessinées d'après nature pour appuyer les descriptions originales, M. Truffert a constamment substitué au texte des schémas simples et clairs qui groupent côte à côte, dans un même cadre ostéo-musculaire, la représentation des différentes conceptions d'une même loge. Ces planches constituent une idée originale et d'un grand intérêt didactique.

M. Truffert, enfin, en éliminant les descriptions morphologiques d'organes, est resté purement topographique et a pu ainsi faire saisir clairement la situation et les rapports réciproques de ces organes.

L. G.

Les services d'hygiène 1914-1918 (2), par G.-H. LEMOINE, médecin inspecteur général de l'armée, correspondant national de l'Académie de médecine. Collection « Les Questions du temps présent », dirigée par E. Borel et G. Dumas.

Le rassemblement subit de millions d'hommes sur une surface relativement limitée avait fait craindre à bon droit, en 1914, l'explosion de maladies épidémiques. Or, à part les épidémies typhoïdiques du début rapidement jugulées par les vaccinations, l'état sanitaire général resta satisfaisant pendant toute la campagne.

Comme on pourra s'en rendre compte par la lecture de cet intéressant travail, c'est à une organisation hygiénique sans précédent qu'on doit les beaux résultats obtenus. Le travail accompli dans tous les domaines de l'hygiène fut considérable. D'abord l'organisation du territoire puis celle de l'armée, mérite une mention spéciale : La vaccination antityphoïdique qui fit tomber la morbidité de 7.24 à 0,027 pour 1.000 et les travaux remarquables effectués par le service des eaux (au 1er juin 1916 on comptait 582 captages de sources et 1.390 forages de puits) donnent une idée de l'effort accompli. L'auteur passe ensuite en revue tout ce qui fut entrepris au point de vue de l'amélioration de l'alimentation, des soins apportés à la désinfection du sol, de la prophylaxie des maladies épidémiques, surtout dans les cantonnements destinés aux jeunes classes. M. Lemoine rapporte des faits personnels fort intéressants concernant notamment l'arrêt des épidémies de fièvre éruptives. Enfin, un chapitre est consacré à l'hygiène des transports des blessés et des malades (voitures sanitaires, trains, bateaux, avions).

Cet exposé des progrès accomplis en hygiène pendant la guerre montre que l'ancien professeur d'hygiène du Val-de-Grâce a su mettre en pratique son enseignement au grand profit de nos armées.

L. G.

(1) In-8 jésus avec 70 fig. et planches originales. — Prix : 18 fr. — Paris, Louis Arnette.

(2) Un vol. in-16. — Prix : 10 fr. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le service de santé de la IIIe armée pendant la bataille de France, par M. le médecin inspecteur général BASSÈRES. In-8 de 282 pages avec 4 cartes et 3 graphiques. — Prix : 10 fr. — Paris, Charles-Lavauzelle et Cie.

La période pré-opératoire, par M. Charles LEFEBVRE, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Toulouse. 1 vol. de 260 pages, avec figures. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

La santé et la guerre, cadre actif et de complément, secours auxiliaires, par le docteur P. BOULOUMIÉ. In-8 de 222 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Charles-Lavauzelle et Cie.

De l'insuffisance quantitative du sang. Essai de physiologie et de pathologie comparées, par M. J.-M. DUPUY, vétérinaire. 1 vol. de 64 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, A. Maiolne et fils.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Weill-Hallé, Parmentier, qui acceptent; Letulle, Lesné, Dufour, Crouzon, Sainton, Lœper, Vaquez, Josué, Robineau, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Picot, Sauvé, Courcoux, M.-P. Weil, Thiroloix, Mondor, Ecalle, Comte, Legry, Walther, Coutelas, qui acceptent; Claude, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

— Concours de l'externat. — **Pathologie.** — Séance du 6 octobre. — Question donnée : « Signes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens. »

MM. Samitca, 16; Rochefrette, 14 1/2; Spineller, 11; Signeux, 17; Tissot et Rabinovitch, 16; Rivoire, 17; Roquejeoffre, 11; Mosnier, 12; Signoret, 14; Mlles Stiwisky, 14 1/2; Scherrer, 18; MM. Sazias, 14; Plessier, 18; Simon (Charles), 10; Rouquès, 16; Pradier, 13.

Séance du 7 octobre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de la colique hépatique. »

MM. Prince, 14 1/2; Rogier, 16 1/2; Schapiro et Sallé, 17; Mlle de Slankierviez, 15 1/2; MM. Saingery, 18; Richard, 13; Rudaux, 17; Saint-Pierre (Louis), 18; Serre, 17; Raingeard, 12; Mlle Riom, 13; MM. Racine, 18; Spatzierrer et Régner, 12; Revelo-Moreau, 15 1/2; Rivière, 16; Plot, 17; Petrovitch, 15.

Séance du 8 octobre. — Question donnée : « Examen clinique d'un blessé atteint de fracture de l'humérus (tiers moyen). »

MM. Sèze, 17 1/2; Poisson, 14 1/2; Servy, 15 1/2; Poublan, 14; Roussier, 10; Schatz, 11; Prugniaud, 8; Séjournet, 15 1/2; Polaco (Jacques), 14; Querneau, 16; di Ruggiero, 14.

Anatomie. — Séance du 5 octobre. — Question donnée : « Calcanéum. »

MM. Guédé et Garnier, 15; Guillemin, 13; Haury, 14; Joly, 16; Hervy, 14; Hazan, 10; Grancher, 15 1/2; Jouve, 8; Mlle Guérin, 17; MM. Hébert, 14; Hénault, 14 1/2; Heber-Suffrin, 12; Hodanger et Hambourg, 14 1/2.

GUERRE. — Par décret du 27 septembre 1922 sont promus : (Réserve.) *Au grade de médecin aide-major de 1re classe à titre définitif.* — MM. les médecins aides-majors Rivière, Moreau, Dumas, Fabresse, Monnier, Richard, Julia, Boyer, Aubac, Lignac, Lardin, Dupouy, Pelle, Guichot, Peyneau, Tourteau, Bousquet, Duthil, Dassy, Bouffard, Goyenèche, Aubiran, Pache, Bahier, Mitry, Barberousse, Reboul, Morin, Comte, Pichouron.

Au grade de pharmacien aide-major de 1re classe à titre définitif. — MM. les pharmaciens Wanlin, Clavel, Nicolas, Pic, Faysse.

(Armée territoriale.) *Au grade de médecin aide-major de 1re classe à titre définitif.* — MM. les médecins aides-majors Gagnier, Bouvier, Gérard, Choussaud, Rogale, Favre, Lesenne, Audoy, Royer, Jouglard, Roudergues, Vouillac, Reignard, Blanchot, Chauvaud de Rochefort, Gaillot, Guillaumot, Robin, Pelloux, Puyoo, Coiquaud, de Gauvain, Lacassagne, Duranthon, Mabire, Mourniac, Douste-Blazy, Ferrand, Ferbos, Pomes, Pere, de Grenier, Duport, Rigoulet, Semanne.

Au grade de pharmacien aide-major de 1re classe à titre définitif. — MM. les médecins aides-majors Beaulaton, Malhomme, Daigre, Fabre, Bastiment, Decade, Baudonnet.

— Service de santé militaire. — Liste de classement des candidats admis à l'Ecole du Service de santé militaire à la suite du concours de 1922.

Etudiants en médecine. — A 12 inscriptions : MM. Tricoire, Peyré, Bouhet, Garrez.

A 8 inscriptions : MM. Fonteneau, Marion, Deleau, Franchimont, Canis, Chavialle, Lerich, Laur, Hamon, Rocca,

Josse, Friess, Sacaze, Rouanet, Solignac, Gabert, Marteau.

A 4 inscriptions : MM. Henri, Andrieu, Veyssi, Martinet, Gounelle, Beck, Crosnier, Billiet, Coudane, Poublan, Joly, Thomas, Icart, Bourgeot, Trial, Martin, Carillon, Freyche, Jaubert, Ehrhart, Jochum, Dupouy, Bossard, Labbe, Lemaistre, Palud, Coumel, Chalnot, Long, Bizien, d'Audibert Caille du Bourguet, Perget, Pinelli, Bailby, Jaulmes, Grinsard, Brissy, Tardiu, Iversenc, Jacquot, Guitton, Belot, Gourmelon, Retat, Augrand, Steullet, Mounot, Sauvaget, Agostini, Janand, Robert, Reilinger, Morel, Berty, Loustric, Villequez, Créancier, Noguès, Courtier, Maynargue, Rouzaud, Garnier, Coussin, Kervingant, Sadler, Moulines, Gallouin, Lelourdy, Cosserat, Guillamet, Palaska, Rouquet, Castan, Vadella, Gatineau, Le Bouar, Donon, Goas, Demontès, Julian, Rocquet, Demoly, Angeras, Lambert, Andrea, Ecarlat, Blocquaux, Candille, Labarthe, Abbal, Ducoureau.

Etudiants en pharmacie. — A 8 inscriptions : M. Garcie-Boureau.

A 4 inscriptions : M. Bordes.

Sans inscription, stagiaires : MM. Tuarze, Provost, Queguiner, Barthélemy, Rambaud, Quere, Girard, Dutard, Cornec, Breton, Billant, Le Guillou, Cariou, Revers, Boneil.

Ces élèves, actuellement sous les drapeaux, seront mis en route sur l'Ecole du Service de santé militaire par les soins de leur chef de corps. Les élèves démobilisés se présenteront munis de leur lettre de service au sous-intendant militaire le plus proche de leur résidence, lequel les mettra en route sur l'Ecole du Service de santé militaire.

Au cas où les intéressés ne seraient pas touchés en temps voulu par leur lettre de nomination, la présente insertion leur tiendra lieu de lettre de nomination.

Les élèves ne seront définitivement admis à l'Ecole du Service de santé militaire qu'après avoir satisfait complètement aux examens universitaires correspondant à leur scolarité.

Tous les élèves admis à la suite du concours de 1922 se présenteront au médecin inspecteur directeur de l'Ecole du Service de santé militaire, le 24 octobre 1922, à 8 heures du matin, munis du diplôme de bachelier, du certificat P. C. N., d'un extrait de leur acte de naissance sur papier libre et de leur livret individuel militaire le cas échéant.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

BAIL A LOYER. ARTICLE 3 DE LA LOI DU 31 MARS 1922

APPARTEMENT LOUÉ BOURGEOISEMENT. EXERCICE DE LA PROFESSION MÉDICALE DANS UN AUTRE APPARTEMENT. PROROGATION QUINQUENNALE REFUSÉE.

L'article 3 de la loi du 31 mars 1922 a déjà donné lieu à de nombreuses applications. En voici une nouvelle qui résulte d'un arrêt de la Commission supérieure de cassation, en date du 15 février 1922, et qui intéresse les médecins.

M. D..., docteur en médecine, a pris à bail, le 26 février 1906, un appartement à usage d'habitation dans un immeuble situé..... à Paris, appartenant aux consorts X.. auxquels s'est trouvée substituée ultérieurement une Société. Il réclamait la prorogation d'une durée égale à celle des hostilités, en raison de sa profession. Elle lui a été refusée pour les motifs suivants :

« Attendu que dans le bail précité, D..., faisant abstraction de sa profession de médecin, a pris la qualité de propriétaire, qu'en outre il s'est obligé à « occuper bourgeoisement l'appartement et sans pouvoir y exercer aucune profession » ;

Attendu que, devant la Commission arbitrale, D... reconnaissait qu'il avait installé non dans l'appartement, mais ailleurs, à savoir au n°..... de la rue X..., son cabinet de médecin électrologiste et radiothérapeuthe ; qu'il soutenait toutefois que, prenant part à la rédaction et à la publication de diverses revues médicales, il avait, depuis 1906, installé dans les lieux loués tout ce qui concerne sa profession de publiciste médical, son cabinet de travail, sa bibliothèque, les locaux affectés aux collaborateurs de ses œuvres ; qu'il y recevait aussi la correspondance ; que le 30 janvier 1922, la Commission arbitrale a rejeté les conclusions de D..., et qu'elle a légalement justifié cette décision en disant que D... ne prouve pas que la profession qu'il prétend exercer dans les lieux loués, et qui consiste à écrire des articles dans les Revues médicales, a été exercée avec le consentement et l'approbation, soit expresse, soit tacite du bailleur, l'exercice de cette prétendue profession étant contraire aux clauses même du bail ;

Attendu qu'est intervenue la loi du 31 mars 1922 qui, dans son article 3, dont le caractère est interprétatif, dispose que « sont réputés locaux à usage professionnel, au sens de l'article 56 de la loi du 9 mars 1918, les locaux dans lesquels les locataires exercent effectivement leur art ou leur profession » ; qu'il est vrai qu'en vertu de ce texte, le locataire qui exerce effectivement sa profession dans les lieux loués est présumé y avoir été autorisé par le bailleur ;

Mais attendu, qu'aux termes de l'article 1134 du Code civil, les conventions légalement formées tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites ; qu'il résulte de ce principe que les dispositions légales, simplement déclaratives de la volonté présumée des contractants, ne doivent être appliquées qu'aux points sur lesquels ils ne se sont pas expliqués ou ne l'ont fait que d'une manière incomplète ;

Et attendu que dans l'espèce la Société propriétaire avait produit un bail où D..., *prenant la qualité de propriétaire, s'était interdit l'exercice de toute profession dans les lieux loués*; que ladite Société ne saurait être présumée avoir renoncé au droit découlant pour elle de la prise de qualité et de l'interdiction précitées... »

L'engagement, pris dans le bail, de n'exercer aucune profession dans les lieux loués, ne permettait pas de dire que le propriétaire avait admis l'exercice d'une profession quelconque dans les lieux loués. Dès lors, il n'y avait pas ouverture au droit à la prorogation d'une durée égale à celle des hostilités; et cela d'autant plus que la profession était exercée dans un autre appartement.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

CONGRÈS

XVI° CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE (Paris, 12 au 14 octobre 1922). — PROGRAMME. — Le jeudi 12 octobre, à 9 heures, séance solennelle d'ouverture sous la présidence de MM. les ministres de l'Instruction publique et de l'Hygiène. — A 14 h. 30, première séance. Rapport : « Eléments de diagnostic de l'ulcère de l'estomac et de l'ulcère du duodénum ». Communications diverses. — A 21 h. 30, soirée offerte par le président du Congrès, Galerie des Champs-Elysées.

Le vendredi 13 octobre, à 9 heures, deuxième séance. Rapport : « Traitement préventif et curatif des maladies par carence. » Communications diverses. — A 14 h. 30, troisième séance, communications diverses. — A 17 h. 30, réception offerte par le Conseil municipal de Paris, à l'Hôtel de Ville.

Le samedi 14 octobre, à 9 heures, quatrième séance. Rapport : « Signification pathologique des formes anormales des globules blancs ». Communications diverses. — A 14 h. 30, communications diverses — A 17 heures, clôture, réunion plénière. — A 20 heures, banquet.

XXXIe CONGRÈS

DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Paris, 2-7 octobre 1922.)

PREMIÈRE QUESTION

RÉSULTATS ACTUELS DES GREFFES OSSEUSES

Rapporteurs : MM. Bernard CUNÉO et Henri ROUVILLOIS.

Pour apprécier les résultats des greffes osseuses, il convient de les envisager d'abord au point de vue biologique, puis au point de vue clinique dans leurs applications thérapeutiques générales et spéciales.

L'ÉTUDE BIOLOGIQUE des greffes repose à la fois sur les données expérimentales et sur les examens histologiques des cas chirurgicaux. Mais il faut interpréter très prudemment les faits d'expérience en raison de la multiplicité des facteurs qui peuvent les faire varier, et savoir que les modes d'investigation usuels, en clinique, ne renseignent pas sur l'état réel de l'os greffé.

Allant du simple au composé, on examinera en premier lieu l'évolution d'une *greffe osseuse faite dans les parties molles*. Ce sont les expériences de Petrow et Baschkirzew, les constatations histologiques de Leriche et Policard qui fournissent les plus utiles renseignements sur cette partie de la question. Chez l'animal, en particulier chez le lapin, un greffon libre autogène et placé dans le tissu cellulaire subit toujours une nécrose totale ou subtotale. L'os du greffon, résorbé par des cellules ostéophages nées du tissu conjonctif ambiant, est progressivement remplacé par un os nouveau qui provient également du tissu conjonctif. A cet effet, celui-ci subit une transformation préalable portant primitivement sur sa substance fondamentale et secondairement sur ses éléments cellulaires. La substitution de l'os nouveau à l'os ancien est totale. Ces phénomènes évoluent d'autant plus vite que le sujet est plus jeune, et avec beaucoup plus d'activité dans les cas de greffe autogène que dans les greffes homogènes. Le périoste et la moelle du greffon ne jouent qu'un rôle nul ou secondaire dans les phénomènes de résorption et de réossification. La présence du périoste retarde seulement la résorption. Alors que les masses musculaires constituent un milieu de choix pour le greffon, le tissu cellulaire sous-cutané, par contre, paraît être un milieu défavorable et l'os qu'on y greffe expérimentalement ou chirurgicalement s'y résorbe presque toujours.

L'évolution d'une *greffe juxta-osseuse* se fait par un déroulement de phénomènes analogues à ceux que nous venons de voir. C'est-à-dire que le greffon nécrosé va subir une résorption et une réossification simultanées. Mais les cellules qui procèdent à ces remaniements ont ici pour origine bien plus les extrémités bourgeonnantes de l'os récepteur que le tissu conjonctif ambiant. Le remaniement du greffon — comblant, par exemple, une perte de substance diaphysaire — progresse de chacune de ses extrémités vers sa partie moyenne qui quelquefois, raréfiée, se fracture pour se consolider ensuite, si le processus reconstructeur continue sa marche normale. Le remplacement de l'os ancien par le nouveau demande un temps très long, le plus souvent des années.

Des faits cliniques bien observés ont permis de préciser quelques points importants : le greffon s'accommode beaucoup mieux de l'ostéite raréfiante que de l'ostéite condensante au niveau des extrémités de l'os en place ; l'introduction du greffon dans la cavité médullaire de l'os récepteur est un procédé inférieur à l'enchevillement par mortaise d'Albee ; en somme, le greffon, pour éviter la résorption et provoquer au mieux la réaction ostéogénique des extrémités osseuses, doit être en contact étroit avec elles.

Les données précédentes acquises par l'étude de la greffe massive, rigide, s'appliquent dans une certaine mesure aux *greffes parcellaires et ostéopériostées*. Celles-ci, malgré leur minceur, n'en perdent pas moins leur vitalité, mais elles sont remaniées beaucoup plus vite, l'intensité de la réaction ostéogénique étant fonction de la surface du greffon beaucoup plus que de son volume.

Les *greffes homogènes* présentent quelques particularités. D'abord elles ne sont pas toujours fraîches ; empruntées à un cadavre ou conservées quelques heures dans un liquide approprié, elles occupent une place intermédiaire entre l'os vivant et l'os mort. D'autre part, elles sont généralement volumineuses. Enfin, on a constaté expérimentalement que le remaniement d'un tel greffon était particulièrement lent. Si bien que l'assimilation totale d'une grosse homogreffe est problématique. Mais la réhabitation de l'os greffé au point de contact avec l'os récepteur suffit à amener leur soudure, et la tolérance du greffon incomplètement rénové est seulement une question d'asepsie.

Les *greffes hétérogènes* sont pour ainsi dire toujours employées sous forme d'os morts ou conservés. Ce ne sont probablement que des tuteurs inertes, incapables de provoquer une réaction ostéogénique assez puissante pour reconstituer totalement la place greffée. Mais l'os mort est un matériel d'ostéo-synthèse souvent intéressant par ses qualités de résistance, de tolérabilité, de résorbabilité.

Les *greffes pédiculées* ou ostéoplastiques évoluent tout autrement que les greffes libres à la condition que leur pédicule puisse réellement les nourrir, car elles ne sont soumises alors à aucun remaniement et jouent d'emblée le rôle de remplacement qui leur est demandé.

Les CONDITIONS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES GÉNÉRALES susceptibles d'influer sur les résultats des greffes osseuses ressortissent à la nature du terrain, à la technique opératoire, aux soins pré et postopératoires.

L'*influence du terrain* se manifeste par l'âge du sujet, par les affections générales dont il peut être atteint, par l'état anatomique du lit de la greffe. Si le foyer est aseptique, condition heureuse en principe, des éventualités fâcheuses peuvent néanmoins se présenter : la décalcification de l'os à réparer, la grande étendue de la perte de substance, l'atrophie musculaire, les lésions vasculaires et nerveuses. La septicité antérieure du foyer opératoire a d'autres effets défavorables : des lésions d'ostéite de diverses formes, la dégénérescence fibreuse des parties molles, un réveil de l'infection qui aboutit quelquefois à l'élimination du greffon et n'est, quoiqu'on en ait dit, jamais utile.

En ce qui regarde les *méthodes opératoires* il est nécessaire d'examiner séparément les résultats que donnent les trois variétés de greffe.

Dans le groupe des *autogreffes*, les *ostéoplasties* obtenues selon le cas, par glissement, par bascule ou par translation sont, si on excepte la réparation des pertes de substance du crâne, de moins en moins employées. Outre, la difficulté de leur exécution, elles risquent, en effet, si elles échouent, d'aggraver l'impotence. Il faut reconnaître cependant que dans les cas complexes, grâce à leur résistance à la nécrose et à l'élimination, elles donnent des résultats que les méthodes habituelles ne permettent pas d'obtenir.

C'est aux *greffes libres* qu'on recourt presque exclusivement aujourd'hui. Elles sont segmentaires totales utilisant les côtes, ou le péroné ou bien beaucoup plus souvent segmentaires partielles. Et dans ce cas, il s'agit soit des *greffes ostéopériostiques* d'Ollier-Delagenière, soit des *greffes rigides* d'Albee.

Les premières dont la valeur est affirmée par la statistique de Delagenière, 261 succès sur 292 cas, donnent les meilleurs résultats dans les cas suivants : pseudarthroses avec fragments au contact ou avec perte de substance peu étendue.

Les greffes rigides prélevées de préférence sur le tibia sain avec la scie rotative et convenablement fixées ont sur les greffes de Delagenière quelques avantages en certains cas de perte de substance osseuse diaphysaire. Par sa rigidité, le greffon concourt à la réduction et au maintien de cette réduction, lorsqu'il y a perte de substance étendue et déviation des fragments.

Mais, il est quelquefois excellent de combiner les deux variétés de greffe, en général, dans des temps opératoires différents et, par exemple, pour renforcer par un greffon d'Albee le cal flexible d'une greffe ostéopériostique un peu longue ou inversement pour activer, à l'aide d'une greffe

ostéopériostique, la régénération d'un greffon rigide qui se fracture ou se résorbe.

L'*homogreffe* n'est guère utilisée que si l'autoplastique est irréalisable, par exemple s'il s'agit de remplacer une épiphyse ou une articulation toute entière. Dans ces circonstances exceptionnelles, l'homogreffe fournit des résultats encourageants aux points de vue tant anatomique que fonctionnel, comme en témoignent les observations de Lexer, de Küttner, de Tavernier. Ces greffes ne revivent d'ailleurs que très partiellement et se comportent comme un corps étranger inattaquable par les tissus vivants qui les entourent.

L'os mort des *hétérogreffes* a été employé sous diverses formes dans les pseudarthroses diaphysaires, le mal de Pott, les fractures du col de fémur, les articulations ballantes. Quoique son action ostéogénique soit nulle, il peut être utile en tant que tuteur résorbable, surtout si on combine son emploi avec celui des greffes ostéopériostiques, ainsi que l'ont fait, avec succès, Heitz-Boyer d'abord, puis Rouvillois, Schwartz et Küss.

Le résultat anatomique des greffes osseuses dépend surtout des conditions précédentes. Les *soins pré et postopératoires* peuvent agir sur le résultat fonctionnel.

Avant l'opération, les facteurs d'amélioration sont le massage des masses musculaires, la mobilisation des jointures et surtout la correction des attitudes vicieuses par le port d'un appareil approprié. Après l'opération, en dehors des soins à donner à l'état général et des médications utiles comme les extraits thyroïdien et surrénal, l'indication la plus importante est de faire reprendre à la région greffée des fonctions normales, à l'aide, par exemple des appareils de marche, pour que l'excitation fonctionnelle hypertrophie, en la modelant, la partie greffée.

Les applications cliniques spéciales dans lesquelles se peuvent juger les résultats des greffes osseuses sont de deux ordres, selon que la greffe a été appliquée au traitement d'une lésion traumatique ou pathologique.

Parmi les *lésions traumatiques*, celles du *crâne* ont été réparées à l'aide de greffes de type très divers : greffes pédiculées selon les procédés d'Ollier, de Muller-Kœnig, de Cazin, greffes autogènes libres empruntées aux os plats du squelette, greffes ostéopériostiques, plaques craniennes cadavériques stérilisées de Sicard et Dambrin. Les méthodes les meilleures, sont les ostéoplasties à lambeaux pédiculés et les greffes ostéopériostiques libres. Quelle que soit la méthode mise en œuvre, les résultats anatomiques presque toujours excellents s'opposent aux résultats fonctionnels le plus souvent médiocres.

A la *face*, les greffes osseuses trouvent leur emploi dans la *rhinoplastie* et surtout dans le traitement des pseudarthroses du *maxillaire inférieur*. Pour réparer cette dernière lésion on s'est servi de procédés très divers parmi lesquels, la greffe ostéopériostique occupe la place la plus importante. Mais ici le pourcentage de succès dépend moins du procédé opératoire que du siège de la pseudarthrose, de l'état des parties molles et de l'asepsie du foyer.

Les lésions des *membres*, qu'on traite par la greffe, offrent à ce point de vue de telles différences qu'il est nécessaire de les examiner séparément.

Aux pseudarthroses du *radius* conviennent les greffes de Delagenière, ou, si la perte de substance est étendue, la greffe rigide d'Albee. Les pseudarthroses du *cubitus*, beaucoup moins graves, doivent aussi, quand l'ostéosynthèse ne suffit pas, être traitées par la greffe ostéopériostique. Dans les pseudarthroses des deux os de l'avant-bras qui sont rares, la greffe cède, en général, le pas à l'ostéosynthèse.

A l'*humérus* encore, le traitement de choix est la synthèse osseuse. La greffe n'est indiquée que dans des cas spéciaux, lorsqu'il faut réveiller l'action ostéogénique, particulièrement pour Caudrelier, lorsque les fragments sont atteints d'ostéite condensante ou raréfiante mais non végétante, ou bien encore lorsque la synthèse est inapplicable. D'autre part, certaines pseudarthroses juxta-épiphysaires et avec perte de substance sont difficiles à traiter par les procédés habituels. C'est dans ces formes que Rouvillois a obtenu de bons résultats avec la greffe mixte d'Heitz-Boyer.

Au *tibia* comme à l'avant-bras, tous les procédés de greffe ont été employés. Il en est un qui mérite une mention spéciale, c'est la greffe péronnière pédiculée (opération de Hahn-Huntington) ou libre qui a donné de beaux succès. Mais, ici comme ailleurs nous retrouvons, au premier rang, la greffe de Delagenière et celle d'Albee. Quoique leurs indications qui ont déjà été précisées soient un peu différentes, on aurait tort de les opposer l'une à l'autre. Elles sont, au contraire, susceptibles de se porter un mutuel appui dans les cas difficiles.

Les pseudarthroses diaphysaires du *fémur* sont très rares. Elles relèvent presque uniformément de la suture. Cependant quand le raccourcissement imposé par cette suture doit être incompatible avec une fonction convenable, au lieu d'amputer on peut recourir à la greffe et c'est l'ostéoplastie par glissement qui semble, dans ces cas, devoir être la méthode la plus efficace. Elle a donné deux fois à Cunéo, appliquée à la réparation des lésions très graves, des résultats inespérés.

Les pseudarthroses du *col fémoral* ne sont traitées par les greffes osseuses que depuis 1911 grâce aux travaux de Delbet et de ses élèves. Delbet au début se servit du greffon péronnier autogène dépériosté et il obtint d'excellents résultats fonctionnels immédiats et éloignés. Puis il employa des vis d'os de cheval ou de bœuf traités par l'alcool, mais les vis déterminaient de l'ostéite raréfiante, se résorbaient et se cassaient, et il dut revenir à sa première technique qui semble donc être la meilleure. Dujarier a essayé récemment de substituer au péroné de simples greffons ostéopériostiques introduits dans le canal osseux préalablement foré.

Dans les *articulations ballantes*, la greffe peut être restauratrice ou ankylosante. La première méthode n'a été mise en œuvre que rarement; c'est sous la forme d'ostéoplastie par bascule qu'elle semble avoir fourni les résultats les plus heureux. L'ankylose des articulations ballantes a été obtenue par tous les procédés des greffes osseuses. La technique de choix est évidemment variable suivant les cas. Cependant les deux meilleures techniques semblent être les greffes ostéopériostiques et les greffes pédiculées.

Dans les *lésions de la main*, la greffe osseuse sert à combler une perte de substance des métacarpiens, à remplacer une phalange ou une articulation phalangienne. En pareil cas pour obtenir un résultat vraiment durable, il est indispensable de mettre le transplant en coaptation précise avec un os récepteur, faute de quoi la réparation ne se fait pas, le transplant se résorbe.

Les *affections non traumatiques* justiciables de la greffe osseuse sont les difformités de l'enfance et les lésions osseuses ou ostéo-articulaires de nature inflammatoire ou néoplasique.

Parmi les premiers se rangent les *luxations de la hanche* qu'Albee et Delagenière ont traitée par leurs procédés appliqués à la reconstitution du sourcil cotyloïdien; les *difformités du pied* pour lesquelles on a imaginé des opérations complexes comprenant une greffe autogène libre prélevée sur le squelette du pied ou parfois la greffe ostéopériostique, les *pseudarthroses congénitales* traitée autrefois par la greffe pédiculée de Reichel est plutôt aujourd'hui par celle de Delagenière.

Le deuxième groupe d'affections non traumatiques comprend des lésions d'importance très inégale au point de vue qui nous intéresse. On observe rarement par la greffe osseuse des *cavités pathologiques des os*. De même la *greffe restauratrice après résection* pour *tuberculose* n'a que peu d'indications. Par contre dans les pertes de substances tibiales après *ostéomyélite*, la transplantation d'un segment péronien par le procédé de Hahn-Huntington est une excellente opération et les restaurations diaphysaires ou diaphyso-épiphysaires après résection pour *tumeurs* sont maintenant nombreuses. Dans ces cas la greffe de péroné et au second rang celle de tibia ont fourni des résultats satisfaisants surtout au point de vue fonctionnel.

L'arthrodèse par greffe osseuse dans la *tuberculose articulaire des membres* est une méthode trop jeune encore pour que malgré des résultats heureux, il soit possible de la juger.

Quant à l'arthrodèse du *mal de Pott* nous avons dès maintenant à son sujet des éléments d'appréciation beaucoup plus importants et plus complets. Anatomiquement il n'est pas douteux qu'on puisse, par la méthode d'Albee, obtenir une ankylose vertébrale étendue, mais thérapeutiquement il est démontré par des faits bien observés que cette méthode ne

permet pas sans danger, de raccourcir ni de simplifier, pas plus chez l'adulte que chez l'enfant, le traitement classique dont elle n'est qu'un complément utile mais non toujours nécessaire.

Discussion de la première question.

(PREMIÈRE SÉANCE)

M. PUTTI (de Bologne) a pratiqué 104 opérations de greffe osseuse pour des lésions très diverses : pseudarthroses d'origine traumatique ou consécutives à des plaies de guerre, pseudarthroses congénitales, pseudarthroses du col du fémur, pertes de substance osseuse dues à l'ostéomyélite ou à l'ostéosarcome, restauration de métacarpien ou du maxillaire inférieur, articulations ballantes. Il commente les résultats obtenus qui ont été satisfaisants dans 37 p. 100 des cas, ses préférences vont aux greffes autoplastiques rigides prélevées sur le tibia et à la fixation métallique de la greffe.

M. MAYER (de Bruxelles) a eu l'occasion de combiner la curiethérapie à la greffe osseuse dans un cas de sarcome du radius chez une femme de vingt-huit ans. La tumeur du volume d'une orange occupait le tiers inférieur de l'os. Ayant réséqué la partie malade, l'auteur plaça un greffon tibial et autour du greffon, quatre tubes de Dominici, laissés en place quarante-huit heures. Cette opération pratiquée, il y a sept mois, a donné un bon résultat anatomique et fonctionnel. Le radium n'a pas nui à la greffe et il n'y a pas eu jusqu'ici de récidive.

M. FORGUES (de Montpellier) croit qu'un des points les plus importants est de déterminer quel est le procédé de choix de greffe osseuse. Son expérience, qui a pour base 141 cas opérés, dont il a pu conserver 123 observations complètes, lui permet de conclure à la supériorité des transplants ostéopériostes pris au tibia, à la Delagenière. Cette méthode à laquelle il n'est venu qu'après avoir employé la greffe d'Albee, a ses indications assez précises dont l'essentielle est qu'il n'y ait aucune tendance au déplacement intersegmentaire. C'est pourquoi cette greffe sera utilisée surtout pour les cas de déficit d'un seul os dans un segment à pièces couplées (jambe, avant-bras), l'os sain servant d'attelle. Elle est précieuse aussi dans les pertes de substance du maxillaire inférieur dont une gouttière bien faite peut immobiliser les fragments. Sur 14 pseudarthroses du maxillaire ainsi traitées, l'auteur a obtenu 7 résultats parfaits, 4 résultats bons mais perdus de vue un peu tôt et 3 échecs.

Y a-t-il réellement greffe de la plaque ostéopériostée ou bien le transplant est-il voué à la résorption et à la réossification ? Il est certain que cliniquement la greffe se développe comme un cal osseux à croissance rapide. Constatation insuffisante sans doute pour répondre à la question, mais les vérifications histologiques elles-mêmes sont encore, à cet égard, incomplètes et fragmentaires, pas plus qu'elles n'ont permis jusqu'ici de préciser la part respective que prennent, dans la régénération osseuse, les ostéoblastes de la couche sous-périostée et les ostéoblastes des couches osseuses doublant le lambeau.

Malgré ses préférences pour la greffe de Delagenière, l'auteur ne rejette nullement la greffe d'Albee qui, rigide et fixatrice, est souvent fort utile, par exemple dans les pertes de substance du tibia et dans certaines pseudarthroses du fémur. Appliquée au traitement de 37 lésions diverses, la greffe rigide a fourni 32 consolidations parfaites.

Enfin, M. Forgue a meilleure opinion que les rapporteurs de la greffe segmentaire totale, à l'aide d'un fragment du péroné fixé par enchevillement central, grâce à laquelle il a pu reconstituer le tiers supérieur d'un humérus réséqué pour sarcome.

M. NOVÉ-JOSSERAND (de Lyon) apporte deux observations de pseudarthrose congénitale de la jambe traitées par la greffe pédiculée prise sur le tibia du côté sain par le procédé de Reichel. Dans le premier cas le résultat date de dix-huit ans et dans le second de quatorze ans.

L'os s'est parfaitement reconstitué, et à partir de la consolidation le développement du membre s'est poursuivi d'une façon normale.

La greffe de Delagenière n'a donné un succès que dans un cas très bénin; dans un autre cas la consolidation a paru se produire, mais le cal s'est brisé ultérieurement, dans un troisième cas elle a échoué complètement.

La greffe de Reichel a échoué également dans 3 cas, mais il s'agissait de sujets âgés seulement de trois à quatre ans, tandis que les succès ont été obtenus par les opérations faites à sept et huit ans. Il semble qu'il y ait lieu de tenir compte de ce facteur de l'âge.

M. DELAGENIÈRE (du Mans) souscrit aux conclusions des rapporteurs qui, en exposant longuement sa méthode et ses statistiques, ont rendu sa communication presque inutile. Cependant il veut insister sur deux avantages de la greffe ostéo-périostique qui sont la simplicité de son exécution et la diversité des cas auxquels elle s'applique heureusement.

M. BÉRARD (de Lyon) ne retiendra aujourd'hui que les greffes dont il a pu suivre assez longtemps l'évolution, soit 38 greffes réalisées chez 37 malades dont un présentait une lésion des deux tibias. Il a eu recours habituellement, soit aux greffes segmentaires du péroné, soit aux greffes tibiales prélevées avec le ciseau et le maillet ou avec l'instrumentation d'Albee. Les greffes ostéo-périostiques ne lui ont servi qu'à obturer des pertes de substance cranienne ou à parachever la soudure d'un greffon compact. Il a employé 4 fois des homogreffes qui se sont éliminées dans 3 cas et 5 fois des hétérogreffes dont 1 fut toléré, 1 s'élimina et 3 introduites dans le cal fémoral se fracturèrent.

Pour que les greffes osseuses donnent des résultats favorables, il faut leur faire prendre un contact étroit avec les fragments et les fixer, soit par la suture des lambeaux périostiques et fibreux voisins, soit quand il y a deux os adjacents et risque de décalage, par des fils métalliques ou des plaques.

Au point de vue des résultats définitifs, les meilleures greffes sont les autogènes qui, malgré ce qu'en dit l'histologie, ont toutes les apparences de la survie. Après viennent les greffes homogènes moins bien tolérées qui semblent n'apporter que des éléments minéraux et un tuteur. Enfin, les greffes d'os morts sont un simple matériel de fixation.

M. MAUCLAIRE (de Paris) a employé les greffes rigides, soit sous la forme de segments péroniers introduits dans la cavité médullaire des fragments de l'os récepteur, soit sous la forme de greffons tibiaux. Les greffes de Delagenière lui ont donné de bons résultats dans le coude ballant, la hanche à ressort, certaines pseudarthroses. Il a quelquefois combiné les deux méthodes. Les greffes homo et hétéroplastiques sont à rejeter.

M. FRŒLICH (de Nancy), attire l'attention sur les modifications très tardives que peuvent subir des greffes d'os autoplastiques.

Une fillette greffée à l'âge de quatre ans pour une pseudarthrose du tibia, eut à l'âge de dix-huit ans une sorte de maladie du cal avec douleurs et impotence, et gonflement. L'os se résorba partiellement, ce qui fit apparaître sur la radio des traînées d'ostéite raréfiante ressemblant à des traits de fracture. S'agit-il d'une lésion du cal spontanée ou provoquée par le greffon tibial, ou bien d'une insuffisance de l'ostéogenèse à mettre sur le compte d'une lésion congénitale? Cette ostéite raréfiante du cal semble être après un an en voie de réparation, grâce au repos et à une médication récalcifiante.

M. L. IMBERT (de Marseille) n'étudie la greffe osseuse qu'au point de vue expérimental. Pour lui, lorsqu'une fracture se produit tout se passe comme si l'os fracturé adressait un appel à l'organisme; celui-ci y répondrait par l'intermédiaire du système nerveux ou des glandes endocrines — les deux hypothèses ne sont pas contradictoires — et conférerait au foyer de fracture le pouvoir de discerner et de choisir, parmi les aliments apportés par les liquides nutritifs, ceux qui sont nécessaires à l'évolution du cal. Ce travail, certainement complexe constitue en somme une nouvelle fonction; celle-ci est exercée par un organe nouveau qui n'est autre que la fracture elle-même.

Il semble qu'en matière de greffe osseuse, il y ait contradiction entre la clinique et l'expérimentation. Le greffon osseux se résorbe au laboratoire tandis qu'il édifie un cal chez le blessé; cette contradiction apparente n'est évidemment que l'expression des différences de technique. Au laboratoire, le greffon est mis sous la peau : et il se résorbe; que l'on

procède de même chez l'homme et l'on obtiendra le même résultat. En effet l'auteur a employé autrefois un procédé opératoire dirigé contre les pseudarthroses des mâchoires et qui consistait à « mettre en nourrice » un fragment costal : or il a toujours constaté que ce fragment se décalcifiait et tendait à la résorption.

Au contraire dans la technique habituelle de la greffe osseuse pour pseudarthrose, on inclut le greffon dans le foyer même de la fracture; c'est sans doute la raison profonde pour laquelle, au lieu de se ramollir et de disparaître, il contribue à édifier le cal.

Pour soumettre cette conception au contrôle expérimental, M. Imbert a effectué chez trois chiens les recherches suivantes :

Il résèque sur une longueur de 2 ou 3 centimètres, dans toute son épaisseur, un des os de l'avant-bras; le fragment prélevé et complètement isolé, est divisé à la pince coupante en deux parties approximativement égales : l'une d'elles est mise séance tenante dans le foyer de résection; l'autre est incluse sous la peau de la région.

L'évolution des deux fragments, suivie à la radiographie est caractéristique : celui qui a été inclus sous la peau diminue progressivement de volume, s'éclaircit de plus en plus et finit par disparaître; il s'est résorbé; l'autre, si rapproché cependant du premier, mais en contact avec les extrémités osseuses, suit une évolution bien différente : il ne s'éclaircit jamais, mais s'épaissit plutôt, s'entoure de végétations osseuses, au même titre que les bouts d'os voisins, et finit par se fusionner avec eux en un bloc compact et solide : la fracture est consolidée.

Des épreuves radiographiques et des projections, montrent avec évidence cette double évolution.

En somme, le greffon a agi sur les extrémités osseuses et celles-ci en ont fait de même sur le greffon; il s'est produit ce que l'auteur appelle une *action réciproque* grâce à laquelle d'une part les extrémités osseuses ont végété, d'autre part le greffon a édifié un os durable; l'ensemble s'est fusionné en un cal définitif.

Reste à éclaircir le mécanisme microscopique de cette évolution; ce point sera l'objet de recherches ultérieures.

DEUXIÈME SÉANCE

Suite de la discussion sur les résultats actuels des greffes osseuses.

M. Leriche (de Lyon) fait remarquer que, puisqu'on admet unanimement aujourd'hui la mort des greffons osseux quelle qu'en soit l'origine, il semblerait logique et beaucoup plus simple d'employer d'emblée la greffe d'os mort. Pourtant l'os qui meurt n'est pas équivalent à l'os mort. Le premier entraîne peut-être des phénomènes biologiques qui ne se produisent pas avec le second.

Les expériences de Delezenne et Fourneau peuvent, à cet égard, fournir une suggestion intéressante. Ces auteurs ont dosé la chaux contenue dans l'œuf au moment de la ponte, soit 35 milligrammes pour un œuf pesant 60 grammes. A la ponte, seule la coquille contient de la chaux. Ce n'est que vers le dix-septième jour que le poussin se calcifie à son tour aux dépens de la coquille qui n'est somme toute qu'une réserve de chaux. A partir de ce moment tout le calcaire qui disparaît de la coquille se retrouve fixé dans l'organisme du poussin. Il y a simplement transport du calcium à travers le liquide amniotique.

Le même phénomène doit se passer dans le cas de la greffe osseuse chirurgicale. Il y a entre la partie saine de l'os et le greffon un échange de chaux que transportent les humeurs. De ces considérations et de ce raisonnement par analogie, Leriche conclut qu'on a eu tort sans doute de dire que le greffon mourait réellement. Il convient de réétudier la question et d'expérimenter de nouveau. Pour se placer dans les conditions les plus favorables à la vitalité du greffon, il est sans doute préférable de n'employer que des greffes humaines et de ne pas se servir d'os dur mais d'os en partie spongieux, plus vasculaire, plus apte à fixer le calcium.

M. Rocher (de Bordeaux) a pratiqué 56 cranioplasties par greffon tibial ostéopériostique, suivant la technique de Delagenière, 7 greffes osseuses pour mal de Pott (2 greffons costaux, 5 greffons tibiaux), 32 greffes ostéopériostiques tibiales (technique de Delagenière pour pseudarthroses ou perte de substance diaphysaire (humérus, radius, cubitus, tibia), 3 greffes massives segmentaires péronières (tibia, fémur, 10 greffes massives par greffon tibial d'après la technique d'Albee (radius, humérus, tibia), 3 greffes homoplastiques avec 2 succès et 1 insuccès.

L'auteur présente, à l'appui des résultats qu'il a obtenus, deux pièces intéressantes : un crâne réparé par greffe et un fémur dont la perte de substance de 12 centimètres est comblée par un greffon massif péronier auquel avaient été jointes des greffes ostéopériostiques.

M. Judet (de Paris) a employé dans trois cas de perte de substance très étendue des os de l'avant-bras, des greffes ostéo-périostiques provenant du tibia du même malade et établies sur des tuteurs d'os de bœuf mort. La régénération osseuse ne s'est pas produite.

Par contre, l'auteur a réussi à réparer une perte de substance de 9 centimètres au niveau du tibia par une greffe massive obtenue aux dépens du fragment supérieur du même os.

Judet pense que le pouvoir ostéogénétique des greffes est très limité et que les méthodes actuelles doivent être perfectionnées.

M. Viannay (de Saint-Etienne) apporte les résultats éloignée de trois greffes de péroné dans des cas de perte de substance du tibia et du cubitus.

Le premier cas date de dix ans. Il s'agissait d'un sarcome à myéloplaxes du tibia qui nécessita l'exérèse du quart inférieur de l'os remplacé par un segment péronier. Il n'y a pas eu de récidive. Le greffon s'est considérablement épaissi. Sur la radiographie on le voit en haut incorporé à un bloc osseux qui réunit le fragment supérieur du tibia et le péroné en place, en bas soudé à la partie supéro-externe de l'astragale. Le résultat fonctionnel est parfait.

Dans le deuxième cas qui date de douze ans la perte de substance du cubitus provenant d'une ablation de tumeur fut comblée par un demi-cylindre du péroné. Une pseudarthrose persiste entre le greffon et le fragment inférieur du cubitus. De plus, il y a arrêt de croissance du cubitus et déviation interne de la main. Néanmoins, bon résultat fonctionnel.

Le troisième cas est une greffe du péroné comblant une perte de substance traumatique du tibia de 10 centimètres. Quoique le tibia se soit régénéré, il persiste cependant une pseudarthrose et le blessé marche avec un appareil orthopédique.

M. Rottenstein (de Marseille) expose les résultats éloignés des ostéosynthèses qu'il a pratiquées pour pseudarthroses, suites de fractures de guerre.

M. Termier (de Grenoble) présente les résultats éloignés de 48 greffes pour cranioplastie. De ces greffes, 31 ont été opérées par lui et 17 par d'autres chirurgiens. Les résultats terminaux doivent être étudiés à deux points de vue différents : les modifications apportées aux séquelles nerveuses du traumatisme, la réfection de la boîte cranienne.

1° En ce qui concerne les séquelles nerveuses, sur ses 31 opérés propres, l'auteur signale 2 morts, l'une survenue en état de mal jacksonnien chez un blessé qui avait déjà des crises avant l'opération, l'autre due à des accidents cérébraux avec coma chez un ancien hémiplégique. Des 29 survivants, 1 qui avait des troubles mentaux s'est aggravé, 2 ont maintenant de l'épilepsie et n'en avaient pas, un autre, par contre, atteint de jacksonnisme avec confusion mentale, a été très amélioré, une dizaine sont restés sans changement, enfin 12 accusent une amélioration nette portant principalement sur la céphalée.

Sur les 77 cas opérés par d'autres chirurgiens, il y a eu 7 améliorations, 2 aggravations et 8 états stationnaires.

Il semble donc que la cranioplastie, soit assez impuissante à modifier les troubles nerveux graves, mais qu'elle améliore lee phénomènes douloureux.

2° Quant à la reconstitution de la boîte cranienne, elle est presque toujours parfaite et donne au blessé un complet sentiment de sécurité.

L'auteur a utilisé au début les greffons cartilagineux dont l'ossification est très tardive, puis des lames osseuses minces prélevées sur la face antérieure de la rotule dépériostée, enfin les greffes ostéopériostiques de Delagenière.

Communications individuelles.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

M. Jonnesco (de Bucarest). **Nouvelle méthode de rachianesthésie générale.** En 1908, l'auteur a étendu la rachianesthésie, jusqu'alors limitée aux opérations sous-ombilicales, à toutes les opérations de la tête aux pieds, en ponctionnant le rachis à n'importe quel niveau, sans tenir compte de la moelle, et en y injectant une solution de stovaïne-strychnine. Les résultats ont été satisfaisants, mais la solution employée laissait encore à désirer ne pouvant empêcher de se produire quelquefois des *alertes bulbaires*, nausées, pâleur, vomissement, voire même l'arrêt momentané de la respiration, phénomènes plus alarmants que graves puisque l'auteur n'a jamais eu de cas mortels. Pour obtenir la *tolérance bulbaire* absolue à l'anesthésique, et pour pouvoir injecter dans les ponctions hautes du rachis une quantité plus grande de stovaïne, nécessaire pour assurer une anesthésie prolongée, M. Jonnesco, conduit par les expériences de Bloch et Hertz qui ont montré la possibilité d'injecter une grande dose de caféine dans le rachis, a eu recours à ce dernier stimulant des centres bulbaires. Aussi sa solution anesthésiante actuelle se compose de 1 centimètre cube d'eau stérilisée contenant 50 centigrammes de caféine et une dose variable de stovaïne suivant les cas. Cette solution lui a donné des résultats merveilleux; plus d'alertes bulbaires, plus d'angoisse respiratoire, et il a observé même de véritables résurrections chez les malades fortement choqués ou sérieusement infectés. La rachianesthésie générale, d'après l'auteur, n'a pas de contre-indication. Avec la nouvelle solution, il n'y aurait plus aucun accident postanesthésique immédiat : céphalalgie, rachialgie, etc. Quant aux accidents tardifs, M. Jonnesco ne les a jamais observés. L'auteur présente sa statistique personnelle de rachianesthésie générale : depuis 1908, jusqu'à juillet 1922, sauf les années de guerre : 5.016 cas, dont 1.136 anesthésies hautes et 3.880 basses sans mortalité ni accidents graves. Il y ajoute la statistique de ses confrères roumains (de 1909-1913) : 11.324 rachianesthésies générales dont 1.035 hautes et 10.289 basses avec deux cas mortels.

M. Reynès (de Marseille). **Résultats cliniques de la vaccinothérapie en chirurgie.** L'auteur a employé la vaccinothérapie dans un grand nombre d'affections inflammatoires, au stade d'infiltration : adénophlegmons sous-maxillaires, arthropathies gonococciques du genou, ovaro-salpingites et périmétrites. Et il a obtenu d'excellents résultats. La vaccinothérapie en faisant rétrocéder l'inflammation lui a permis d'éviter les opérations mutilantes et d'assurer la conservation des organes.

Il n'a pas observé de réactions locales ou générales fâcheuses. Il s'est généralement servi de stock-vaccins antistaphylo-strepto ou antigono, type Ranque et Senez (vaccins iodés) ou pour le gono, type Costa (vaccins formolés).

M. Descarpentries (de Roubaix). **Les injections d'autosang hémolysé en chirurgie générale,** stimulant l'activité leucocytaire constituent un moyen aussi actif que peu dangereux de combattre les infections. Dans les cas simples, elles déclanchent la crise de guérison. Elles empêchent les cas subaigus de devenir chroniques. Dans les cas graves elles amènent la crise de guérison par étages. En limitant l'infection, en localisant le foyer de suppuration, elles réduisent l'acte opératoire au minimum de délabrement. Enfin elles écourtent les suites des interventions septiques et préviennent les complications secondaires postopératoires.

M. Saint-Martin (de Carnac). **Caractères climatiques de la côte sud de la Bretagne au point de vue des cures héliomarines.**

CHIRURGIE DU THORAX

M. Willems (de Liége). **L'élévation du bras après l'amputation du sein.** Il est de tradition, après l'amputation du sein, d'immobiliser le bras fléchi contre le thorax. L'auteur croit que cette façon de faire est responsable de la raideur de l'épaule et de la limitation de l'élévation du bras, qui souvent ne dépasse pas, ou n'atteint même pas l'horizontale. On sait que ce déchet fonctionnel peut durer longtemps et être même définitif. D'autre part, l'accollement du bras au tronc facilite sans doute l'apparition de certains œdèmes du bras indépendants de toute récidive du néoplasme, en détendant la veine axillaire et en l'exposant davantage à la compression par le tissu cicatriciel. C'est pourquoi M. Willems a pris l'habitude de relever le bras et de le maintenir dans cette position jusqu'à la guérison opératoire.

A vrai dire, il ne faut pas placer le membre dans une position strictement verticale. La position optima est la position *presque* verticale, avec un peu d'antéposition. Dans la position tout à fait verticale, la peau tendue fait pont par-dessus le creux axillaire, tandis que, lorsque le bras relevé est un peu incliné en avant, le creux est effacé.

Le bras relevé peut être simplement fixé dans cette position par un lac attaché à la tête du lit, et calé pour éviter la fatigue, ou bien l'avant-bras est passé par-dessus le vertex, la main appliquée sur la tempe du côté opposé et fixée à la tête par des tours de bandes.

Depuis que l'auteur applique ce procédé, il n'observe plus de limitation du mouvement d'élévation, même avec la technique de Halsted et même après de vastes autoplasties.

Discussion : M. de Quervain prend la parole pour indiquer que depuis longtemps il place le bras horizontalement après les amputations du sein.

M. Tuffier lui objecte que tout le monde écarte occasionnellement le bras dans la position horizontale, tandis que la technique de Willems qui a un autre principe est vraiment nouvelle.

M. Guisez (de Paris). **Contribution à l'étiologie du cancer de l'œsophage.** Le cancer est la plus fréquente des affections œsophagiennes. Plus de la moitié des malades envoyés à M. Guisez pour œsophagoscopie étaient atteints du cancer.

Les hommes sont plus touchés dans la proportion de 1/6. Quoique le cancer des jeunes sujets ne soit pas rare, le maximum de fréquence est entre cinquante et soixante-six ans. L'hérédité cancéreuse n'a été constatée qu'une fois sur cinq et l'hérédité d'une maladie œsophagienne une fois sur quatre.

Le cancer est presque toujours primitif. Dans 10 observations il était secondaire à des cancers laryngien, trachéal, bronchique, mammaire,

L'œsophagite antérieure est la cause la plus fréquente et cette lésion est tantôt due à une irritation directe par mauvaise hygiène, tantôt à un cardiospasme et à la stase sous-jacente, ce spasme ayant lui-même souvent des causes psychiques. L'œsophagite présente tous les degrés jusqu'à l'ulcération et de la leucoplasie qui paraît être le premier stade de la dégénérescence cancéreuse.

PAROI ABDOMINALE

M. Danis (de Bruxelles). **Les incisions transversales franches sous-ombilicales.**

M. Loicq (de Bruxelles). **Technique d'une incision transversale de l'abdomen. Résultats opératoires.**

Ces communications concernent le même procédé de laparotomie. Il consiste à inciser transversalement la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose, puis à reclinerl es muscles droits en dedans pour découvrir et lier les vaisseaux épigastriques; enfin, après avoir fixé par des points en U l'aponévrose aux muscles, à sectionner transversalement les muscles et le péritoine. Cette technique est avantageuse au triple points de vue de l'hémostase, de l'esthétique et de la solidité pariétale.

M. Leclerc (de Dijon). **Une nouvelle incision en volet donnant un large accès sur tout l'étage sus-mésocolique et en particulier sur l'estomac.**

DEUXIÈME QUESTION

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DES OPÉRATIONS PORTANT SUR LES GROS TRONCS ARTÉRIELS DES MEMBRES

Rapporteurs : MM. R. Leriche (de Lyon) et P. Moure (de Paris).

Dans un avant-propos commun les rapporteurs font remarquer que, malgré le nombre considérable d'opérations faites sur les gros troncs artériels des membres, nous ne sommes pas fixés sur les résultats que donnent à longue échéance, les différents types d'opérations artérielles. C'est-à-dire que nous

n'avons pas encore une doctrine bien établie touchant la physiologie pathologique des artères ligaturées ou suturées. Cela tient à plusieurs causes : peu des nombreux blessés de la guerre ont pu être observés tardivement; puis beaucoup d'entre eux présentaient des lésions complexes entre lesquelles il était difficile de discerner ce qui revenait à l'opération vasculaire; enfin la chirurgie artérielle a été étudiée jusqu'ici au point de vue de la thérapeutique plutôt que de la physiologie circulatoire.

Aussi les auteurs ont-ils dans leurs rapports surtout cherché à déterminer la valeur des opérations artérielles d'après la connaissance des conditions physiologiques et pathologiques du rétablissement circulatoire, M. Leriche s'occupant plus spécialement des ligatures et résections artérielles, M. Moure, des opérations conservatrices.

Rapport de M. Leriche.

I. Le rétablissement circulatoire immédiat après ligature et son mécanisme. — Lorsque après section des grosses artères d'un membre le bout supérieur seul a été lié, il est banal de voir le sang revenir au bout de quelques instants par le bout inférieur. Une expérience de Paul Broca permet d'étudier le fait avec une extrême précision. Quel en est le mécanisme?

Conditions anatomiques. — Classiquement on admet que la circulation se rétablit par les anastomoses inosculantes des collatérales. Or ces anastomoses sont nulles ou rares comme le montrent les recherches de Rassat. On ne peut davantage accepter l'ingénieuse hypothèse de P. La Roque qui pense que des dispositifs embryologiques incomplètement disparus sont rappelés à l'activité. Les capillaires ne pouvant être mis en cause dans de pareilles conditions, force est d'admettre que le cours du sang se rétablit par des anastomoses rétiformes qui ne peuvent être ni disséquées, ni injectées et qui siègent dans les parties molles, surtout dans les muscles.

Conditions physiologiques. — Le retour du sang exige trois conditions dont chacune est essentielle. Il faut :

1° Une tension artérielle suffisante en amont de la ligature et même un peu d'hypertension;

2° Des parties molles juxta-artérielles en bon état, en particulier les muscles;

3° Une conservation de la perméabilité périphérique.

Si l'une de ces trois conditions manque, la circulation ne peut se rétablir et des accidents d'ischémie massive ou partielle s'établissent fatalement.

Deux conditions physiologiques jouent un très grand rôle adjuvant : leur faillite peut compromettre la vie du membre en aggravant l'ischémie périphérique; ce sont :

1° L'état de la pression dans le système veineux;

2° L'état de la vaso-motricité périphérique.

Si la pression artérielle est basse, l'intégrité du système veineux dans lequel règne une pression plus basse encore, sinon négative, conditionne une aspiration presque totale du sang artériel récurrent dans les veines proximales; rien n'en va à la périphérie qui s'ischémie irrémédiablement à moins qu'on ne lie d'urgence la veine parallèle.

En tout état de cause, la vaso-dilatation due à la section du sympathique péri-artériel et aux conditions chimiques des tissus anémiés intervient pour faire partout des voies béantes, facilitant ainsi la pénétration d'un plus grand volume de sang dans des vaisseaux habitués à un petit débit.

Puisqu'il en est ainsi, on peut améliorer les résultats actuels des ligatures et prévenir, dans une certaine mesure, les accidents d'ischémie :

1° En élevant la pression artérielle avant toute ligature par injection massive de sérum intraveineux ou par transfusion, si la pression est basse;

2° En étant aussi ménager que possible des muscles voisins;

3° En traumatisant au minimum le foyer artériel dans la crainte d'y provoquer des embolies;

4° En liant la veine satellite si l'on voit le membre s'ischémier dans les minutes qui suivent la ligature;

5° En substituant à la simple ligature la section de l'artère entre deux fils pour provoquer plus rapidement une vaso-dilatation périphérique favorable.

Ces précautions resteront sans effet dans certaines conditions pathologiques défavorables, mais seront utiles dans d'autres cas et augmenteront la sécurité des ligatures. Certaines d'entre elles exigent un changement dans nos habitudes techniques : la ligature ayant un caractère d'urgence est trop souvent une opération improvisée que l'on fait, comme les chirurgiens d'autrefois, par abord direct du foyer, en comptant sur la rapidité de ses doigts pour aveugler brusquement les voies qui saignent en jet.

En agissant ainsi aujourd'hui on montre simplement que l'on ignore les lois fondamentales de la chirurgie artérielle; celle-ci ne peut être entreprise convenablement que si la découverte du vaisseau est faite à blanc, c'est-à-dire après hémostase préalable par clamp mis sur artère saine au-dessus du foyer et après pose d'un autre clamp en aval pour barrer la route aux embolies; elle exige un grand respect des parties molles voisines parce qu'elles sont chargées de faire la suppléance si la ligature est nécessaire; enfin, elle doit s'inspirer au besoin des notions expérimentales qui enseignent à pallier au danger des ischémies menaçantes en agissant sur une veine ou sur le sympathique.

II. L'organisation définitive de la circulation et les adaptations fonctionnelles de l'artère liée. — Dans les temps qui suivent une ligature aseptique, on assiste à deux phénomènes capitaux pour l'avenir de l'opéré :

1° *A une remarquable adaptation fonctionnelle de l'artère liée* qui, ne pouvant rester vide aux trois quarts, est obligée par les conditions de la mécanique circulatoire de réduire son calibre et de s'adapter au volume de son contenu. Elle le fait par contracture s'il s'agit d'une artère musculaire, par prolifération de l'endartère s'il s'agit d'une artère du type élastique.

2° *A l'organisation définitive d'un nouveau régime circulatoire.* Celle-ci se fait tout d'abord, dès le début, par une dilatation progressive des voies collatérales rétiformes siégeant dans les parties molles, surtout dans les muscles et le long des nerfs, puis secondairement par la néoformation d'anastomoses directes allant d'un moignon artériel à l'autre au dehors ou au travers de l'oblitération.

Sur le vivant, on a pu vérifier opératoirement la richesse de ce lacis artériel dans les parties molles et le long de l'artère elle-même.

Cliniquement, l'amélioration progressive du débit circulatoire périphérique qui en résulte est démontrée par le retour du pouls, par la meilleure régulation de la température et surtout, avec une rigueur graphique, par la méthode oscillométrique.

Il est évident que l'infection vient troubler ces deux phénomènes d'une façon que l'on ne saurait doser, en sclérosant les muscles, en produisant des blocs cicatriciels étouffant les artérioles, en oblitérant les vaisseaux à longue distance. Son rôle est suffisamment connu pour que dans cette étude nous nous efforcions d'en faire abstraction.

Ces constatations permettent de conclure :

1° Que, dans les résultats éloignés des ligatures artérielles, *c'est l'état des parties molles, des muscles surtout, qui joue le rôle capital* : il est plus important, peut-on dire sans paradoxe, que l'état même des collatérales artérielles; on peut souvent lier celles-ci impunément, en même temps que l'artère principale, alors qu'une suppuration profuse au niveau des muscles rend très aléatoire le rétablissement de la circulation.

2° Que la *condition des ligaturés s'améliore progressivement* et qu'une longue patience s'impose avant de déclarer que leur état est définitif.

III. Conséquences pathologiques éloignées des ligatures. — La ligature d'un gros tronc artériel trouble toujours gravement les fonctions du membre blessé.

Sans doute, il peut y avoir un rétablissement fonctionnel presque intégral de la circulation, mais c'est tout à fait exceptionnel et on ne doit en admettre la réalité qu'après recherche de trois critériums exigibles : critérium oscillométrique, critérium fonctionnel et critérium trophique.

D'une façon générale, il y a habituellement des troubles plus ou moins intenses. On peut d'après leur mécanisme en distinguer trois groupes :

1° Les *uns relèvent d'une ischémie parcellaire sous-cutanée,*

avec gangrène musculaire aseptique à manifestations cliniques retardées. Elle peut être diffuse ou localisée ; dans ce cas, elle crée un syndrome de Volkmann plus ou moins typique.

2° Les *autres, de l'insuffisance circulatoire* ; cette insuffisance peut être constante ou intermittente. Dans le premier cas, elle produit l'amyotrophie, la diminution de la force musculaire, l'hypothermie, etc. ; dans le second, sa traduction caractéristique est l'insuffisance musculaire intermittente, dont le type est la claudication intermittente. Celle-ci relève non d'un spasme, mais de l'incapacité où est la circulation collatérale d'assurer au membre son régime circulatoire de travail.

3° Les *autres du trouble de l'innervation vaso-motrice*. Ils constituent un véritable syndrome sympathique des ligaturés qui ne s'observent guère en dehors des ligatures septiques. En plus de la cyanose, de la raideur et de la paresse musculaire, des troubles de la calorification, de l'aspect luisant de la peau, il y a comme éléments marquants possibles du syndrome, la causalgie et les ulcérations trophiques.

Leur origine sympathique est établie par les résultats de la résection des cordons artériels oblitérés qui est une sympathectomie périartérielle.

IV. Traitement des troubles consécutifs aux ligatures artérielles. — Il y a lieu de faire désormais la *prophylaxie* des accidents consécutifs aux ligatures. Beaucoup d'entre eux pourraient être évités par une meilleure technique dans la chirurgie artérielle. On doit n'opérer qu'après avoir remonté la pression, placer un clamp d'amont et un clamp d'aval avant d'aborder la lésion, ménager le plus possible les muscles, pratiquer la suture si elle est réalisable ou sectionner le vaisseau entre deux ligatures et lier aussitôt la veine si la circulation se rétablit mal.

En face des *accidents constitués*, on peut concevoir quatre sortes d'opérations capables d'améliorer le sort d'un ligaturé.

1° La *résection du segment artériel oblitéré suivie du rétablissement de la continuité artérielle par suture ou par greffe*. L'état d'adaptation fonctionnelle de l'artère ligaturée rend théoriquement cette opération possible. Il n'en existe jusqu'ici qu'un exemple : le résultat a été excellent.

2° La *ligature veineuse*, qui remonte expérimentalement la tension artérielle.

3° La *résection simple du segment artériel oblitéré*, pour supprimer les phénomènes sympathiques : cette opération a été employée 14 fois par l'auteur, 3 fois contre la causalgie, 8 fois contre des troubles diffus, 3 fois contre des ulcérations trophiques, avec des résultats généralement bons.

4° Les *opérations orthopédiques* (allongement tendineux, raccourcissement squelettique), dirigées contre les scléroses musculaires ischémiques.

Cette chirurgie réparatrice qui n'a été jusqu'ici que très peu utilisés, mérite d'être essayée.

Rapport de M. P. Moure.

Ce rapport comprend deux parties expérimentale et clinique dont voici les conclusions :

Première partie. — *Les résultats éloignés des sutures et des greffes vasculaires expérimentales.* — La meilleure technique de suture des vaisseaux est celle de Carrel ; c'est la seule qui permette d'escompter de bons résultats éloignés.

L'expérimentation prouve que des artères peuvent rester parfaitement et définitivement perméables après une suture latérale ou circulaire correctement effectuée.

Une suture artérielle entièrement perméable au bout de trois mois peut être considérée comme un résultat définitivement acquis.

La suture artérielle aboutit finalement à une cicatrice fibreuse solide qui équivaut pratiquement à la restitution intégrale de la paroi artérielle.

Le rétablissement de la continuité d'une artère peut être obtenu par la greffe libre d'un greffon vasculaire.

La transplantation d'un greffon mort ou d'un greffon hétéroplastique est possible ; mais les résultats immédiats de ces tentatives sont incertains et leurs résultats éloignés sont médiocres. Pour rester dans le domaine pratique, il faut renoncer encore à l'espoir de pouvoir faire usage de greffons conservés à la façon des crins et des catguts. Il paraît plus conforme aux lois biologiques d'employer des greffons vasculaires frais.

Carrel, en démontrant qu'il était possible de remplacer un segment d'artère par un greffon veineux, a fait entrevoir la réalisation pratique de la greffe vasculaire en chirurgie humaine. La transplantation de greffons veineux autoplastiques frais, sur le trajet des artères, donne, en effet, des résultats parfaits ; l'examen macroscopique et microscopique montre que le greffon s'adapte parfaitement, hypertrophie ses parois et reste perméable. L'oblitération progressive des greffons veineux autoplastiques frais, observée par Frouin, n'a pas une cause biologique, mais relève d'une infection atténuée. Pour combler un déficit artériel chez l'homme, le meilleur greffon sera donc fourni par un segment veineux, prélevé sur le sujet lui-même au moment de l'intervention, c'est-à-dire par un greffon veineux autoplastique frais.

Deuxième partie. — *Les résultats éloignés des opérations conservatrices portant sur les gros troncs artériels des membres en chirurgie humaine.* — La blessure d'un gros tronc artériel des membres doit être considérée comme une lésion grave.

Pour évaluer les troubles fonctionnels qui succèdent à la ligature d'un tronc artériel d'un membre, il faut uniquement faire état des blessés dont la plaie vasculaire est restée isolée et faire abstraction de ceux qui présentent simultanément des lésions nerveuses, osseuses, articulaires, de grands délabrements musculaires ou de vastes cicatrices cutanées. Il faut, d'autre part, discerner les séquelles qui sont la conséquence de la phlébite des troncs veineux, si fréquente dans l'évolution des plaies de guerre.

La ligature du tronc artériel d'un membre provoque presque toujours une tare fonctionnelle définitive, plus grave pour le membre inférieur ; que pour le membre supérieur ; mais la déficience fonctionnelle d'un membre ligaturé peut être compatible avec le travail normal que nécessite la vie courante.

Lorsque le résultat fonctionnel d'un membre ligaturé semble parfait, l'étude de la pression sanguine montre presque toujours que l'indice oscillométrique est tombé au voisinage de la moitié de sa valeur normale.

Tout membre inférieur ligaturé est, en général, incapable de fournir un travail forcé de quelque durée.

Il existe de grandes variations individuelles dans le rendement fonctionnel des membres dont le tronc artériel a été lié. Indépendamment des lésions concomitantes, ces différences paraissent dépendre des facteurs suivants :

1° Du siège anatomique de la ligature par rapport à l'origine des grosses collatérales et de la longueur du caillot qu'elle provoque ;

2° De l'état de l'arbre vasculaire périphérique du membre qui peut être sain ou au contraire présenter des lésions d'endartérite et d'endophlébite chroniques oblitérantes ;

3° Du spasme vasculaire surajouté dû à l'irritation du sympathique périartériel ;

4° De la variété anatomique du système collatéral dont le rendement physiologique varie suivant le calibre des voies de suppléance.

Devant la médiocrité des résultats que donne la ligature des troncs artériels des membres, il est rationnel de chercher à obtenir la restitution intégrale de la voie artérielle par des opérations conservatrices.

La suture et la greffe vasculaires ont fait actuellement leurs preuves en chirurgie humaine, et, pour certains chirurgiens, « l'expérience heureuse d'hier est devenue l'opération classique d'aujourd'hui ».

Les tentatives de suture latérale, de suture circulaire et même de greffe vasculaire, actuellement nombreuses, ont fourni quelques résultats certains et durables. La perfection du résultat a pu être contrôlée, non seulement par la restitution fonctionnelle intégrale du membre opéré, mais encore par l'étude de l'indice oscillométrique et par la palpation directe de l'artère suturée ou du greffon transplanté.

Les complications précoces et tardives qui peuvent compromettre le résultat des sutures et des greffes artérielles telles que thrombose rapide, hémorragie, rétrécissement pro-

gressif de la lumière vasculaire, sont imputables à une faute de technique opératoire ou sont la conséquence de l'infection.

La dilatation progressive de l'artère suturée n'est pas l'aboutissant inéluctable de toute suture artérielle, mais relève de l'altération pathologique ou traumatique des parois du vaisseau.

Dans l'appréciation des résultats éloignés, il faut tenir compte des conditions qui ont déterminé l'acte chirurgical et savoir quel était le but visé par l'opérateur : une ligature de nécessité faite d'urgence, sur un blessé anémié et infecté, en danger de mort, doit avoir pour unique but de sauver la vie, en arrêtant l'hémorragie par le moyen le plus simple. Il ne faut pas, en pareil cas, se préoccuper de la médiocrité probable du résultat fonctionnel éloigné.

Lorsqu'une opération peut être conduite à froid pour un anévrisme traumatique ou pathologique, le chirurgien doit s'efforcer de rétablir la continuité du tronc artériel.

La blessure accidentelle d'un tronc artériel, au cours d'une intervention chirurgicale, impose au chirurgien le devoir de réparer par une suture la brèche qu'il a produite dans la paroi de l'artère.

La chirurgie vasculaire conservatrice ne doit pas être considérée comme une acrobatie opératoire, mais elle doit être entreprise comme une opération méthodiquement réglée dont il faut discuter sans parti pris les indications et les contre-indications.

Il ne faut jamais aborder d'emblée l'hématome ou l'anévrisme, car le premier temps d'une opération portant sur un tronc artériel doit être l'hémostase par compression directe de ce tronc, au moyen de deux champs placés, l'un en amont, l'autre en aval de la lésion.

Dans une lésion septique, il faut avant tout éviter la dissémination périphérique de l'infection par la voie ouverte du tronc artériel.

Dans une lésion aseptique, il faut ouvrir l'hématome ou le sac anévrismal, et, guidé par les lésions, pratiquer suivant le cas la suture latérale, la suture circulaire, l'anévrismorraphie ou la greffe vasculaire, en considérant la ligature comme un pis-aller.

Les résultats des opérations tardives sur les anévrismes traumatiques, et particulièrement sur les anévrismes artério-veineux, sont meilleurs que ceux des opérations précoces faites d'urgence pour traiter les plaies récentes des troncs artériels.

L'anévrismorraphie, employée communément en Amérique dans le traitement de l'anévrisme pathologique des membres, est une opération simple et logique dont les résultats éloignés paraissent satisfaisants.

Les résultats de l'artériotomie, faite dans le cas d'embolie ou de thrombose des troncs artériels des membres, sont franchement mauvais et ses indications doivent se limiter aux embolies récentes.

Les résultats comparatifs de la ligature et des opérations conservatrices ne peuvent pas encore être établis par une statistique. Ces deux méthodes ont été employées, l'une et l'autre, avec trop de parti pris, alors que chacune d'elles devait vivre des contre-indications de l'autre; il est aussi excessif de lier systématiquement que de suturer sans discernement.

Pour augmenter les tentatives de chirurgie conservatrice sur les troncs artériels des membres, et pour améliorer leurs résultats, il faut que les chirurgiens veuillent bien se perfectionner dans la technique simple, mais très spéciale des sutures vasculaires, car il est difficile de réussir cette opération sans exercices préalables sur l'animal. Il est probable que bientôt la suture vasculaire aura seulement comme adversaires irréductibles, ceux qui n'auront pas voulu s'astreindre à l'expérimenter.

La chirurgie conservatrice des artères, née en Amérique de parents français, tentée en France, puis abandonnée après quelques timides essais, revient aujourd'hui d'Allemagne, fortifiée par d'imposantes statistiques. Il est à souhaiter que les chirurgiens français veuillent bien reconnaître leur paternité et qu'ils cherchent, sans idées préconçues, les indications rationnelles de la suture et de la greffe vasculaires dont l'emploi semble avoir été fait, en Allemagne, d'une façon trop systématique.

La suture et la greffe vasculaires, employées en chirurgie humaine pour rétablir la continuité des troncs artériels des membres, doivent rester des opérations d'exception qui trouvent cependant, dans certains cas, leur indication absolue; elles ne doivent pas être pratiquées comme des opérations de luxe pour céder à la satisfaction de rétablir la continuité d'un vaisseau, lorsque la circulation collatérale suffisante peut permettre la ligature. Comme ces opérations conservatrices ne sont généralement pas nécessaires pour sauver la vie de l'opéré, le chirurgien doit les appliquer seulement lorsqu'il est certain de pouvoir les effectuer d'une façon strictement correcte et aseptique; mieux vaut parfois sacrifier un membre de parti pris que d'entreprendre une intervention « idéale » qui peut mettre en danger la vie de l'opéré.

(A suivre.) CHASTENET DE GÉRY.

NOTES DE PRATIQUE

ANÉMIE DE LA CROISSANCE

Associer les deux médications ferrugineuse et arsenicale.

1° A chacun des deux principaux repas, prendre deux pilules de :

Tartrate ferrico-potassique....	10 gr.
Extrait de gentiane................	8 gr.
Extrait thébaïque..................	0g25
Extrait de noix vomique............	0g25

F. s. a. 100 pilules.

2° Avant chaque repas, prendre, dans un peu d'eau, v à x gouttes de Vanadarsine qui stimule à la fois les fonctions digestives et les combustions organiques.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de MM. E. SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX. *Tome XXI.* **Dermatologie** (1).

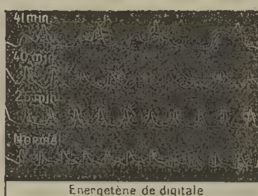
Ce volume, de même que les volumes consacrés à l'Ophtalmologie et à l'Otologie, à l'Electrologie et à la Radiologie, n'est pas écrit pour les spécialistes. Il s'adresse aux médecins faisant de la médecine générale et a pour but de condenser l'ensemble des notions qui sont indispensables dans la pratique courante. Les relations de la dermatologie et de la médecine générale sont des plus étroites : nombre de manifestations cutanées sont liées à un état général; leur constatation peut donc contribuer, à orienter le diagnostic et à dépister l'affection générale qui les conditionne.

Le plan de ce volume a été conçu en vue de le rendre aussi simple et aussi pratique que possible, et l'on s'est attaché à épargner autant que possible au lecteur les difficultés pouvant provenir de la terminologie ou de la classification des dermatoses.

Après une remarquable introduction de M. J. Darier, une première partie renferme la description des lésions élémentaires de la peau et des affections cutanées qui n'ont pas encore trouvé place dans les cadres étiologiques, et constitue une véritable séméiologie des affections cutanées. Dans la deuxième partie sont classées les maladies de peau dont l'étiologie est connu : dermites artificielles, dermatoses parasitaires, dermatoses infectieuses.

Tous les articles ont été confiés à des collaborateurs spécialement désignés par leurs travaux personnels, pour la plupart élèves de la grande école dermatologique française de Saint-Louis : MM. Civatte, qui a écrit les chapitres consacrés aux *Lésions élémentaires*, à l'*Eczéma*, au *Psoriasis*, au *Pemphigus*...; Mallein, qui s'est chargé des *Prurits* et du *Prurigo*, des *Erythèmes*...; Ferrand, de l'*Herpès*, du *Zona*, du *Purpura*, des *Pyodermites*; Boisseau, des *Atrophies*, de l'*Eléphantiasis*, de la *maladie de Dercum*, des *troubles trophiques*, *vaso-moteurs*

(1) 1 vol. in-8, avec 165 fig. — Prix : 30 fr. — Paris. A. Maloine et fils.


Energetène de digitale


Energetène de gui





et sudoraux; J. du Castel, de la *Sclérodermie*, de l'*Asphyxie locale et de la gangrène des extrémités;* Tzanck, des *Dystrophies cutanées*; Favre, des *Tumeurs cutanées* et des *Nœvi*; Clément Simon, des *Affections de l'appareil pilo-sébacé* et des *Dermatoses dues à des champignons* (Favus, tricophyties, etc.); Rostaine, des *Dermites artificielles*; et enfin Pautrier, des *Tuberculoses cutanées* et des *Tuberculides*.

De nombreuses et excellentes reproductions photographiques illustrent ce volume qui sera certainement fort apprécié par tous les médecins praticiens. L. G.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC

DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

DÉFINITION. — Le rhumatisme articulaire aigu est une maladie générale infectieuse, à localisations polyarticulaires, fébrile, paraissant spécifique, mais dont l'agent pathogène est encore inconnu, malgré de nombreuses recherches.

SYMPTOMES. — Le *début* est exceptionnellement brusque et violent à la façon d'un accès de goutte aiguë.

Il est plus souvent subaigu ou aigu. Tantôt ce sont des symptômes locaux qui apparaissent les premiers : fatigue musculaire, douleurs vagues dans la nuque, courbature, lombago, pleurodynie, douleurs localisées aux membres et en particulier aux extrémités.

Tantôt ce sont, au contraire, des accidents d'ordre général qui ouvrent la scène : fièvre, angine, albuminurie.

1° La *fièvre* peut s'élever dès les premiers jours à 39 degrés et rester à ce niveau avec de petites oscillations.

2° L'*angine* s'observe assez fréquemment, dans un tiers des cas environ. Elle a été invoquée en faveur de la nature infectieuse du rhumatisme articulaire aigu. En général bénigne, elle passe inaperçue et ne précède que de deux à trois jours l'apparition de l'arthrite. Elle en est la première manifestation et on la retrouve fréquemment en interrogeant le malade.

L'angine rhumatismale survient brusquement : elle s'accompagne de dysphagie, de douleur à la déglutition, de gonflement des amygdales; une rougeur diffuse couvre le pharynx et les amygdales et la muqueuse apparaît congestionnée et légèrement œdématiée. Cette angine reste le plus souvent rouge. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on peut constater une angine blanchâtre. La tuméfaction ganglionnaire sous-maxillaire est toujours minime.

Cette angine s'accompagne d'une fièvre légère, d'un état d'embarras gastrique, de courbature légère, et l'examen des urines révèle de l'albuminurie.

Pour Lasègue, l'angine rhumatismale est un phénomène constant, mais elle peut revêtir trois formes :

1. Ou bien l'angine est adéquate au rhumatisme;
2. Ou bien elle prédomine sur l'arthropathie;
3. Ou bien, au contraire, elle est insignifiante et si peu accusée qu'elle passe inaperçue le plus souvent.

PÉRIODE D'ÉTAT. — L'arthrite est à ce moment le signe capital.

A. SIGNES LOCAUX. — Toutes les articulations ne sont pas atteintes avec la même *fréquence*. D'une façon générale, on peut dire que les articulations le plus souvent touchées sont celles qui travaillent le plus : genoux, poignets, cou-de-pied, épaule, coude, hanche s'échelonnent ainsi par ordre de fréquence décroissante.

Siège. — D'ailleurs il n'est pas une articulation qui ne puisse être atteinte et l'on a signalé même une forme dans laquelle le rhumatisme se localise spécialement sur les petites articulations comme le fait la goutte : articulations du pied et de la main et traînées synoviales. Mais c'est là une rareté.

Le *nombre* des articulations prises varie suivant la gravité de la maladie. Parfois un grand nombre d'articulations sont atteintes d'emblée, ou le plus souvent successivement en procédant du membre inférieur vers le membre supérieur.

D'ailleurs, l'instabilité, la *mobilité* de l'arthrite constitue un des caractères les plus étonnants de la maladie. Du jour au lendemain, une articulation atteinte peut redevenir complètement libre et plusieurs articulations peuvent être atteintes à leur tour. La *durée* de chaque poussée fluxionnaire dure de quatre à huit jours en moyenne.

L'arthrite rhumatismale présente au clinicien tous les signes des lésions inflammatoires, aiguës, chaudes : douleur, tuméfaction, rougeur, chaleur.

La *douleur* est très vive, atroce parfois au moindre mouvement, se propageant de l'articulation aux gaines synoviales de voisinage. Exagérée par le moindre frôlement, la moindre palpation, le moindre mouvement spontané. Le poids des couvertures est souvent intolérable. Aussi les malades placent-ils leurs membres dans l'immobilité la plus absolue, à l'abri de tout ébranlement, les membres en demi-flexion et dans l'attitude de relâchement le plus complet des muscles et des capsules articulaires. Le malade apparaît couché dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies, sur les cuisses et les cuisses fléchies sur le bassin, en rotation externe. Les bras sont écartés du tronc, l'avant-bras un peu fléchi et les mains posées à plat. En somme, c'est l'attitude de relâchement qui met au repos les ligaments, les capsules articulaires, les parties fibreuses riches en nerfs des articulations atteintes. Mais les gaines synoviales sont peu touchées et peu douloureuses. Fait plus étonnant encore, on peut, si l'on agit avec douceur et précaution, mouvoir le membre atteint facilement et sans douleur, si le relâchement musculaire est complet (signe de Lasègue). Ceci prouve que la douleur n'est pas intraarticulaire, mais périarticulaire et capsulaire.

La *chaleur* des membres atteints est augmentée légèrement d'un demi à un degré au plus.

La *rougeur* des téguments correspond aux limites de la synoviale malade. Plaques rosées marquées surtout au niveau de la face de l'extension des articulations.

La *tuméfaction*, proportionnée à l'intensité de l'arthrite, est diffuse; les téguments sont tendus, luisants, gonflés. Enfin, on peut noter certains troubles de la sensibilité cutanée autour de l'articulation malade.

B. SIGNES GÉNÉRAUX. — Les signes généraux sont constants :

1° La *fièvre* est d'intensité variable et se trouve en rapport avec le nombre et la gravité des fluxions articulaires et des complications viscérales intercurrentes.

Il est très rare qu'elle atteigne le premier jour 39°5 ou 40 degrés, mais elle s'élève graduellement, atteint son maximum à la fin du premier septenaire. En général, toute exacerbation fébrile au cours de la maladie traduit des poussées articulaires successives ou l'apparition de complications viscérales.

Une température élevée, sans rémissions matinales, indique un rhumatisme très grave avec complications cérébrales.

En général, la fièvre revêt le type continu avec des rémissions matinales de 1 à 2 degrés. Plus les oscillations sont larges et étendues, moins la fièvre élevée le soir a de signification fâcheuse pour le pronostic.

2° Le *pouls* bat à 90-100, ample, souvent dicrote, mais parallèle à la température. Pendant la convalescence le pouls reste fréquent, sans amplitude assez longtemps.

3° On note aussi des *sueurs* abondantes, caractéristiques. Le plus souvent elles débutent précocement et ne présentent pas le caractère critique comme à la fin de la pneumonie. Elles n'amènent aucune sédation dans l'état général. Elles ont une odeur forte, aigrelette, acide même. Par leur abondance les sueurs irritent la peau et sont le point de départ d'éruptions miliaires, de sudamina.

(*A suivre.*)

Der funktionnelle Bau des menschlichen Herzens, von KOCH. — Preis (freibleidend) derzeit : geb, mk 2322; geh., mk. 1620. — Berlin und Wien, Verlag von Urban & Schwarzenberg.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PPRIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



OISE. A VENDRE AUX ENCHÈRES, après décès, en l'étude de Me TOUSSAINT, notaire à Beauvais, le lundi 23 octobre 1922 : 1° à 14 h., **Bonne et ancienne Pharmacie**, connue sous le nom de « **PHARMACIE DU PROGRÈS** », à Beauvais, centre de ville; mise à prix : 40.000 francs; — 2° à 15 h., EXPLOITATION ET FABRICATION DES SPÉCIALITÉS « O. COURIER »; mise à prix : 12.000 francs. — Baux avantageux. — Paiement comptant. S'adresser à Me TOUSSAINT.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Weill-Hallé, Laignel-Lavastine, Lesné, Dufour, Crouzon, Sainton, Lœper, Josué, Robineau, qui acceptent; Parmentier, Vaquez, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Picot, Sauvé, Courcoux, M.-P. Weil, Thiroloix, Mondor, Ecalle, Comte, Legry, Walther, Coutelas et Lemaire.

— CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR (*Médecine*). — Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1922-1923), aura lieu le lundi 15 janvier 1923, à 16 heures à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du 20 novembre au 2 décembre 1922 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au bureau du Service de santé, au plus tard, le samedi 2 décembre 1922, à 17 heures, dernier délai.

Chirurgie et accouchement. — Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1922-1923), aura lieu le jeudi 18 janvier 1923, à 16 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration tous les jours, de 14 heures à 17 heures, du 20 novembre au 2 décembre 1922 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au bureau du Service de santé, au plus tard le samedi 2 décembre 1922, à 17 heures, dernier délai.

— PRIX CIVIALE. — Un concours est ouvert en 1922, entre les internes titulaires ou provisoires en médecine, pour l'attribution du prix fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (Bureau du service de santé) avant le 4 décembre 1922, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Pathologie. — Séance du 10 octobre. — Question donnée : « Symptômes et complications du mal de Pott dorso-lombaire. »

MM. Magloire, 15 1/2; Kyriaco et Lang, 16; Lecoconnier, 15; Lefas, 10; Loevenbrück, 16; Larsonneur, 14; Lersch, 12; Lafitte, 15; Lebecq et Lhopitallier, 16; Longuet, 12 1/2; Malpart, 15; Marcovici, 13; Le Buanec, 18; Lelièvre, 15; Mantion, 12.

Séance du 11 octobre. — Question donnée : « Signes de la grossesse au sixième mois. »

MM. Leroy (Gustave), 13; Le François, 16; Lignères et Lechertier, 13; Maillard, 10; Liège, 14 1/2; Mlles Latil, 15 1/2; Lefilliâtre, 17; MM. Leclerc, 13; Maksud, 16; Le Guet, 16 1/2; Lacaille, 10; Mlle. Lechopier, 17 1/2; MM. Leroy (René), 15; de Langenhagen, 16 1/2; Maraval, 13 1/2; Maire, 15; Macasdar, 16; Laborde (Marie), 11.

Anatomie. — Séance du 9 octobre. — Question donnée : « Tronc de l'artère sous-clavière droite. »

MM. Grandrie et Cohen-Solal, 14; Héraud, 16; Mlle Huguet et MM. Hubner, 13 1/2; Hussenstein et Grenaud, 17; Henri, 16; Clupot, 14 1/2; Hude, 14; Evreniadès, 13; Cantacuzène, 15; Jouanneau (Marcel), 14; Gouyen, 18 1/2; Houzeau, 17; Coquillon et Mlle Goldberg, 8; M. Grenet, 10.

Séance du 10 octobre. — Question donnée : « Muscle diaphragme. Insertion. Orifices. Innervation. »

MM. Flora, 12; Grammont, 13; Guilmard, 15; Gaston (René), 16; Jeantet, 15; Bordier, 10; Anglade, 16; Barzilaï, 18; Mme Amiot, 16; MM. Bourgeois (Claude), 12; Ardouin, 15; Anchel, 17 1/2; Bouquet, 14 1/2; Amaraggi, 11; Bonnet, 9; Bertrand (Pierre), 14 1/2.

Séance du 11 octobre. — Question donnée : « Canal crural. »

MM. Bocquentin, 13; Boëlle, de Berotte et Boccard, 8; Aujay, 12; Bardin (Ferdinand), 14; Armynot du Châtelet et Arnon, 8; Behal, 15; Breton (René), 12; Berny, 15; Benoist, 16; Bourgois (Amable), 18; Arion, 8; Auclair (Jean), 17; Bernard, 16.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Le concours qui devait s'ouvrir le 2 avril 1923 devant la Faculté de médecine de Montpellier pour l'emploi de suppléant de physiologie à l'Ecole de médecine de Marseille, est reporté au 9 du même mois.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Décret sur les sanatoriums publics. — Le *Journal officiel* du 11 octobre 1922 publie le décret suivant :

« Article premier. — Dans les sanatoriums publics comprenant un nombre de lits de malades supérieur à 100, le médecin directeur sera assisté d'un ou plusieurs médecins adjoints dans la proportion établie à l'article suivant. Exceptionnellement, ce chiffre de 100 pourra être abaissé à 70 par décision du ministre de l'Hygiène, sur demande du médecin directeur et proposition du préfet.

Art. 2. — Le nombre des médecins adjoints est fixé ainsi qu'il suit :

Un médecin adjoint pour les sanatoriums ayant de 101 à 150 lits ou de 71 à 150 lits (dans le cas prévu au deuxième alinéa de l'article précédent) ;

Un médecin adjoint par 100 lits de malades ou fraction de 100 (supérieure à 50) en sus de 150 ;

Exceptionnellement, cette proportion pourra être augmentée, sur décision du ministre de l'Hygiène, pour les établissements spécialisés en vue du traitement des malades atteints de tuberculoses chirurgicales ou nécessitant des interventions ou des soins spéciaux.

Art. 3. — Les classes et traitements des médecins directeurs sont fixés ainsi qu'il suit :

Première classe..........	16.000 francs
Deuxième classe.........	15.000 —
Troisième classe.........	14.000 —
Quatrième classe	13.000 —
Cinquième classe........	12.000 —

Les classes et traitements des médecins adjoints sont fixés ainsi qu'il suit :

Première classe..........	11.000 francs
Deuxième classe..........	10.000 —
Troisième classe.........	9.000 —
Quatrième classe.........	8.000 —

Les traitements seront payés sur le budget de l'établissement.

Art. 4. — En cas de maladie dûment constatée, les médecins des sanatoriums peuvent être autorisés à conserver l'intégralité de leur traitement pendant un temps qui ne peut excéder trois mois. Pendant les trois mois suivants, ils peuvent obtenir un congé avec la retenue de la moitié au moins et des deux tiers au plus de leur traitement.

A l'expiration du semestre, si l'intéressé n'a pas repris ses fonctions, il pourra être mis en disponibilité sans traitement, sur avis conforme de la Commission prévue à l'article 28 du décret du 10 août 1920. Sa réintégration ne pourra avoir lieu qu'après accomplissement des mêmes formalités et dans la limite des emplois disponibles.

Art. 5. — Les médecins des sanatoriums publics bénéficient gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage. Ils ont la faculté d'utiliser, à titre onéreux et au prix de revient, pour eux et leur famille le ravitaillement ordinaire de l'établissement.

Au cas où le sanatorium ne disposerait pas de logements suffisants pour les médecins, il leur sera alloué une indemnité représentative, dont le chiffre sera fixé par le préfet après avis de la commission de surveillance ou sur proposition de la commission administrative, sans qu'il puisse dépasser le huitième du traitement.

Art. 6. — Aucune indemnité, aucun avantage accessoire de quelque nature que ce soit, autres que ceux prévus au présent décret ne pourra être attribué aux médecins des sanatoriums sur les fonds de l'Etat ou des établissements publics de l'Etat recevant des subventions du budget général, que dans les limites et conditions fixées par un décret contresigné par le mintstre des Finances et publié au *Journal officiel*.

Art. 7. — Les médecins des sanatoriums publics pourront être admis à se constituer une pension dans les conditions régulièrement prévues pour le personnel employé par la collectivité locale ou l'établissement public qui assure la gestion du sanatorium auquel ils sont attachés. Cette admission sera prononcée par le représentant de la collectivité ou de l'établissement public intéressé, après avis de l'assemblée locale s'il y a lieu.

Les conditions suivant lesquelles une pension de retraite devra être constituée au profit des médecins qui ne pourront être affiliés à un régime particulier, ainsi qu'il est ci-dessus prévu, et notamment des médecius attachés aux sanatoriums directement gérés par l'Etat, seront déterminées conformément aux dispositions de l'article 10, paragraphes 3 et 4, de la loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières, par un décret contresigné par le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, le ministre du Travail et le ministrte des Finances. »

SYNDICAT GÉNÉRAL DES MÉDECINS DES STATIONS THERMALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE. — La prochaine réunion du Syndicat général aura lieu les premiers jours de novembre à Paris. En raison des résolutions qu'il y aura à prendre et de l'action commune qui doit être réalisée avec l'Union des syndicats, nous prions nos confrères de vouloir bien faire régulariser leur adresse afin que les convocations puissent les toucher en temps utile. Le bureau du Syndicat adresse un pressant appel à tous les confrères des stations thermales et climatiques afin qu'ils envoient, sans retard, leur adhésion au président, M. Durand-Fardel, 164, rue de Courcelles, Paris.

Toute demande d'affiliation au Syndicat général doit, autant que possible, être accompagnée du nom de deux parrains exerçant également dans la même station.

Pour toute autre demande de renseignements, s'adresser au secrétaire général, M. Molinery, 30, avenue Sainte-Marie, Saint-Mandé (Seine).

LA RÉCEPTION DU PROFESSEUR CASTRO. — Le professeur Castro (de Rio-de-Janeiro) a été reçu mardi à quatre heures dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine par M. le doyen, en présence de M. l'ambassadeur du Brésil, de M. le vice-recteur de l'Académie de Paris, de professeurs, de membres de l'Académie et de nombreux étudiants.

On sait que M. Castro a conquis une grande notoriété en neurologie et dans l'étude des maladies de la nutrition. Aussi attendait-on, avec quelque curiosité, la conférence qu'il devait faire sur les *dystrophies* mono et pluri-glandulaires.

M. le doyen, après lui avoir souhaité la bienvenue, lui a donné la parole.

M. Castro, dans une exposition très claire et en parfait français, a d'abord rendu hommage à ses maîtres français, surtout au professeur Pierre Marie dont il a suivi les cours à la Salpêtrière; puis il a résumé les travaux les plus récents sur cette question des glandes à sécrétion interne.

Au cours de son allocution, il a adressé un tribut de reconnaissances aux maîtres français qui ont été faire des conférences au Brésil.

La séance s'est terminée par une série de très intéressantes projections.

Le succès de M. Castro a été très vif et très légitime.

A. B.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec un vif regret la mort de notre confrère Paul-Henri Lucas-Championnière, croix de guerre, qui a été victime d'un accident d'automobile. Nous adressons à sa famille l'expression de notre bien douloureuse sympathie ; — et celles de MM. les docteurs Paul Barbet (de Lyon), du Cazal (de Clermont-Ferrand), G. Luneau (de Nantes).

REVUE GÉNÉRALE

LES SYNDROMES MÉDIASTINAUX

Par le docteur Pierre ANTONIN (de Marseille).

Le médiastin est la partie moyenne de la cavité thoracique. C'est l'espace compris entre les deux poumons d'une part, et entre le rachis et le sternum d'autre part. Il renferme des organes d'une très grande importance. On y trouve le cœur avec les gros vaisseaux de la base, les bronches et la trachée avec les groupes ganglionnaires qui les entourent, l'œsophage, les restes du thymus, les nerfs grand sympathique, pneumogastrique, récurrents, phrénique et leurs rameaux.

Les anatomistes ont, d'une façon très arbitraire, distingué un médiastin antérieur et un médiastin postérieur, séparés par un plan fictif passant par les grosses bronches et la trachée. Il serait plus clinique, nous le vérifierons par la suite, de distinguer un médiastin supérieur et un médiastin inférieur. Schématiquement, on peut dire qu'en haut se trouvent les gros conduits aériens et surtout les ganglions trachéo-bronchiques, en bas le cœur, le péricarde et les gros vaisseaux.

Ces différents organes risquent d'être refoulés, comprimés ou altérés par les tumeurs, les adénopathies, les adhérences cicatricielles qui se constituent dans cette région. Ce sont ces phénomènes de compression dépendant uniquement du siège et du volume de la lésion, et non de sa nature histologique qui déterminent un ensemble de symptômes constituant le syndrome médiastinal.

Mais les organes que renferme le médiastin sont si nombreux que le syndrome médiastinal comporte une symptomatologie très riche. Fort heureusement, les organes ne sont jamais tous touchés, aussi le syndrome médiastinal n'est-il jamais au complet.

Nous n'allons pas moins essayer de faire, uniquement pour classer les idées, une description d'ensemble du syndrome médiastinal, puis nous étudierons une série de formes cliniques, basées surtout sur l'étiologie.

I. **Le syndrome médiastinal.** — 1. Troubles fonctionnels. — La plupart des troubles fonctionnels que nous observons sont dus à la compression des organes. Ce sont surtout les vaisseaux veineux, plus faciles à affaisser, qui sont tout d'abord atteints.

La compression de la veine cave supérieure se traduit par de la stase sanguine, de la cyanose, puis par de l'œdème au niveau de la tête, des membres supérieurs et de la partie supérieure du thorax. Souvent les veines superficielles sont dilatées. Quand l'œdème et la dilatation des veines s'associent, la base du cou s'empâte et offre l'aspect classique du « cou en pèlerine ». Les crises de cyanose sont alors fréquentes.

La compression des veines pulmonaires peut donner lieu à de l'œdème pulmonaire, à une congestion passive des poumons, assez souvent à de l'hydrothorax. Dans ces cas-là, les hémoptysies ne sont point rares.

La compression isolée de la grande veine azygos pourrait déterminer un hydrothorax limité à droite et exceptionnellement des hémoptysies.

Si les artères offrent aux agents de compression des parois plus résistantes que les troncs veineux, elles n'en sont pas moins fort souvent atteintes. Si l'artère pulmonaire, dont les parois sont assez minces, est souvent rétrécie, par contre l'aorte est plus fréquemment déplacée. C'est ainsi que l'aorte soulevée, peut être sentie en arrière du sternum. La compression de l'aorte entraîne la petitesse du pouls dans les artères qui en émanent.

Quand l'artère sous-clavière ou le tronc brachio-céphalique sont comprimés, on peut constater, dans le côté correspondant, une diminution de l'amplitude du pouls radial. On a observé aussi le pouls paradoxal, qui diminue d'ampleur ou même disparaît à chaque inspiration.

A côté de ces signes de compression vasculaire, il faut citer les symptômes traduisant une compression de la trachée et des bronches. La compression de ces organes peut d'abord produire une dyspnée habituelle qui s'exagère au moindre effort, pendant les jeux et les mouvements. Elle peut, chez les enfants, donner lieu à un sifflement inspiratoire auquel Empis a donné le nom de « cornage broncho-trachéal ». Si la compression trachéo-bronchique est très marquée, elle provoque un cornage, parfois un tirage sus-sternal, sus-claviculaire, intercostal supérieur et épigastrique. Il se produit aussi une diminution de l'expansion thoracique à chaque inspiration du côté de la bronche comprimée, diminution appréciable à la vue et au palper.

Les troncs nerveux qui traversent le médiastin sont trop importants pour que leur compression ne détermine pas une riche symptomatologie :

La compression du pneumogastrique détermine une toux spasmodique, violente, sèche, pénible, rauque, quinteuse, appelée toux coqueluchoïde. Il n'y a pas de reprises, de chant du coq, ni d'expectoration finale. La dyspnée d'effort n'est pas ici constante, par contre, on observe fréquemment une dyspnée paroxystique survenant sans cause apparente. C'est une véritable dyspnée asthmatiforme. La compression du pneumogastrique provoque encore des accès d'angine de poitrine par névralgie du plexus cardiaque. On peut observer des bradycardies et des tachycardies paroxystiques.

La compression des récurrents se manifeste par des symptômes importants. Tout d'abord l'irritation d'un seul récurrent et, en particulier, du récurrent gauche, peut provoquer du spasme glottique, et des accès terribles de dyspnée avec paroxysmes nocturnes. La paralysie des récurrents se traduit par des modifications de la voix : celle-ci est voilée, enrouée, rauque, parfois éteinte; à ces risques peut succéder une aphonie légère, passagère, intermittente.

La compression des nerfs phréniques se traduit par une névralgie diaphragmatique s'accompagnant de dyspnée et de hoquet.

Le grand sympathique qui, étant recouvert par la plèvre, ne fait pas partie anatomiquement du médiastin, peut être comprimé par une lésion médiastinale et, à ce titre, les signes de sa compression doivent rentrer dans la description du syndrome médiastinal.

La compression du grand sympathique donne lieu à de l'inégalité pupillaire; nous verrons plus tard l'importance de ce signe. Cette inégalité pupillaire est simple, ne s'accompagnant ni d'altération des réflexes, ni de troubles de la vision.

La compression des nerfs intercostaux se mani-

feste par des névralgies intercostales très rebelles avec irradiation douloureuse dans les bras.

Le dernier organe du médiastin dont nous n'avons pas encore parlé, l'œsophage, peut, lui aussi, être comprimé. On observe alors de la dysphagie, ce signe pouvant être permanent et continu, ou tout au contraire intermittent et paroxystique.

Tels sont les principaux signes fonctionnels du syndrome médiastinal. Il faut surtout retenir l'œdème, la cyanose, la dyspnée, la toux coqueluchoïde, les troubles de la phonation, la dysphagie, l'inégalité pupillaire.

Passons maintenant à l'étude des signes physiques :

2. SIGNES PHYSIQUES. — L'inspection en dehors de l'œdème et de la cyanose, peut révéler une voussure plus ou moins importante de la première pièce du sternum ; on peut observer également une rétraction unilatérale de la paroi thoracique.

La palpation peut révéler l'existence d'adénite sous-axillaire ou de micropolyadénie. Dans l'espace interscapulo-vertébral, on peut observer l'augmentation des vibrations.

La percussion peut montrer des zones de matité et de sonorité. La matité s'observe surtout dans la région rétrosternale supérieure et en arrière dans l'espace interscapulo-vertébral à la hauteur des IIe, IIIe et IVe vertèbres dorsales.

L'auscultation permet d'observer l'abolition du murmure vésiculaire dans une région où par ailleurs la sonorité est normale. (C'est un signe important sur lequel nous reviendrons.) Le bruit respiratoire peut être aussi fort retentissant ; on peut entendre le gros ronchus décrit par Rilliet et Barthez. Le souffle bronchique, la bronchophonie, la pectoriloquie aphone, le signe de la transonance sterno-vertébrale, le bruit veineux du rouet peuvent être entendus. Nous n'insistons pas sur tous ces signes que nous décrirons en détail à propos des formes cliniques.

Enfin, l'examen radiologique, en fournissant des données exactes sur les dimensions et la forme de l'ombre cardiaque et de l'ombre aortique, en montrant la présence anormale d'ombres plus ou moins nettes dans l'espace clair médian, complètera le diagnostic et permettra souvent, à lui seul, un diagnostic étiologique. Nous y reviendrons donc tout à l'heure.

3. PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Tels sont, très sommairement exposés, les principaux signes qui font partie du syndrome médiastinal. Il est classique de considérer tous ces troubles, ainsi que nous l'avons fait jusqu'à maintenant, comme des symptômes de compression. Il est certain que la cage thoracique n'est extensible que dans certaines limites. Cependant, nous savons, les épanchements pleuraux en sont la preuve, que les poumons peuvent supporter une compression assez considérable sans déterminer une dyspnée bien vive.

En cas d'épanchement pleural abondant, les organes du médiastin eux-mêmes sont souvent non seulement comprimés mais déplacés, et pourtant les troubles fonctionnels ne prennent pas l'ampleur des troubles engendrés par un syndrome médiastinal typique.

« C'est qu'en effet, si on en croit Achard (1), ni la compression, ni le déplacement des organes ne paraissent jouer le principal rôle. Ce n'est pas une action purement mécanique qui intervient, mais une action irritative, une inflammation propagée, inflammation le plus souvent lente et subaiguë, une médiastinite chronique développée autour des lésions ganglionnaires, vasculaires, péricardiques.

Ces quelques considérations de physiologie pathologique nous conduisent à envisager la question des formes étiologiques du syndrome médiastinal.

(1) ACHARD. Tumeur du médiastin, *Journ. des prat.*, 2 avril 1921.

II. **Formes cliniques**. — Trois grandes causes sont à l'origine du syndrome médiastinal : la syphilis, la tuberculose et le cancer.

A. LES MÉDIASTINITES SYPHILITIQUES. — Les médiastiniques syphilitiques n'ont pas toujours eu dans la littérature médicale la place qui leur convenait. D'après Lian qui s'est occupé avec intérêt de la question, « la notion nette de l'existence de la médiastinite syphylitique date seulement de 1906 ». Ensuite furent publiés un certain nombre de cas : Barth (1), Sergent (2), Thiroloix et Miginiac (3), Dieulafoy (4), Oulmont (5), Babonneix et Baron (6), Nobécourt et Paisseau (7), Hutinel (8), Lambour (9). En 1912, Lian et Baron (10) publiaient dans le *Paris médical* et dans le *Progrès médical*, de fort importantes revues générales auxquelles nous avons fait de larges emprunts. Lian a, en outre, inspiré la thèse de Sébillote (11). Enfin, dans son article sur les affections du médiastin, dans le *Traité* de Gilbert et Carnot, le professeur Boinet a su accorder aux médiastinites syphilitiques la place qui convenait.

La médiastinite chronique provoquée par la syphilis a la forme d'une masse fibro-adipeuse qui siège surtout à la partie antérieure et supérieure du médiastin, au-devant du péricarde et de l'origine des gros vaisseaux.

Thiroloix et Miginiac auraient trouvé de véritables gommes à la période initiale d'une médiastinite syphilitique.

Ce qui frappe surtout, à l'autopsie d'un sujet ayant succombé à une médiastinite syphilitique, c'est l'état de la veine cave supérieure. Son volume est diminué ; ses tuniques sont souvent fusionnées avec le tissu fibreux médiastinal. La portion péricardique de la veine échappant à la compression, l'origine du vaisseau prend une forme conique. La veine peut être oblitérée par un caillot organisé, elle peut être transformée en un cordon fibreux.

La veine cave supérieure n'est pas le seul organe touché. Les troncs veineux brachio-céphaliques peuvent être également oblitérés, la thrombo-phlé-

(1) BARTH. *Soc. méd. des hôpit.*, 9 fév. 1906.

(2) SERGENT. *Syphilis et tuberculose*, 1907, Masson, édit. ; — La médiastinite syphilitique considérée dans ses rapports avec l'anévrisme de l'aorte, *Presse méd.*, 3 juillet 1912 ; — La médiastinite chronique considérée dans ses rapports avec la tuberculose, *Presse méd.*, 1912, p. 652-655.

(3) THIROLOIX et MIGINIAC. *Soc. méd. des hôpit.*, juin 1910.

(4) DIEULAFOY. *Presse méd.*, 30 nov. 1910.

(5) OULMONT et DELORD. *Soc. méd. des hôpit.*, 7 juin 1912.

(6) BABONNEIX et BARON. *Gaz. des hôpit.*, 1912.

(7) NOBÉCOURT et PAISSEAU. *Soc. méd. des hôpit.*, 16 déc. 1910.

(8) HUTINEL. Médiastinites chroniques. *Bull. méd.*, 23 et 30 août 1911.

(9) LAMBOUR. Etude sur la médiastinite chronique chez l'enfant, *Th. de Paris*, 1911.

(10) LIAN et BARON. Des médiastinites syphilitiques, *Progrès méd.*, 9 et 16 nov. 1912 ; — Les médiastinites chroniques, *Paris méd.*, 1912, p. 577-586.

(11) SÉBILLOTE. Contribution à l'étude des médiastinites chroniques. *Th. de Paris*, 1912.

bite des jugulaires peut, elle-même, être observée.

L'aorte est souvent altérée, dilatée; elle peut même être le siège d'un anévrisme. Il y a même parfois fusion des parois de la poche aortique avec la veine cave inférieure.

Les bronches sont assez rarement le siège de lésions scléro-gommeuses; l'œsophage et les nerfs du médiastin peuvent être comprimés ou altérés.

Mais, à côté de ces lésions importantes, la médiastinite syphilitique peut ne se montrer que par une masse fibreuse envahissant le tissu cellulaire du médiastin et n'ayant sur l'état anatomique des organes qu'il contient qu'un retentissement minime.

Aussi, à côté de la médiastinite avec thrombophlébite oblitérante de la veine cave supérieure, devons-nous distinguer en clinique des formes frustes.

Ce sont ces différentes formes que nous étudierons successivement :

a. *La médiastinite avec thrombo-phlébite oblitérante de la veine cave supérieure* peut constituer un syndrome dramatique d'oblitération de la veine cave supérieure qui s'installe soit brusquement, soit le plus souvent en quelques mois ou quelques semaines.

A la période d'état on note en général l'œdème localisé à la moitié supérieure du corps, la cyanose qui l'accompagne, l'apparition d'un lacis veineux à la partie antérieure du thorax.

L'habitus extérieur de ces malades est assez caractéristique : la face est bouffie, la langue elle-même est volumineuse. Le cou est gonflé. Les membres supérieurs et la moitié supérieure du tronc sont le siège d'un œdème qui ne tarde pas à devenir dur et à réaliser une sorte de pachydermie. Souvent le dos n'est pas œdématié.

Les malades accusent toute une série de troubles fonctionnels : céphalée, vertiges, insomnie; on constate de la dyspnée avec accès de suffocation.

Cette période d'état est comme on le voit assez dramatique. Cependant, peu à peu un stade d'adaptation peut se constituer. C'est à ce moment que la circulation complémentaire se rétablit. Même à cette période, le moindre effort détermine chez ces malades de la cyanose, du gonflement des jugulaires, de la dyspnée. A ce stade, la circulation veineuse collatérale, véritable circulation de secours, prend une importance considérable. Lian en a particulièrement bien défini la distribution : elle occupe surtout les deux tiers supérieurs de la partie antérieure du thorax et empiète sur la racine des bras et la base du cou.

La forme clinique que nous venons de décrire est la plus habituelle, mais, ainsi que nous l'avons vu en étudiant l'anatomie pathologique, on peut n'avoir qu'une *thrombo-phlébite d'un tronc veineux brachio-céphalique*. Dans ces cas-là, l'œdème, la cyanose, la circulation collatérale sont limités à une moitié de la face, du cou, du thorax et au membre supérieur correspondant.

Il existe aussi des *formes respiratoires* où des accidents respiratoires résument la scène clinique. On observe une dyspnée formidable s'accentuant au moindre effort et de la toux accompagnée de cornage.

La syphilis envahit rarement le *médiastin inférieur*. Cependant il en existe dans la littérature médicale une observation typique. Elle a été publiée en Allemagne par Schüneman. Dans ce cas-là on a un véritable syndrome d'asystolie hépatique.

Enfin Dieulafoy (1) a publié un cas qu'on pourrait étiqueter *médiastinite syphilitique étendue*, où le malade éprouve d'abord de la céphalée, puis de la dysphagie, puis de la dyspnée avec raucité de la voix, enfin le syndrome d'oblitération de la veine cave supérieure.

b. *Formes frustes.* — Nous en arrivons maintenant aux formes que Lian et Baron ont bien individualisées sous le nom de formes frustes de la médiastinite syphilitique.

Ici le tableau clinique se résume à un ou deux des éléments du syndrome médiastinal : circulation collatérale, accès de suffocation, dysphonie, dysphagie, tachy ou bradycardie. C'est ainsi que Lian avait eu l'occasion d'observer un malade présentant comme seul trouble médiastinal une paralysie recurrentielle gauche. Grâce à des examens radioscopiques répétés, on a pu affirmer qu'il s'agissait d'une médiastinite sans anévrisme, et le traitement mercuriel a fait rétrocéder les troubles de la voix.

Pour déceler ces formes frustes, il faut y songer, et avoir l'attention attirée sur leur existence; il faut ensuite analyser avec une très grande minutie les différents signes cliniques, et, d'après Lian, attacher une grande importance à la répartition de la circulation collatérale.

Il ne sera point inutile de faire appel à la radioscopie; celle-ci montrera dans certains cas une masse opaque refoulant latéralement cœur et gros vaisseaux. Plus souvent on aperçoit simplement une tache sombre non animée de battements élargissant l'ombre cardio-aortique et obscurcissant plus ou moins complètement l'espace clair médian ou rétrocardiaque vu en position oblique.

On pourrait ici chercher aussi certains petits signes de médiastinite, petits signes qui le plus souvent, disons-le tout de suite, sont extrêmement inconstants. On cite la rétraction systolique pluricostale à la région précordiale, le pouls paradoxal de Kusmaul, l'immobilité de la partie inférieure du sternum dans l'inspiration, l'inégalité de la pression artérielle à droite et à gauche.

c. *Formes associées.* — La médiastinite syphilitique peut être associée à une autre lésion de nature syphilitique ou non. C'est ainsi que Gingeot et Sergent ont publié un cas de médiastinite syphilitique avec syphilome trachéo-bronchique. Mais ce qu'on observe surtout, c'est la coexistence d'un *anévrisme de l'aorte* et d'une médiastinite syphilitique.

Dans les anévrismes aortiques, il y a presque toujours une médiastinite péri-aortique concomitante. Aussi une bonne partie des symptômes de compression attribués à l'anévrisme sont le fait de la médiastinite. L'intérêt de cette association est que sous l'influence du traitement antisyphilitique, la médiastinite peut s'améliorer et les symptômes de compression rétrocèdent, tandis que l'anévrisme persiste.

Les signes radiologiques sont intéressants à connaître. D'après G.-F. Thomas (2), dans un grand nombre de cas, les contours de l'aorte permettent, à travers une ombre superposée, de faire la distinction entre un anévrisme et une tumeur du médiastin.

(1) Dieulafoy. Etude sur les médiastinites syphilitiques (*Presse méd.*, 30 nov. 1910.)

(2) G.-F. Thomas. *Tr. Amer. Rœnt. Ray Soc. Surg. Intern. Abstr.*, p. 10. — *Rev. Méd. Intern.*, mai 1914.

Dans d'autres cas, avant le traitement, la radiologie montre une ombre élargie non animée de battements; après l'institution de la thérapeutique antisyphilitique, on voit une ombre aortique nettement pulsatile.

La médiastinite syphilitique peut être aussi associée à d'autres lésions et en particulier à des lésions tuberculeuses. C'est sur cette association que Sergent a particulièrement insisté. Il s'agit de malades qui sont à la fois tuberculeux et syphilitiques, et chez lesquels les signes de compression médiastinale et l'opacité radioscopique rétrocèdent sous l'influence du traitement antisyphilitique. Nobécourt et Paisseau ont vu dans un cas analogue, à l'examen microscopique du tissu scléreux médiastinal, des follicules tuberculeux qui alternaient avec des lésions d'artérite et de péri-artérite d'origine syphilitique.

L'association n'est pas toujours aussi nette et aussi évidente que dans le cas de Nobécourt et Paisseau. Il est des cas où la médiastinite est uniquement syphilitique ou uniquement tuberculeuse, et l'infection, qui n'est pas directement en cause, jouerait alors le rôle de facteur prédisposant.

Diagnostic des médiastinites syphilitiques. — Le diagnostic de ces médiastinites syphilitiques est souvent difficile. Dans quelques cas le diagnostic de syndrome médiastinal s'impose. Dans certaines formes frustes, il faut se baser sur les résultats de l'examen radioscopique, sur l'étude des caractères de la circulation collatérale.

Mais ce qui domine surtout le diagnostic, c'est la recherche de la cause. Disons tout de suite que c'est surtout chez l'adulte que se pose le diagnostic de médiastinite syphilitique; chez l'enfant on pense plutôt à une adénopathie trachéobronchique de nature tuberculeuse; chez le vieillard à une tumeur. Mais cette distinction n'a absolument rien d'absolu. Comme nous le signalerons plus tard, certaines adénopathies chez les enfants peuvent être dues à l'hérédosyphilis.

Même en présence d'un processus aigu, lorsqu'il y a de la température, on doit penser à la médiastinite syphilitique. Sans doute, ces phénomènes aigus orientent davantage l'esprit vers une pleurésie médiastine ou vers un processus tuberculeux aigu, mais il faut savoir qu'un processus syphilitique peut s'accompagner d'une fièvre persistante.

Si les ganglions périphériques sont atteints, si la formule hémo-leucocytaire est troublée, on pourra penser à une lymphadénie médiastinale. Un état général particulièrement défectueux et rapidement déficient fera songer à une tumeur.

Le diagnostic est surtout à faire avec l'anévrisme de l'aorte. Nous l'avons déjà ébauché à propos des formes associées. Si l'ectasie se présente avec une déformation thoracique animée de battements, le diagnostic sera facile. Mais ces cas sont rares. Souvent on n'observe que des compressions bronchiques ou nerveuses. Dans ces cas, le diagnostic est souvent cliniquement impossible, et seuls les rayons X permettent de découvrir la clef du mystère. Il faut savoir que la surélévation de l'aorte, et la perception des battements artériels au-dessus des clavicules, ainsi que l'inégalité des deux pouls, peuvent être le fait d'un syndrome médiastinal dû à une tumeur banale.

C'est surtout pour les formes frustes que le diagnostic nécessite un examen minutieux. Dans ces cas-là, il y a déjà de grandes difficultés pour établir qu'il s'agit d'un syndrome médiastinal. La recherche de la cause est ici aussi difficile que pour les syndromes médiastinaux les plus nets.

B. Les médiastinites tuberculeuses. — Les affections tuberculeuses du médiastin, que nous étudierons maintenant, sont très fréquentes. S'il faut savoir songer à la syphilis, il ne faut pas oublier que la tuberculose reste la cause la plus fréquente susceptible de déclancher un syndrome médiastinal.

Nous étudierons ces formes tuberculeuses successivement chez l'enfant et chez l'adulte.

1. *Médiastinite tuberculeuse chez l'enfant.* — Chez l'enfant, le syndrome médiastinal, en dehors de l'hypertrophie du thymus dont nous dirons un mot plus tard, doit surtout faire penser à l'adénopathie trachéo-bronchique.

Nous ne pouvons présenter, ici, un historique, même vu en raccourci, de ce sujet abondamment étudié. La bibliographie de cette question a été très minutieusement recueillie dans la thèse de Ségard (1). Citons, parmi les travaux les plus marquants, ceux du professeur Hutinel (2), la Revue générale de Babonneix et Brelet (*Gaz. des hôpit.*, 1907), de Grenet (*Paris méd.*, 1911), de Masselot (*Gaz. des hôpit.*, 23 et 30 août 1919), la thèse de Dubourg (3), de Pradal (4), l'article de Maillet (5), de Springer (6), la contribution importante apportée au diagnostic précoce de cette affection par d'Espine (7), par d'Œlsnitz [de Nice] (8). Retenons aussi les travaux de Calmette (9), de Lereboullet, les discussions à la Société médicale des hôpitaux de Paris, en 1913, discussions auxquelles prirent part surtout : Declous, Ribadeau-Dumas, Rist, Ameuille, Léon Bernard (10), les recherches de Sergent (11), les nombreuses publications de Boinet (12).

Parmi les auteurs plus anciens, les noms de Rilliet et Barthez, de Guéneau de Mussy, de Barety doivent être particulièrement mis en évidence.

Au point de vue clinique, les symptômes fonctionnels que nous étudierons tout d'abord ne surviennent, en général, qu'avec des masses ganglionnaires assez marquées.

(1) Ségard. Etude de la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant, *Th. de Paris*, 1913; — *Revue franç. de méd. et de chir.*, n° 14, 1913.

(2) Hutinel. *Traité des maladies de l'enfance*, t. IV, 1906; — *Revue de la tub.*, 1908, p. 413; — *Arch. de méd. des enf.*, 1909, p. 481; — *Revue des mal. de l'enf.*, nov. 1905; — *Gaz. des hôpit.*, 2 fév. 1911; — *Bull. méd.*, 13 juillet 1912, p. 683; — *Revue de la tub.*, 2e série, t. XI; — *La pédiat. prat.*. 9 janv. 1914.

(3) Dubourg. *Th. de Bordeaux*, 1913.

(4) Pradal. *Th. de Montpellier*, 1913.

(5) Maillet. Les accidents de l'adénopathie trachéo-bronchique, *Arch. de méd. des enf.*, mars 1912.

(6) Springer. *Quinzaine thérapeutique*, 10 juin 1912.

(7) D'Espine. *Acad. de méd*, séance du 29 janv. 1907.

(8) D'Œlsnitz. *Bull. de la Soc. de pédiat.*, juin 1921.

(9) Calmette. *Recherches expérimentales sur la tuberculose*, Paris, 1907; — *L'Infection bacillaire chez l'homme et chez les animaux*, Paris, 1920.

(10) Léon Bernard. Conception actuelle de la tuberculose humaine. Les étapes de la bacillose de Koch, *Presse méd.*, 18 avril 1914; — L'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse de l'adulte, *Paris méd.*, avril 1914; — Leçon clinique à l'hôpital Laënnec, *Ann. de méd.*, fév. 1914.

(11) Sergent. *Etude clinique sur la tuberculose*, 1908-1918.

(12) Boinet. Fréquence de la tuberculose aiguë chez les Sénégalais, *Marseille méd.*, 1918, p. 66; — Tuberculose pulmonaire, formes cliniques de la tuberculose pulmonaire, *Marseille méd.*, 1919; — Adénopathies trachéo-bronchiques, cervico-axillaires, abcès froids costo-sternaux, tuberculose pleuro-pulmonaire et viscérale, péricardite hémorragique chez un Sénégalais, *Marseille méd.*, 1er oct. 1920.

Il est exceptionnel, bien que Barety l'ait signalé, que l'enfant se plaigne d'une douleur rétrosternale ou précordiale. Par contre, la dyspnée est fréquente. Elle s'accentue à l'occasion des efforts et des jeux; elle peut s'accompagner d'un cornage broncho-trachéal remplacé chez le nourrisson par un cornage expiratoire.

L'irritation du nerf récurrent peut déterminer des accès de spasme de la glotte. Parfois la dyspnée paroxystique présente tout à fait les mêmes caractères que l'asthme.

La toux, grâce probablement à la compression et à l'irritation du pneumogastrique, est rauque, spasmodique, quinteuse. Elle prend parfois l'allure coqueluchoïde. Les altérations de la voix sont, par contre, très rares.

On peut observer, ici aussi, des signes dus à la compression de la veine cave supérieure (1) : bouffissure de la face, cyanose, dilatation variqueuse des veines du cou, plus rarement un véritable œdème en pèlerine. La compression des autres vaisseaux : veine pulmonaire, aorte, artère pulmonaire, artère sous-clavière, est exceptionnelle; il en est de même de la compression du nerf phrénique, du grand sympathique et de l'œsophage.

La constatation de tous ces signes fonctionnels doit diriger l'examen vers la recherche de certains signes physiques.

Il s'agit, en général, ainsi que le constate Babonneix, d'enfants ayant une petite taille, un périmètre thoracique faible et une grande pâleur du teint.

On peut voir une diminution de l'expansion du thorax d'un côté, et même une rétraction permanente de la paroi thoracique. Le nombre des respirations est souvent diminué.

A la palpation, on peut, en glissant le doigt dans le creux sus-sternal, sentir quelques ganglions rétrosternaux et trachéaux inférieurs.

La percussion peut, au niveau du manubrium, déterminer de la matité. En arrière, dans la région interscapulaire, Lereboullet a montré que la matité ou la submatité, avec résistance au doigt, le long et immédiatement en dehors de la colonne vertébrale, au niveau des IIIe et IVe vertèbres dorsales, pouvait être un des premiers signes d'adénopathie bronchique.

L'auscultation est surtout utile en arrière. C'est là qu'on entend le mieux le bruit de souffle expiratoire dit bronchique, c'est un souffle qui est tantôt franchement tubaire, tantôt caverneux, parfois amphorique. C'est à cet endroit qu'on perçoit souvent un gros ronchus bruyant, sonore, masquant tout bruit respiratoire.

Le souffle expiratoire peut être accompagné de râles sous-crépitants, prenant, dans quelques cas, l'intensité de véritables gargouillements.

La voix et la toux sont soufflées dans cet espace interscapulovertébral (signe de d'Espine). On peut entendre aussi de la bronchophonie. Si l'enfant est assez grand et assez docile pour parler à voix chuchotée, on entendra le phénomène de la pectoriloquie aphone.

En avant, un stéthoscope placé à la face antérieure du sternum au niveau de la première pièce de cet os permet d'entendre un murmure veineux continu.

(1) M. G. Cany. Circulation collatérale thoracique et adénopathie trachéo-bronchique, *Presse méd.*, 20 déc. 1911.

C'est le signe de Smith (1). Pour bien percevoir ce signe, il faut placer la tête de l'enfant en extension forcée.

Si maintenant on ausculte les autres parties de la cage thoracique, on peut percevoir une diminution du murmure vésiculaire dans toute l'étendue d'un poumon, la sonorité restant normale.

La radioscopie (2) permet, dans les vues antérieures et postérieures, de voir des ombres situées à droite ou à gauche de l'ombre médiane et au-dessus. Leurs contours sont arrondis ou polycycliques. A l'examen latéral oblique, on voit les adénopathies pré et intertrachéo-bronchique dans l'espace clair rétrocardiaque à la hauteur de la 5e ou de la 6e côte, sous la forme d'une ombre irrégulière à contour étoilé. Ces ombres sont du reste difficiles à voir, car chez les enfants, l'espace clair médian est très étroit et les mouvements respiratoires sont très rapides. La radioscopie n'est donc point un moyen infaillible de diagnostic, mais il n'en est pas moins vrai qu'elle peut rendre de précieux services.

Disons que dans quelques cas, rares du reste chez l'enfant, l'adénopathie bronchique peut être associée à une tuberculose pulmonaire, donnant alors le syndrome décrit par Fernet constitué par l'association de lésions d'un sommet pulmonaire, d'adénopathie et d'engorgement à la base du poumon du même côté.

Ces ganglions trachéo-bronchiques peuvent guérir, c'est-à-dire se scléroser; ils n'en restent pas moins un foyer tuberculeux latent. Ils peuvent ulcérer une bronche et déverser dans les voies aériennes leur contenu caséeux, provoquant souvent des accidents d'asphyxie; ils peuvent perforer une branche de l'artère pulmonaire déterminant alors des hémoptysies inquiétantes; ils peuvent se rompre dans le médiastin et, suivant qu'ils sont isolés ou en communication avec une bronche, déterminer un abcès ou un emphysème médiastinal (3). On a alors l'effacement des espaces intercostaux, la disparition du choc de la pointe, de la sonorité tympanique.

Enfin, les ganglions trachéo-bronchiques ont certainement un rôle important dans la pathogénie des péricardites et des symphyses cardiaques si fréquentes dans l'enfance.

Le *diagnostic* est à faire avec la respiration si bruyante due à l'hypertrophie des végétations adénoïdes ou des amygdales; il est à faire aussi avec l'asthme. La dyspnée pourrait faire penser au spasme de la glotte, à la laryngite striduleuse, voire même au croup. La toux coqueluchoïde rend quelquefois le diagnostic assez difficile avec la coqueluche vraie.

Dans certains cas, l'examen des urines et du

(1) Smith. On the diagnostic of enlarged bronchiales glands in children, *The Lancet*, 2 août 1875; — *On the wasting disease of infants and children*, 1888, p. 319-321. — Rudy. Etude critique du signe de Smith, *Th. de Paris*, 9 juillet 1900. — Breton. Contrôle radioscopique portant sur le signe de Smith, *Th. de Paris*, 1906. — Voir aussi Ségard, *Th. de Paris*, 1913.

(2) Variot. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1907. — Ameuille. Tuberculose du médiastin, in *Traité de médecine* de Sergent. — D'Œlsnitz et Paschetta. *Arch. d'élect. méd.*, 1914. — Méry, Salin, Detré et Girard. *C. R. de la Soc. de biol.*, 9 nov. 1918; — *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 22 mai 1919. — Béclère. Les rayons de Röntgen et le diagnostic des affections thoraciques, *Les Actual. méd.*, 1899-1901. — Tribaudeau. *Th. de Paris*, 1901. — Belot. Adénopathies médiastinés et hilaires, *Congrès du Havre*, 1914.

(3) Gatellier et Barbary. *Soc. méd. des hôpit.*, 9 mars 1917.

cœur s'impose pour éliminer une affection cardiaque ou rénale. La matité antérieure doit être distinguée de la matité triangulaire normale donnée par le thymus.

Il peut être difficile de distinguer sans radioscopie l'adénopathie d'une induration tuberculeuse du sommet du poumon. Dans la tuberculose pulmonaire, l'inspiration est rude, grave, affaiblie ou saccadée; dans l'adénopathie c'est l'expiration qui est soufflante.

Enfin, il faut savoir que la syphilis héréditaire et la leucémie peuvent, de même que la tuberculose, donner des adénopathies trachéo-bronchiques.

L'exploration des autres ganglions, l'examen du sang, les épreuves à la tuberculine pourront trancher le diagnostic.

L'adénopathie trachéo-bronchique ne résume pas toute la question du syndrome médiastinal d'origine tuberculeuse chez l'enfant. Il faut citer la *symphyse cardio-tuberculeuse* (1). Cette tuberculisation du péricarde paraît quelquefois primitive, elle est le plus souvent secondaire à une lésion pleurale, donnant alors le tableau de la *médiastino-pleurite avec asystolie hépatique,* magistralement étudiée par Hutinel.

Au point de vue clinique, la symphyse cardiaque chez l'enfant se révèle rarement par des signes de défaillance cardiaque. Le plus souvent ce sont des accidents viscéraux et particulièrement une augmentation du volume du foie.

Ce sont des enfants maigres, souvent dyspnéiques, toussant et s'essoufflant au moindre effort. Le foie est énorme, le ventre est gros, l'ascite est fréquente. La circulation collatérale abdominale devient apparente. Les extrémités sont froides, les lèvres sont cyanosées. A l'examen du thorax on constate une ondulation de la paroi précordiale, une rétraction systolique de la pointe avec fixité de cette pointe. Le choc précordial est faible; l'auscultation ne révèle pas la présence de souffles, le rythme lui-même n'est souvent pas troublé.

L'*évolution* de cette affection se fait par poussées, la mort peut survenir au cours d'une syncope.

Le *diagnostic* est difficile. Il faut d'abord reconnaître la symphyse cardiaque, et éliminer les affections hépatiques et la péritonite tuberculeuse. Il faut savoir qu'une pleurésie peut être concomittante et ne pas se laisser influencer par cet épanchement pleural; il faut savoir aussi distinguer cette symphyse tuberculeuse de la symphyse rhumatismale.

Les notions fournies par l'étude étiologique, la cutiréaction, la marche de l'affection fixeront le diagnostic.

Citons encore la *médiastino-pleurite avec dextrocardie* par attraction du cœur en raison de la symphyse pleurale droite.

Et nous en arrivons maintenant à l'étude des médiastinites tuberculeuses chez l'adultte.

2° *Médiastinite tuberculeuse chez l'adulte.* — Et tout d'abord, l'adénopathie purement bacillaire, exempte de toute association syphilitique, existe-t-elle chez l'adulte? Rist, Ameuille, Léon Bernard, ont affirmé qu'elle n'existait jamais. Sergent (2) s'est élevé contre une semblable manière de voir et a cité des observations très rigoureuses démontrant que, pour être exceptionnels, les faits n'en sont pas moins évidents.

(1) Voir HUTINEL. *Traité des maladies des enfants*, t. IV; — La Revue générale de BERGÉ dans la *Gaz. des hôpit.*, 1912; — VENOT. *Th. de Paris*, 1897; — l'article de COMBY dans les *Arch. de méd. des enf.*

(2) SERGENT. Le médiastin chez les tuberculeux adultes, *Bull. méd.*, 27 juin 1914.

Cependant chez l'adulte il s'agit surtout d'une médiastinite scléreuse qui peut exister seule ou concuremment avec une adénopathie. L'espace situé entre les deux poumons est rempli par une masse de tissu scléreux très dur; au milieu de cet espace on aperçoit des petites masses crétacées, calcifiées qui sont le témoin d'adénopathie trachéobronchique ancienne. Quelquefois ce tissu scléreux occupe la partie inférieure du médiastin, comprimant le cœur et déterminant souvent des lésions de symphyse cardiaque.

Au point de vue clinique, les médiastinites tuberculeuses de l'adulte ont été divisées en supérieures et inférieures.

Les supérieures se manifestent par des phénomènes de compression de la trachée, des bronches, des vaisseaux artériels et veineux, des nerfs de la région et surtout des récurrents, d'où un tableau clinique sur lequel nous ne revenons pas, et au premier rang duquel se placent les troubles dyspnéiques, le cornage, la toux quinteuse, la voix bitonale, la circulation complémentaire (1).

Il faut insister ici cependant sur un signe assez important qui est l'inégalité pupillaire avec conservation des réflexes à l'accommodation et à la lumière. D'après Sergent (2), ce signe, fréquent dans les affections pleuro-pulmonaires, est lié à l'irritation des filets pupillo-dilatateurs contenus dans les rami communicantes qui, de la moelle, se rendent au troisième ganglion cervical et au premier ganglion dorsal.

La médiastinite inférieure d'origine tuberculeuse est chez l'adulte surtout consécutive à une pleurésie chronique, à la symphyse pleurale. Elle peut s'accompagner ici aussi de congestion hépatique rappelant la forme décrite par Hutinel chez l'enfant, et que nous avons étudiée précédemment. Ici les dextrocardies sont également possibles.

Le *diagnostic* de ces médiastinites tuberculeuses se pose avec les lésions pulmonaires de nature bacillaire dont les signes physiques sont mieux localisés, tandis que les signes fonctionnels sont moins intenses. Il faut surtout les distinguer des médiastinites syphilitiques en se souvenant de la fréquence des associations. La réaction de Wassermann, le résultat du traitement d'épreuve fixeront souvent ce diagnostic étiologique.

C. LES TUMEURS DU MÉDIASTIN. — La troisième affection déterminant le plus souvent le syndrome médiastinal est le cancer. Celui-ci, et sous ce nom nous entendons tous les néoplasmes malins, peut être secondaire (3) à un cancer de l'œsophage, de l'estomac (4) ou du poumon.

Sicard et notre maître le professeur H. Roger (5) (de Marseille) ont publié un cas de tumeur du médiastin développé aux dépens des ganglions trachéobronchiques droits et ayant réalisé un syndrome de compression de la veine cave supérieure : cyanose

(1) PETTENATI. Thrombose de la veine cave supérieure par médiastinite tuberculeuse, *Revista osped Roma*, 1914, p. 877.

(2) SERGENT. *Progrès méd.*, 11 mai 1912.

(3) BELIN. *Th. de Paris*, 1888.

(4) LAUGE. *Th. de Berlin*, 1877.

(5) SICARD et ROGER. Dilatation veineuse thoraco-abdominale et œdème du membre supérieur droit par compression veineuse néoplasique, *Marseille méd.*, 1918, p. 18.

de la face, circulation complémentaire sous-cutanée du tronc (sans œdème en pèlerine) avec, en outre, une compression particulière de la veine sous-clavière droite (œdème considérable du membre supérieur droit). Histologiquement, il s'agissait d'un épithélioma secondaire à un cancer du poumon.

La tumeur peut être aussi primitive, et dans ces cas il s'agit surtout de lymphadénome (1) ou de lymphosarcome (2). Il peut s'agir aussi de tumeurs d'origine thymique (3) se développant tout aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

Outre les signes proprement médiastinaux, le cancer peut ressembler à une pneumopathie chronique. L'expectoration peut présenter quelques caractères spéciaux qui seront particulièrement précieux pour le diagnostic : aspect gelée de groseille, présence de cellules néoplasiques à l'examen microscopique. On peut souvent constater des adénopathies externes.

Mais ce qu'il faut surtout considérer c'est la marche continue des accidents. L'état général s'altère d'une façon rapide et progressive.

A côté des tumeurs malignes, les tumeurs bénignes peuvent déterminer des syndromes médiastinaux. Chez l'enfant il faut songer à l'hypertrophie du thymus (4). Cette hypertrophie se révèle cliniquement par un syndrome médiastinal qui peut être classique, mais aussi, quelquefois, par des accès asthmatiformes qui constituent ce qu'on appelle l'asthme thymique. La percussion révèle au niveau du manubrium une matité triangulaire particulièrement étendue.

A la radioscopie l'ombre radiologique du thymus déborde des deux côtés l'ombre de la colonne vertébrale.

N'oublions pas que la mort subite a été notée dans certaines hypertrophies thymiques (5). Chez l'adulte, le thymus peut s'hypertrophier et déterminer un syndrome de compression dans les différentes affections endocriniennes et plus spécialement au cours du goitre exophtalmique.

Enfin la syphilis et la tuberculose du thymus, affections rares du reste, peuvent déterminer des syndromes médiastinaux.

A côté de ces néoplasies d'origine thymique il faut citer les kystes dermoïdes du médiastin (6), les goitres plongeants, certaines tumeurs parasitaires tels que kystes hydatiques (7), certaines tumeurs bénignes [fibromes, lipomes] (8).

(1) TISSOT. Lymphadénome du médiastin antérieur, *Journ. des praticiens*, 1921, p. 343. — DELESSERT. *Th. de Genève*, 1919.

(2) BERTRAND. *Th. de Paris*, 1884.

(3) LETULLE. Thymus et tumeurs malignes primitives du médiastin, *Arch. gén. de méd.*, 1890, p. 614. — POULAIN. *Soc. anat. de Paris*, 1898, p. 625. — LESIMPLE. *Th. de Paris*, 1893. — AMBROSINÉ. *Th. de Paris*, 1894. — GAUDY et PIÉDELIÈVRE. *Soc. méd. des hôpit.*, 1920.

(4) MARFAN. Rapport à l'*Assoc. franç. de pédiat.*, juillet 1910. — Ph. BOURDILLON. Hypertrophie du thymus, in *Pratique des mal. des enf.*, t. IV, p. 616. — CRUCHET. *Progrès méd.*, 20 août 1910.

(5) Voir les *Th. de Paris* : BEAUTEMPS, 1882 ; PIÉDECOQ, 1894; FARRET, 1896; DUCROT, 1901. — VIBERT. *Ann. d'hyg. et de méd. lég.*, t. XXXIII, 1895, p. 48. — MARFAN. *Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 1894, p. 493 et *Soc. méd. des hôpit.*, 25 mai 1894.

(6) MARFAN. *Gaz. hebdomad.*, n° 33, 1891. — LEBERT. *Mém. de la Soc. de biol.*, t. IV, p. 203, 1892. — BRÉMOND, SIMON et PARROCEL. *Comité méd. des Bouches-du-Rhône*, 19 mai 1922.

(7) Il n'existe que quatre observations probantes : ALIBERT. *Journ. hebdomad. de Paris*, 1828. — SIMON. *Journ. des conn. médico-chir.*, 1840. — RICHTER. *Journ. de chir.*, 1827. — MOLIÈRE. *Soc. des sc. méd. de Lyon*, 1870, p. 27.

(8) LÉOPOLD. *Arch. Int. méd.*, Chicago, 1929, XXVI, 274.

Citons encore, pour être complets, certains abcès vertébraux ayant fusé dans le médiastin et certaines tumeurs osseuses d'origine sternale (1) ou costale pouvant comprimer les organes médiastinaux.

Ces tumeurs même volumineuses peuvent rester latentes et ne se révéler que par une matité sternale particulièrement nette et par une ombre radioscopique spécialement bien limitée.

Elles peuvent provoquer aussi la toux et des accès de suffocation faisant penser à la coqueluche, à la tuberculose pulmonaire, à l'asthme, etc.

Quand elles restent très antérieures, elles ne se traduisent que par des troubles vasculaires; plus profondes, elles déterminent des accès de dyspnée angoissante avec suffocation et raucité de la voix.

La lenteur de l'évolution et la persistance des symptômes font penser à une tumeur bénigne, l'engorgement des ganglions sus-claviculaires est l'indice d'une tumeur maligne.

Dans tous les cas le *diagnostic* est difficile et ne se porte en général que par exclusion. Après avoir éliminé les médiastinites syphilitiques et tuberculeuses, il faut songer aux abcès migrateurs symptomatiques d'ostéites sternales et vertébrales, il faut enfin songer à l'anévrisme aortique.

Les signes laryngés sont surtout le fait d'une ectasie aortique; l'anévrisme de l'aorte présente une voussure, une délimitation moins nette de la matité, un mouvement d'expansion en masse, un souffle tantôt double, tantôt unique, une inégalité fréquente des deux pouls. En outre, à l'inverse des anévrismes, les tumeurs du médiastin n'ont pas de tendance à faire saillie au dehors.

D. LES MÉDIASTINITES RELEVANT D'UNE CAUSE MOINS FRÉQUENTE. — Le rhumatisme articulaire aigu, qui lèse si facilement les séreuses péricardiques et pleurales, peut déterminer une médiastinite chronique bien étudiée par Griesinger et Viusmaul. Au point de vue clinique on a surtout une forme inférieure de médiastinite avec symphyse péricardique. L'évolution vers l'asystolie est de règle.

On a cité quelques cas de collections purulentes médiastinales dues à l'actinomycose; on a incriminé la coqueluche, l'anthracose ganglionnaire, les pneumonies répétées. Parfois enfin l'étiologie est inconnue.

Enfin, en terminant cette étude étiologique du syndrome médiastinal, il nous faut dire un mot des pleurésies médiastinites. Ce sont des pleurésies enkystées souvent d'origine pneumococcique, se développant en général brusquement, déterminant un syndrome médiastinal s'accompagnant de phénomènes généraux : frissons, tachycardie, température. La terminaison se fait souvent par vomique.

Le diagnostic est difficile. Il se fait grâce aux signes de percussion et d'auscultation, à la brusquerie de l'apparition du syndrome et surtout aux résultats de l'examen radioscopique.

III. **Traitement**. — Le traitement des médiastinites tuberculeuses et en particulier des adénopathies trachéobronchiques est le traitement général de la tuberculose : c'est l'hygiène, le régime reconstituant, l'héliothérapie ou mieux encore la cure héliomarine. Dans quelques cas, certains symptômes tels

(1) AIMES et ANTONIN. Les tumeurs malignes du sternum. *Revue internat. de méd. et de chir.*, n° 2, fév. 1920 ; — Les sarcomes du sternum, *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 9 janv. 1920.

que dyspnée et cyanose peuvent nécessiter un traitement symptomatique : belladone, injections d'éther, injections sous-cutanées d'oxygène, voire même trachéotomie.

Il faut surtout chercher à dépister les associations d'origine syphilitique; dans ces cas le traitement spécifique précoce : mercure, arsenic, donneront des résultats et, tout en ne guérissant pas les adénopathies, pourront faire rétrocéder les médiastinites chroniques qui déterminent les symptômes de compression les plus inquiétants.

L'iodure sera réservé aux médiastinites syphilitiques, dans les cas où on sera sûr qu'il n'y a aucune association tuberculeuse.

Ce traitement antisyphilitique pourra être essayé aussi dans les cas d'anévrisme aortique. Si ici aussi, le mercure, l'iodure, l'arsenic sont impuissants à faire rétrocéder l'anévrisme, ils peuvent être actifs contre la médiastinite chronique concomittante et diminuer ainsi l'intensité des symptômes de compression.

Enfin ce traitement antisyphilitique devra encore être employé à titre de traitement d'épreuve, même lorsqu'on soupçonne l'existence d'une tumeur. C'est qu'en effet, en cas de tumeur maligne, le traitement ne saurait souvent être que palliatif.

Dans certaines tumeurs bénignes (kystes dermoïdes), l'extirpation chirurgicale doit être tentée.

Le chirurgien peut encore intervenir efficacement dans certaines médiastino-péricardites en mettant en œuvre l'opération de Brauer.

Brémond (1) a extirpé avec succès un thymus hypertrophié chez un nourrisson.

Enfin la radiothérapie donnera dans le syndrome médiastinal d'intéressantes satisfactions.

L'action des rayons X est souvent utile dans l'adénopathie trachéobronchique d'origine tuberculeuse, dans l'hypertrophie du thymus. Certaines tumeurs malignes ont rétrocédé sous l'influence de la radiothérapie profonde.

Le radium lui aussi peut être employé, mais on se heurte ici à des difficultés de technique qui ne permettent pas toujours d'atteindre la tumeur comme on le désirerait.

Il semble à l'heure actuelle que c'est la radiothérapie profonde qui doit prendre ici le pas sur la radiumthérapie.

En somme, au point de vue thérapeutique, ici plus qu'ailleurs ce sont les agents physiques qui donneront les meilleures satisfactions.

(1) In Boinet. Maladies du médiastin. *Traité de médecine et de thérapeutique* de Gilbert et Carnot, t. XXX, p. 581.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 2 octobre 1922)

Sur le mécanisme de fonctionnement des cellules adipeuses. — M. A. Policard.

Diabète, acide β-oxybutyrique et lévulose. — MM. A. Desgrez, H. Bierry et F. Rathery. Les divers sucres ne sont pas indifféremment interchangeables dans la ration; l'équilibre de l'organisme demeure dans une certaine mesure, conditionné par la structure moléculaire de l'aliment. Il est devenu nécessaire de considérer une spécificité alimentaire, au sens clinique du mot.

L'ingestion de lévulose permet de remédier à certains accidents du métabolisme; son emploi chez le diabétique, en général, fournit un moyen de prévenir et de combattre l'élimination de l'acide β-oxybutyrique. La tolérance hydrocarbonée d'un diabétique étant déterminée, il suffit de faire entrer, pour une part, associé à des phosphates et au facteur B, la lévulose dans la quantité maxima d'hydrates de carbone que le malade peut encore assimiler.

Un nouveau bacille fixateur d'azote. — MM. Georges Truffaut et N. Bezssonoff.

Action sur les microbes du rayonnement secondaire des rayons X. — MM. J. Cluzet, A. Rochaix et Th. Kofman.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 10 octobre 1922)

Un nouveau cas d'électrocution par courant alternatif de 110 volts. — M. V. Balthazard. Tant que les électriciens, depuis les ingénieurs jusqu'aux ouvriers, continueront à nier ou tout au moins à mépriser le danger des courants utilisés pour l'éclairage domestique, il sera difficile d'inciter le public à prendre des précautions et de nouveaux accidents continueront à être observés. La première chose à faire serait donc d'introduire un enseignement sommaire des effets de l'électricité sur l'organisme dans les écoles d'électricité et dans les écoles d'arts et métiers. En attendant il est utile de signaler tous les cas d'électrocution par les courants à basse tension.

La nouvelle observation que nous rapportons concerne un homme, chez qui un court-circuit se produisit, déterminant un commencement d'incendie des papiers peints, qu'il chercha à éteindre par projection d'eau, puis avec une serviette mouillée. N'y ayant pas réussi, il sectionna les fils à l'aide d'une hache. A ce moment survint l'électricien qui avait été prévenu; voulant lui expliquer ce qui s'était produit, l'homme saisit avec la main gauche l'un des fils pendants et tombe électrocuté. Tous soins furent inutiles.

La cause de cette électrocution par un courant de basse tension réside comme toujours dans une diminution de la résistance du corps. L'homme avait en effet les mains mouillées et les semelles des savates qu'il portait s'étaient imbibées d'eau répandue sur le sol pendant les essais d'extinction de l'incendie. Le corps formait ainsi un bon conducteur vers le sol.

Introduction, par voie électrolytique, de doses importantes de cuivre métallique. — M. Doumer (de Lille) montre que l'on peut, sans danger, introduire dans l'organisme, par voie électrolytique des doses de cuivre métallique assez importante. Il a pu ainsi en introduire chez un sujet 100 milligrammes par jour pendant quinze jours consécutifs, chez un autre 50 milligrammes pendant plus de trois mois sans autre dommage que l'aspect bronzé que prennent les parties de la peau exposées à la lumière.

Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. — M. Témoin (de Bourges) fait remarquer que, depuis un certain temps, on semble avoir moins de tendance à recourir à la laparotomie pour le traitement de la péritonite tuberculeuse. Ce n'est plus aujourd'hui qu'un traitement exceptionnel. M. Témoin, s'appuyant sur 300 observations personnelles, pense au contraire que l'intervention chirurgicale est la méthode de choix.

Il y a deux variétés de péritonites tuberculeuses, celles qui sont primitives et celles qui sont secondaires. Pour les premières, M. Témoin a obtenu 80 p. 100 de guérison. Pour les péritonites secondaires, la laparotomie intervient comme un puissant adjuvant au traitement médical.

Comment agit la laparotomie? M. Témoin pense qu'elle exerce une action destructive sur les tubercules par l'action de l'air et de la lumière. Cette action ne s'exerce pas sur le tubercule lui-même, mais bien sur le péritoine, en augmentant considérablement le pouvoir phagocytaire et antituberculeux de la séreuse. Cette action est extrêmement rapide et peu de

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le service de santé de la IIIe armée pendant la bataille de France, par M. le médecin inspecteur général BASSÈRES. In-8 de 282 pages avec 4 cartes et 3 graphiques. — Prix : 10 fr. — Paris, Charles-Lavauzelle et Cie.

La santé et la guerre, cadre actif et de complément, secours auxiliaires, par le docteur P. BOULOUMIÉ. In-8 de 222 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Charles-Lavauzelle et Cie.

temps après l'intervention on ne trouve plus trace de tubercules.

L'action chirurgicale confirme les expériences du laboratoire.

M. Témoin cite, comme exemples, un certain nombre d'observations dans lesquelles la guérison a été très rapide et définitive.

Il croit donc pouvoir conclure de ces faits que la laparotomie, intervention toujours très bénigne, est le traitement de choix de la péritonite tuberculeuse.

Nous avons écouté, avec le plus vif intérêt, la communication de M. Témoin qui confirme l'opinion qu'avec beaucoup d'autres chirurgiens nous soutenons depuis bien longtemps sur les bienfaits de la laparotomie dans ces cas.

L'anhématosie. — M. J. Pescher. Les recherches de ces vingt dernières années relatives à l'entraînement respiratoire ont mis hors de doute l'importance considérable du rôle pathogénique joué par l'insuffisance de la respiration dans la genèse, le développement et le pronostic de la plupart des maladies.

Il importe donc grandement de connaître cette insuffisance; et c'est pourquoi l'évaluation de la capacité vitale, qui, pratiquement, en mesure le degré, devrait, en toutes circonstances, dans l'examen des malades, prendre rang à côté de la percussion et de l'auscultation.

L'insuffisance respiratoire se corrige, avec le maximum de facilité et de résultats, au moyen de l'entraînement gradué, progressif et objectivé qui intéresse les malades en leur montrant, au fur et à mesure, les progrès réalisés.

Cet entraînement double, en trois semaines, la capacité respiratoire des enfants; améliore, en un mois, de 15 à 25 p. 100, la respiration des bronchitiques emphysémateux; augmente rapidement le taux d'urine des cardiopathes ou cardio-rénaux oliguriques. En exaltant l'action naturelle des ferments lypolytiques des poumons, il diminue, d'une manière considérable et en un temps relativement court, la surcharge graisseuse des obèses (observ. du docteur W. Diminution de 40 livres en quatre mois).

Dans l'anhématosie essentielle (insuffisance permanente de respiration par inhibition bulbaire émotive) syndrome morbide d'une fréquence extrême, alors que les autres moyens sont presque de nul effet, l'entraînement objectivé, qui rééduque la respiration sous les yeux du sujet et l'exalte progressivement, donne des résultats constants et durables.

Tuberculose et grossesse. — M. Pinard demande que cette question soit mise à l'ordre du jour.

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau Traité de médecine, publié sous la direction de G.-H. Roger, Fernand Widal, P.-J. Teissier. *Fasc. VI :* **Les Intoxications** (1).

Le fascicule VI du *Nouveau Traité de médecine*, un volume de 500 pages, est tout entier consacré à l'étude des *Intoxications;* si l'on se rappelle qu'il y a vingt-trois ans le *Traité de médecine* de Bouchard et Brissaud n'accordait à cette même étude qu'une centaine de pages, on peut aisément mesurer le chemin parcouru et juger de l'importance des notions nouvellement acquises qui sont aujourd'hui exposées aux lecteurs du *Nouveau Traité de médecine*.

Une belle étude de pathologie générale, de G.-H. Roger, sert en quelque sorte d'introduction. Puis M. Marcel Pinard décrit les *Intoxications par le plomb, le cuivre, le zinc et l'étain.* M. Balthazard étudie ensuite le *Phosphorisme*, l'*Arsenicisme*, l'*Hydrargyrisme* et les *Intoxications par l'oxyde de carbone, le gaz d'éclairags, l'hydrogène sulfuré, le sulfure de carbone et les hydrocarbures*. Puis viennent deux chapitres entièrement nouveaux, l'un de M. Marcel Garnier sur les *Intoxications par l'acide picrique*, l'autre de M. A. Clerc et L. Ramond sur les *Intoxications par les gaz de guerre*.

MM. Triboulet et Roger Mignot étudient ensuite l'*Alcoolisme;* M. Louis Rénon le *Caféisme*, le *Théisme*, l'*Intoxication par le kawa* et le *Tabagisme*. MM. Dupré et Logre donnent une magistrale étude sur les *Intoxications par l'éther, l'opium et la cocaïne*, qui plus que jamais sont à l'ordre du jour. Il faut encore signaler l'intéressante étude de M. Sacquépée sur les *Intoxications d'origine alimentaire*, enfin un dernier chapitre de M. Langeron sur les *Intoxications par les champignons*.

L. G.

(1) Un volume de 506 pages avec 23 figures et 3 planches en couleur. — Prix : 35 fr. — Paris 1922, Masson et Cie.

COURS ET CONFÉRENCES

Maternité de l'hopital Beaujon. — Cours de perfectionnement et de manœuvres obstétricales, sous la direction de M. le docteur Rudaux, accoucheur de l'hôpital Beaujon, assisté de M. le docteur Lemeland, accoucheur des hôpitaux, et de M. le docteur Greder, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire.

Ce cours, destiné aux candidats aux examens d'obstétrique et aux médecins praticiens, aura lieu à la consultation de la Maternité à l'hôpital Beaujon, à partir du 16 octobre 1922, tous les matins à 9 h. 1/4, excepté le mercredi.

Le cours sera de dix leçons et comprendra deux parties :

1° Les élèves assisteront à la consultation et seront individuellement exercés à l'examen des femmes enceintes (palper, auscultation, toucher). Des leçons cliniques seront faites à propos des cas examinés.

2° A l'issue des consultations, les élèves pratiqueront chacun une série de manœuvres obstétricales, chaque opération étant précédée d'un exposé théorique.

Ordre des manœuvres. — 1. Application du forceps sur le sommet en position directe.

2. Application du forceps sur le sommet en positions obliques et antérieures.

3. Application du forceps sur le sommet en positions obliques et postérieures.

4. Application du forceps sur la face et sur le front.

5. Révision des diverses applications du forceps. Considérations générales sur les indications du forceps.

6. La version par manœuvres internes (version séparée).

7. La grande extraction du siège.

8. Extraction après version. Difficultés de l'extraction.

9. Embryotomie céphalique (perforation, cranioclasie, basiotripsie).

10. Embryotomie rachidienne.

Une dernière leçon sera faite, à la fin du cours, sur la conduite à tenir en cas de délivrance pathologique.

Les frais d'inscription sont de 50 francs par élève.

Se faire inscrire à la Maternité de l'hôpital Beaujon, auprès de Mme Chineau, sage-femme en chef.

Cours de pathologie historique (1922-1923). — Institut des Hautes-Etudes de Belgique. — Le docteur Cabanès commencera son cours le mercredi 22 novembre, 65, rue de la Concorde, à Bruxelles; il le continuera les jeudi 23, vendredi 24, lundi 27, mardi 28, mercredi 29 et jeudi 30 novembre.

Le sujet du cours sera cette année : « Les personnages célèbres pris comme types représentatifs d'une maladie : la goutte et les goutteux à travers l'histoire. »

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Année psychologique (*22e année, 1920-1921*), publié par Henri Piéron, professeur à l'Institut de psychologie de l'Université de Paris, directeur du Laboratoire de psychologie physiologique à la Sorbonne. 1 vol. in-8 de la « Bibliothèque de philosophie contemporaine ». — Prix : 40 fr. — Paris, F. Alcan.

L'Orthopédie en clientèle, par J. Privat. 817 pages, 595 figures. — Prix : 25 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.





Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Weill-Hallé, Laignel-Lavastine, Lesné, Crouzon, Sainton, Lœper, Josué, Robineau, Parmentier, Vaquez, Léri.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Composition d'anatomie.* — Question donnée : « Artère poplitée et ses branches (anatomie sans l'histologie ni la physiologie). »

Questions restées dans l'urne : 1° « Capsules surrénales (anatomie et histologie sans la physiologie). »

2° « Vaisseaux de l'utérus (artères, veines et lymphatiques) en dehors de la grossesse (anatomie sans histologie ni physiologie). »

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Pathologie. — Séance du 12 octobre. — Question donnée : « Furoncle de la face. »

MM. Lemaire, 16 1/2; Le Cacheux, 14; Leproust, 15 1/2; Mme July, 18; Mlles Maldan, 17 1/2; Landowski, 16; MM. Lévy (André), 14; Lardat, 15; Larribère, 16; Loeb et Loubry, 16 1/2; Langumier et Lavoipierre, 15.

Séance du 13 octobre. — Question donnée : « Complications de la blennorragie chez l'homme. »

MM. Lacorne, 13; Prioleau, 13 1/2; Mahieu et Priet, 14 1/2; Lacombe et Lacurte, 17; Lacroix, 14; Loussot et Magnien, 17 1/2; Levassot, 15 1/2; Katz, 14; Manouvrier, 16; Le Baron, 17 1/2; Mlles Lamy, 13; Magrah, 15; L'Hoir et M. Maricot, 11.

Anatomie. — Séance du 12 octobre. — Question donnée : « Atlas et axis. »

MM. Baron (François), 14; Berardier, 6; Bernard (André), 4; Mme Borcia, 6; MM. Baugas, 13; Bascou, 6; Bernard (Louis) et Ayzac, 8; Breton (Jacques), 4; Bertrand (Jean), 11; Battesti, 14; Mlle Bronilawski, 16; MM. Boureau, 8; Albot, 16; Barbara, 4; Brion, 15.

— ASSISTANTS DE CONSULTATION. — Un certain nombre de places d'assistants suppléants de consultations de médecine ou de chirurgie générales dans les hôpitaux dépendant de l'Assistance Publique, à Paris, seront vacantes au 1er janvier 1923. Les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris qui désirent être désignés pour exercer ces fonctions sont priés d'adresser leur candidature d'urgence, au bureau du Service de santé de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris.

— ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS DE PARIS. — A l'occasion des épreuves écrites et orales du concours de l'internat, la section de médecine de l'Association générale des étudiants (13, rue de la Bûcherie) et l'Association des externes des hôpitaux publient la liste des candidats sous forme d'un joli carnet.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — SERVICE DES RETRAITES DE DROIT. — Les statuts de ce nouveau service ont été approuvés par arrêté de M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, en date du 23 août 1922. Ce service peut donc recevoir des adhésions.

S'adresser au siège de l'Association : 5, rue de Surène, Paris (8e).

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — La séance solennelle de la Société centrale de médecine vétérinaire, aura lieu le jeudi 19 octobre 1922, à 3 heures, au siège de la Société, 12, rue de Seine, 6e.

Ordre du jour. — Allocution de M. le professeur Coquot, président; éloge du professeur Trasbot, par M. le professeur G. Moussu ; compte rendu général des concours, par M. Chrétien, secrétaire annuel.

Le Professeur RÉNON.

C'est avec un profond regret que nous apprenons sa mort à cinquante-neuf ans, après une longue maladie, peu de temps après que, par un labeur obstiné, il était arrivé aux plus hauts grades de notre profession.

Ancien interne des hôpitaux, élève de Dieulafoy, il fut nommé médecin des hôpitaux en 1897, profeseur agrégé, le premier de sa promotion, en 1901, professeur de pathologie interne en 1920 et membre de l'Académie de médecine, à la presque unanimité des suffrages, en 1921.

Il avait été plusieurs fois lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Président de la Société de thérapeutique, vice-président de la Société de biologie, il était officier de la Légion d'honneur.

Rénon s'était déjà acquis une réelle notoriété, dès le début de sa carrière, par des travaux et des conférences très remarqués sur diverses questions de médecine sociale. Dès cette époque on prévoyait pour lui un bel avenir scientifique. Il a amplement justifié cette prévision, et, jeune encore, il était devenu un des consultants les plus appréciés.

Aux traditions d'une bonne et saine clinique, il n'avait pas manqué d'associer les recherches les plus modernes du laboratoire.

Sous un aspect un peu froid, il se montrait un confrère aimable et bienveillant et tous ceux qui l'ont approché ont pu apprécier sa parfaite probité scientifique, sa grande honorabilité professionnelle, la conscience avec laquelle il remplissait ses fonctions professorales.

Sa mort est une perte pour la Faculté de médecine de Paris.

Nous adressons à sa famille nos plus douloureuses sympathies.

A. BROCHIN.

CHRONIQUE

SÉANCE D'OUVERTURE DU XVIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

C'est devant une très nombreuse assistance que s'est ouvert jeudi dernier, à neuf heures du matin dans le grand amphithéâtre de la Faculté, le XVe Congrès français de médecine. M. Léon Bérard, ministre de l'Instruction publique et M. Strauss, ministre de l'Hygiène, présidaient cette cérémonie.

Aux côtés de M. le professeur F. Widal, président du Congrès, avaient pris place M. le président du Conseil municipal, M. Appel, recteur de l'Université ; MM. Roger, doyen de la Faculté ; Behal, président de l'Académie de médecine; les médecins inspecteurs généraux Vincent, Toubert et Rouget; les professeurs Chauffard, Bard (de Strasbourg), Henrijean (de Liége), anciens présidents du Congrès, etc.

M. le professeur F. Widal prit le premier la parole.

Après avoir rappelé que, après une interruption de huit années, le Congrès français de médecine avait repris le cours de ses travaux il y a deux ans à Bruxelles, puis l'an dernier à Strasbourg, M. Widal remercie les membres du gouvernement d'avoir bien voulu témoigner par leur présence de l'intérêt qu'ils attachent aux progrès de la science médicale, exprime aux présidents du Conseil municipal et du Conseil général de la Seine, qui ont contribué pour une grande part à la préparation du Congrès, la reconnaisance de l'Association des médecins de langue française, et adresse la bienvenue aux membres étrangers du Congrès.

M. F. Widal aborde ensuite le sujet qu'il s'était proposé : le rôle de l'esprit expérimental en médecine, les apports de la clinique à la physiologie.

« L'étude scrupuleuse des symptômes qui a été poussée si loin par les Laënnec, les Bretonneau, les Trousseau, les Dieulafoy, a-t-il dit, ne cessera de constituer la base fondamentale de l'observation médicale; fidèles à la méthode anatomo-clinique nous conserverons toujours le souci de superposer le symptôme aux altérations organiques d'où il dérive. La clinique ne répudie aucun des enseignements qu'elle doit à ses initiations successives, mais tout en conservant l'esprit d'observation traditionnelle il apparaît bien qu'elle est de plus en plus animée par l'esprit expérimental.

« C'est Claude Bernard qui a commencé à nous former à cet esprit. De lui nous avons appris que la pathologie était avant tout la science des fonctions troublées et que les découvertes faites par l'expérimentation sur les animaux étaient aussi bien applicables à la clinique qu'à la physiologie humaine.

« Pasteur est venu ensuite; par ses immortelles découvertes il nous a forcés de remonter à la cause tangible de l'infection et pour cela il a mis entre nos mains des procédés à la fois simples et rigoureux qui en permettant la recherche relativement facile du microbe sur le malade nous a familiarisés avec la pratique des expériences; il nous a donné ainsi et le besoin de la précision et des moyens pour le satisfaire ».

La physiologie basée sur l'expérimentation reste pour les médecins la base même de leurs connaissances; mais les faits que les médecins observent sont eux aussi les résultats d'une expérience et d'une expérience posée par la nature. Aussi les études poursuivies par les cliniciens ont-elles souvent jeté un jour éclatant sur certains points obscurs du fonctionnement de nos organes. C'est ainsi que les recherches faites sur l'épilepsie, sur l'encéphalite épidémique, nous ont fait connaître le rôle spécial de certaines régions des centres nerveux, que l'étude des néphrites a montré comment se réglait chez l'homme bien portant l'excrétion des chlorures et des corps azotés, qu'en observant les malades atteints de goitre, de maladie d'Addison, d'acromégalie, etc., nous avons aperçu l'importance insoupçonnée des glandes à sécrétion interne; du corps thyroïde, des surrénales, de l'hypophyse.

« Soulager et guérir, a dit en terminant M. le professeur F. Widal, est le but suprême de la clinique ; elle est donc avant tout, science de réalisation, mais pour les apports chaque jour plus nombreux qu'elle fournit à la biologie, elle mérite aussi de prendre place parmi les sciences fondamentales. »

Le professeur Henrijean (de Liége) parla ensuite au nom de ses compatriotes, membres du congrès ; après avoir affirmé avec force l'indissolubilité des liens qui unissent la Belgique à la France, il analysa, en termes éloquents, les multiples raisons qu'ont tant de peuples d'aimer la France et de garder une reconnaissance éternelle à la formation intellectuelle qu'elle leur a dispensée. Il fut longuement applaudi.

M. Léon Bérard, ministre de l'Instruction publique, dans une spirituelle allocution, évoqua les progrès immenses accomplis par la médecine depuis l'époque de Molière et le caractère scientifique qu'elle a acquis et il montra enfin toute l'importance des études littéraires et notamment des humanité pour la formation des médecine et l'extension de leur influence dans le monde.

M. Strauss, ministre de l'Hygiène, rendit d'abord hommage aux remarquables travaux du professeur Widal. Il montra ensuite que l'aboutissant de tous les efforts, de tous les travaux, de tous les progrès de la médecine était la préservation de la santé publique et apporta aux membres du Congrès le salut du gouvernement de la République et tous ses souhaits pour la réussite de leurs travaux.

M. Roch, professeur à la Faculté de Genève, prit ensuite la parole au nom des médecins suisses qui savent que s'ils travaillent aujourd'hui dans la joie et l'indépendance, ils le doivent à la victoire des armées alliées et aux sacrifices de la France.

Enfin, M. Lemierre, secrétaire général, a clos la séance en lisant son rapport sur le Congrès qui s'ouvre et le programme qu'il doit remplir.

L. LE SOURD.

IVe RÉUNION ANNUELLE

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

(*Paris, 6 octobre 1922*).

COMPTE RENDU PAR M. LANCE.

La réunion a eu lieu à Paris, à la Faculté de médecine (1), le 6 octobre.

Les congressistes étaient venues en grand nombre et les discussions furent, on le verra, abondantes et intéressantes.

Le nombre des candidatures à la Société était si nombreux (14), qu'il a fallu en limiter le nombre à 7. Ont été élus comme membres français : MM. Forgue (Montpellier), Laroyenne (Lyon), Massabuau (Montpellier), Dionis du Séjour (Clermont-Ferrand), Billet (Lille), Charrier (Angers), Michel (Lyon), et comme membres étrangers : Audet (Canada), Jintzer (Genève), Ledent (Liége), van Neck (Bruxelles), de Mees (Bruxelles).

PREMIÈRE QUESTION

LES OPÉRATIONS ANKYLOSANTES DANS LE TRAITEMENT DU MAL DE POTT CHEZ L'ADULTE

Rapporteur : M. le professeur E. ESTOR (de Montpellier).

Le mal de Pott a une évolution tout à fait différente chez l'enfant et chez l'adulte. Chez le premier un traitement général et orthopédique bien conduit et prolongé, conduit à une guérison stable, le plus souvent définitive. Chez l'adulte, au contraire, la période de convalescence se prolonge, nécessitant pendant de très longues années le port d'un soutien, de grands ménagements.

Les opérations ankylosantes du rachis sont donc inutiles chez l'enfant. Elles ont donné chez lui des résultats médiocres en raison de la croissance et du grand pouvoir de résorbabilité du greffon chez l'enfant (2). Chez l'adulte au contraire, en raison de l'insuffisance des résultats obtenus par les méthodes thérapeutiques habituelles, ces opérations semblent légitimes. Il reste à préciser les indications de l'acte opératoire et les résultats obtenus.

C'est l'objet du rapport du professeur Estor.

Sa très consciencieuse étude s'appuie d'une part sur les publications, surtout étrangères, faites sur le sujet, d'autre part et principalement sur les résultats d'une enquête faite auprès des chirurgiens orthopédistes français, belges, suisses, italiens. Les matériaux ainsi recueillis, peu nombreux en vérité, puisque sur 300 chirurgiens interrogés, 17 seulement ont pu fournir un total de 91 observations, mais ce sont des documents précis et sincères. De leur étude M. Estor tire les renseignements suivants :

La mortalité opératoire consécutive aux opérations enkylosantes du rachis est petite chez l'adulte, environ 1 p. 100. Il ne s'agit donc pas d'opérations graves (3).

L'ankylose osseuse des arcs postérieurs est établie quatre ou cinq mois après l'opération et la radiographie montre la persistance du greffon implanté.

Quelle méthode opératoire employer? Celle d'Albee pratiquée avec un bon outillage électrique (4) est la plus simple, la plus rapide. Elle a subi de nombreuses modifications, soit dans le choix du greffon, soit dans la pratique de l'avivement osseux vertébral. Le rapporteur les énumère. Elles peuvent avoir des applications intéresssntes selon les différents cas.

La méthode de Hibbs (arthrodèse des arcs postérieurs et des atticulations du rachis, sans greffon) est plus délicate dans sa technique. Le rapporteur et beaucoup d'auteurs lui reprochent de causer une abondante hémorragie en nappe.

Le temps pendant lequel l'opéré est maintenu en décubitus après l'opération varie beaucoup selon les auteurs (douze jours à huit mois) ; le port d'un corset pendant quelques mois semble à tous indispensable.

Le rapporteur établit que dans beaucoup de cas l'opération a présenté une action heureuse sur la gibbosité, les abcès, les troubles nerveux, les douleurs, l'état général, et il prouve, de plus, que les améliorations constatées sont bien dues à l'ankylose obtenue et non au décubitus plus ou moins prolongé qui a suivi l'opération.

Quant à l'action de l'opération sur la durée de l'évolution du mal de Pott, le rapporteur ne s'en occupe pas car il pose en principe, soutenu par l'opinion de Roux (de Lausanne), Sorrel (de Berck), Calvé et Galland (de Berck), que l'adulte ne doit être opéré que parvenu à la période de guérison, vers la troisième année de la maladie. L'opération ne constitue qu'un « verrou de sûreté » une assurance contre les rechutes. C'est, dit Roux, un corset chirurgical prophylactique, moins cher qu'un autre, qu'on n'a pas à mettre chaque matin et qu'on ne peut oublier dans quelque coin.

Discussion. — MM. BÉRARD (Lyon), PUTTI (Bologne), DELCHEF, MAFFEI et LORTHIOIR (Bruxelles), SORREL (Berck), LANCE (Paris), MAUCLAIRE (Paris), ROCHER (Bordeaux), PATEL (Lyon), MARTIN DU PAN (Genève), ESTOR (Montpellier).

Bien que la question posée ait spécifié qu'il s'agissait des opérations chez l'adulte, quatre orateurs ont parlé surtout de ces opérations chez l'enfant pour prendre sa défense.

MM. DELCHEF, MAFFEI, LORTHIOIR, MARTIN DU PAN, loin de croire l'opération inutile, contre-indiquée chez lui, croient à son inutilité. Cependant, leurs constatations ne sont pas bien encourageantes. M. Delchef, sur 2 cas, a eu un insuccès et un succès relatif. M. Maffei, sur 48 cas, a eu une élimination de greffon et 2 morts dans 2 cas où il avait eu le tort de vouloir redresser la gibbosité.

Tous les deux ont pu constater, par la radiographie, l'évolution biologique du greffon, sa résorption rapide en quelques mois, puis sa *reconstitution qui commence au bout de dix-huit à vingt mois*.

Malgré cela, M. MAFFEI qui, comme M. LORTHIOIR, fait le procès du corset, conclut que si le greffon n'améliore pas une gibbosité, appliqué dans le mal de Pott, au début il empêche sa formation. Enfin, la présence du greffon aurait une action sur l'état général que l'auteur s'explique mal.

Les trois chirurgiens bruxellois restent donc partisans de l'opération d'Albee chez l'enfant et au début de l'affection.

M. MARTIN DU PAN reconnaît chez l'enfant deux indications nettes à l'opération : 1° les cas où le corset n'est pas supporté; 2° ceux où le malade est astreint au port prolongé du corset.

Chez l'adulte, l'opération a été rarement pratiquée et les cas rapportés au congrès sont peu nombreux [MM. Bérard (10), Delchef (2), Sorrel (14), Mauclaire (4), Rocher (7), Patel (1)].

La technique a donné lieu à quelques remarques.

MM. SORREL, ROCHER ont défendu l'instrumentation et la technique d'Albee qui, reposant sur une expérience énorme, a fait ses preuves.

Les procédés qui remplacent la fente des apophyses épineuses par la dénudation des gouttières vertébrales pour faire un lit au greffon, exposeraient, d'après le rapporteur, Sorrel et de nombreux chirurgiens (*Soc. de chir.*, juillet 1922), à une abondante hémorragie en nappe, difficile à arrêter. MM. BÉRARD, PATEL, LANCE ne l'ont pas observée et M. Lance a constaté, dans 3 cas, qu'on l'évite en ruginant avec une rugine très coupante entamant l'os.

Le greffon doit être taillé à la scie circulaire électrique. Delchef, Lorthioir l'enlèvent cependant au ciseau. Lorthioir, dans les gibbosités arrondies, emploie un greffon costal.

Le greffon d'os mort, employé une fois par Mauclaire, s'est éliminé.

Le greffon subit-il chez l'adulte la même évolution (résorption suivie de reconstitution) que chez l'enfant.

Association de la Presse médicale française.

(1) Il serait souhaitable que la Société dont le nombre des membres s'accroît chaque année, ait à sa disposition un local moins exigu, et douée d'un éclairage n'aveuglant pas les spectateurs et les empêchant de lire au tableau.

(2) Pour les résultats obtenus chez l'enfant, voir : LANCE. Les opérations ankylosantes dans le traitement du mal de Pott. *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 34, p. 533, et n° 35, p. 565.

(3) Nous rappelons que chez l'enfant, et surtout le petit enfant, nous avons indiqué (Loc. cit.) qu'il n'en était pas de même en raison du shock opératoire.

(4) Outre l'instrumentation d'Albee, il faut signaler l'instrumentation de Cunéo et Rolland, de Putti, de Chastenet de Géry et Lance.

Les radiographies montrées au Congrès semblent prouver que ce remaniement, s'il existe, passe inaperçu. Lance a pu suivre dans une scoliose paralytique opérée depuis deux ans, deux greffons dont le volume ne s'est jsmais amoindri.

A ce point de vue, il semble que les grands adolescents dont la croissance est presque terminée (seize à dix-huit ans) se comportent comme les adultes (Bérard).

L'opéré est laissé couché quatre mois (Patel), six mois (Bérard, Rocher), puis levé dans un corset qu'il garde dix-huit mois à deux ans (Bérard).

Quels sont les résultats des opérations ?

La mortalité est très faible et n'a pas, en général, de rapport avec l'opération (1 cas de généralisation sept mois après (Bérard), 1 généralisation parce qu'on avait fait du redressement (Mauclaire).

On peut observer des accidents : 1 accident d'anesthésie au protoxyde d'azote (Sorrel), 1 hémorragie au niveau du tibia (Sorrel), 2 fois l'ouverture du canal rachidien en faisant les apophyses de gibbosités marqués (Sorrel, Rocher).

Le greffon soude réellement la partie postérieure du rachis, cela « tient » comme le prouve une pièce de M. Bérard.

Reste à établir les indications chez l'adulte? quels maux de Pott opérer.

Faut-il les opérer à tout âge, dans tous les cas, dès que le diagnostic est fait comme l'on dit les promoteurs de la méthode Albee et R. Hibbs?

On en est beaucoup revenu de cette formule simpliste et comme MM. Putti et Sorrel le font remarquer, en Amérique il n'y a plus guère que ces deux chirurgiens qui opèrent dans ces conditions. Tous les autres opèrent surtout des adultes et dans certaines conditions.

MM. Mauclaire, Sorrel insistent sur les distinctions qu'il y a à établir selon le siège, l'étendue, l'âge de la lésion. Il est bien plus indiqué d'opérer le mal de Pott interscapulaire qui, avec la destruction d'une seule vertèbre, donne une gibbosité que le mal de Pott lombaire dans lequel la destruction de deux ou trois vertèbres n'entraîne qu'une légère déformation.

MM. Mauclaire, Bérard, Delchef, Maffei se sont élevés contre l'opinion de rapporteur, à savoir que tout le monde est d'accord pour n'opérer que les maux de Pott âgés, ceux dont l'évolution est presque terminée. Ils ne voient pas la nécessité de courir les risques d'une atteinte de plusieurs années et réservent l'opération aux cas au début ; c'est là que l'opération a son « maximum de rendement ». Mais Sorrel fait remarquer qu'il faut s'entendre sur le terme de « au début ». On produit sous ce nom des observations de malades présentant des abcès, des fistules, des paraplégies. Ce sont déjà de vieux pottiques.

Quant à la critique que l'attente condamne au corset pendant des années, corset qui entrave le développement des enfants, Sorrel remarque que, pour la plupart des lombaires, dorso-lombaires, le décubitus sans corset suffit, celui-ci est réservé aux dorsaux.

M. Estor pense que la raison qui pousse la grande majorité des chirurgiens à n'opérer les pottiques adultes que lorsqu'on a obtenu la guérison clinique du foyer est la crainte que le greffon seul est insuffisant à lutter contre la pesanteur et à prévenir l'ulcération compressive. On les laissera en décubitus ou en corset après l'opération au lieu de le faire avant.

Il aurait pu ajouter que le nombre des maux de Pott adultes opérés réellement « au début » sera toujours bien minime, les médecins ne font guère le diagnostic du mal de Pott de l'adulte que tardivement, et les malades arrivent à l'orthopédiste, rarement avant la deuxième année, quand ce n'est pas beaucoup plus tard.

DEUXIÈME QUESTION

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DES DIFFORMITÉS DU GROS ORTEIL

Rapporteur : M. A. Mouchet (de Paris).

Hallux valgus. — La pathogénie de l'hallux valgus et son traitement ont fait l'objet de travaux qui rempliraient un volume. Le rapporteur est sagement resté bref.

Il y a deux sortes d'hallux valgus : l'hallux valgus congénital et l'hallux valgus acquis.

Le premier est rare, mais incontestable, parfois familial. De plus, il peut exister par suite de la longueur exagérée du gros orteil une prédisposition à sa déviation par la chaussure.

Pour l'hallux valgus acquis, est-il simplement le résultat de l'exagération de l'inclinaison normale du premier orteil en dehors, exagération due au port de souliers pointus rejetant le gros orteil vers l'axe du pied, à talons hauts, favorisée aussi par l'existence d'un pied plat?

Résulte-t-il d'une arthrite phalango-métatarsienne (rhumatisme, infections diverses), d'une arthrite déformante créant des exostoses sur la tête du premier métatarsien?

Ces théories, et bien d'autres encore, ont été soutenues, et chacune d'elles contient sans doute une part de vérité. En tout cas, lorsque l'hallux valgus est constitué, il comporte un certain nombre d'éléments qu'il faut connaître pour comprendre les divers modes de traitement possibles.

La déviation en dehors de l'orteil n'est pas tout, elle est accompagnée d'une bascule en dedans du métacarpien qui joue peut-être le rôle prépondérant. Le tendon extenseur de l'orteil tendu dans l'angle des deux os se rétracte, des sésamoïdes se luxent dans le premier espace interosseux ; cette rétraction tendineuse tend à entraîner de plus en plus en dehors la phalange qui se subluxe sur le métatarsien. La partie interne, déshabitée, de la tête du métatarsien fait saillie au bord interne du pied, se couvre d'un durillon, d'une bourse séreuse, au-dessous de laquelle peut se développer une exostose.

La bascule du premier métatarsien est-elle secondaire à celle de l'orteil? Est-elle primitive, due par exemple à une obliquité en dedans anormale du premier cunéiforme? Les faits n'ont pas encore permis de décider, et, sans doute, la lésion initiale varie-t-elle selon les cas.

Les multiples méthodes de traitement peuvent, en définitive, se ramener à trois groupes :

1° Le port de chaussures bien faites avec ou sans les petits moyens de redressement préconisés (attelles, cales de caoutchouc, etc.) suffit dans beaucoup de cas simples et chez les sujets sédentaires ;

2° La désarticulation du gros orteil avec résection de l'exostose de la tête métatarsienne reste, comme le dit Roux (de Lausanne), « une bonne opération pour vieux » ;

3° Les multiples procédés opératoires portant sur le métatarsien, l'articulation métatarso-phalangienne ou sur le cunéiforme. Le rapporteur examine les principaux et étudie leurs indications. Voici ses conclusions :

Dans les hallux valgus très légers, l'opération de Schede (résection de l'exostose de la tête du métatarsien et de la bourse séreuse) suffit ; dans les hallux valgus plus marqués on a le choix entre trois opérations : l'opération de Reverdin (résection cunéiforme à base interne du col du métatarsien), l'opération de Mauclaire (résection cunéiforme à base interne de l'articulation métatarso-phalangienne), et l'opération de Loison-Balacescu-Juvara (ostéotomie cunéiforme à base externe du métatarsien). On peut employer cette dernière s'il n'y a pas de lésions de la tête métatarsienne, mais elle a le gros inconvénient d'être laborieuse et complexe. S'il y a des lésions de la tête métatarsienne, l'opération de Reverdin est indiquée. Enfin, la résection articulaire s'adresse aux cas très marqués avec déformations articulaires.

Dans tous les cas il faudra compléter l'opération par une réfection soigneuse de la capsule articulaire relâchée et une ténoplastie ou même une ténopexie de l'extenseur propre.

Hallux varus. — Il est beaucoup plus rare. Exceptionnellement acquis (pied plat, tabes, etc.), habituellement il est congénital. On le trouve alors sous deux formes : tantôt avec une bride fibreuse réunissant l'orteil au bord interne du pied et contenant parfois un noyau cartilagineux, ébauche d'orteil surnuméraire ; tantôt il n'y a pas de bride et l'orteil se compose le plus souvent de deux orteils plus ou moins complets et fusionnés. Somme toute anomalie par redoublement (Kirmisson). Dans ces cas l'ostéotomie de la phalange suffit au redressement ; s'il y a bride, il faut l'enlever. Dans certains cas la désarticulation s'impose.

Le rapporteur termine par quelques mots sur la déviation

en griffe et en Z du gros orteil dans les pieds creux essentiels ou symptomatiques et l'hallux flexus dans la paralysie de l'extenseur propre du gros orteil au cours de la poliomyélite.

Discussion. — MM. Frœlich (Nancy), Trèves (Paris), Tixier (Lyon), Hallopeau (Paris), Rocher (Bordeaux), Lance (Paris) et Mouchet (Paris).

La pathogénie et le traitement de l'hallux valgus sont seuls l'objet de cette discussion.

M. Frœlich montre que le métatarsus varus congénital qui n'est pas rare chez l'enfant se complique souvent d'un hallux valgus consécutif. Dans ces cas une opération osseuse n'est pas nécessaire; sous anesthésie on redresse de force l'orteil et on le fixe par l'implantation du tendon extenseur du gros orteil dans la partie interne de la tête du métatarsien.

Dans la poliomyélite, on peut voir aussi une déviation en dehors de l'orteil. M. Hallopeau en a vu un cas qu'il a traité de la manière suivante : résection de la tête métatarsienne, puis transfert de l'implantation de l'extenseur sur le côté interne de la première phalange, ténopexie au bord interne de la capsule. Bon résultat.

Pour l'hallux valgus proprement dit dont la pathogénie reste obscure, M. Hallopeau propose l'explication suivante : il existe une voûte antérieure transversale du pied avec un talon interne (tête du premier métatarsien) et un talon externe (tête du quatrième et cinquième métatarsien), voûte maintenue par l'action de ligaments et de l'adducteur transverse du gros orteil (Duchenne de Boulogne). L'affaissement de cette voûte antérieure, bien connue, existe isolément (métatarsalgie, maladie de Morton) ou accompagne le pied plat valgus. On a remarqué que les porteurs d'hallux valgus ont l'avant-pied étalé.

Pour Hallopeau l'écartement du dedans de la tête du premier métatarsien résultant de l'aplatissement de la voûte est la cause de la bascule en dehors de l'orteil qui, n'étant plus calé en dehors par son voisin, cède à la pression de la chaussure étroite ou à talon trop élevé. Hallopeau a pu suivre cette évolution sur une malade.

Dans l'hallux valgus la déviation de l'orteil n'est pas tout. Tout le monde sait que le malade présente des poussées d'arthrite, cause principale des douleurs. On fait intervenir pour les expliquer « l'arthritisme ». M. Tixier réclame ici au nom de l'École lyonnaise une place pour le rhumatisme tuberculeux. Il cite un exemple d'hallux valgus douloureux double chez un malade porteur d'hydarthrose tuberculeuse du genou. En tout cas, quelle que soit sa nature, la présence de cette arthrite est une raison pour intervenir, non à distance de l'articulation sur le métatarsien, mais sur l'articulation elle-même.

Pour le choix du procédé opératoire, fait à noter car il est rare, il y a eu une touchante unanimité. Les procédés de résection cunéiforme portant sur le métatarsien ont eu une mauvaise presse; MM. Lance et Tixier n'en ont pas été satisfaits, le résultat est incomplet, qu'il s'agisse du procédé de Reverdin ou de celui de Loison-Balacescu-Juvara. Lance reproche au dernier procédé une résection trop parcimonieuse. Il faut largement raccourcir le métatarsien pour que le tendon extenseur rétracté soit assez long et pour que l'orteil devenu rentrant s'appuie en dehors sur le troisième métatarsien.

Tous les orateurs ont conseillé la résection simple de la tête du métatarsien, opération facile et qui peut se faire à l'anesthésie locale comme le recommande Rocher. Incision dorsale interne linéaire ou en U allongé sur le dos du métatarsien si on veut faire la ténopexie du tendon extenseur. Résection complète, large de la tête du métatarsien. Trèves recommande de la faire obliquement en dedans de manière à obtenir l'hypercorrection. Inutile de chercher à coiffer le métatarsien de cartilage, de graisse, etc., le bout osseux ne fouille pas la semelle si l'on a soin de faire une désinsertion sous-périostée de la capsule (Hallopeau). Dans les cas très marqués on peut être obligé de désinsérer la capsule non seulement en dedans, mais en dessous et en dehors, de manière à pouvoir ramener en place les sésamoïdes luxés (Lance d'après P. Moulonguet).

Trèves conseille l'allongement du tendon extenseur. Il est inutile si la résection osseuse est assez étendue (Hallopeau, Lance). Quant à la ténopexie que le rapporteur recommande, Hallopeau la juge aussi inutile, et même nuisible, étant une cause de gêne et de douleur ultérieure.

Les opinions ont divergé sur les soins consécutifs.

Les uns, ne redoutant pas l'ankylose, ou même la cherchant (Trèves, Tixier), immobilisent longtemps.

D'autres font marcher de suite (Hallopeau) sans aucun appareil) ou au contraire (Frœlich) avec une semelle de pied plat qui habitue le malade à marcher sur son deuxième métatarsien.

Les résultats fonctionnels sont bons, l'ankylose est exceptionnelle, et si elle existe elle n'est pas gênante pourvu qu'on ait maintenu l'orteil en hyperextension (Trèves) pour qu'il ne pique pas du nez.

Somme toute, discussion intéressante qui fixe le point de pratique important : l'opération de choix dans l'hallux valgus.

TROISIÈME QUESTION

ARTHRITES CHRONIQUES NON TUBERCULEUSES DE LA HANCHE CHEZ L'ENFANT

Rapporteur : M. E. Sorrel (de Berck).

Question très complexe qui, somme toute, embrasse presque en entier le diagnostic de la coxalgie chez l'enfant.

Le rapporteur montre très bien l'évolution qui s'est produit depuis une trentaine d'années dans ce diagnostic. On faisait alors rentrer presque toutes les arthrites chroniques de la hanche dans le cadre de la coxalgie.

Puis dans une première période, période clinique, les travaux de Nové-Josserand, Frœlich, Kirmisson, Ménard, tendent à éliminer du cadre de la coxalgie les coxites hyperostosmites, les formes fugaces et frustes de la maladie, les fausses coxalgies.

La radiographie est venue ensuite et une nouvelle période de recherches s'est ouverte et a permis de reconnaître l'existence de deux maladies nouvelles de la hanche : l'arthrite sèche déformante juvénile et l'ostéochondrite de l'épiphyse fémorale.

Mais il reste encore un grand nombre d'arthrites chroniques de la hanche dont la nature tuberculeuse est douteuse, et l'origine incertaine. Le rapporteur pense que la clinique et la radiographie ont donné là tout ce qu'elles peuvent donner; ce sont les recherches de laboratoire qui pourront éclairer bien des points obscurs de leur histoire.

Une troisième phase de l'histoire des arthrites chroniques de la hanche s'ouvre avec ces recherches.

Nous voyons ensuite défiler sous nos yeux divisées en cinq groupes différents les arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche.

1° Les arthrites traumatiques et d'origine mécanique : les arthrites des coxa vara et des coxa valga, celle des luxations congénitales;

2° Les arthrites survenant au cours des maladies infectieuses (pneumocoques, blennorragie, syphilis, ostéomyélite);

3° L'arthrite sèche déformante juvénile;

4° L'ostéochondrite déformante infantile de l'épiphyse fémorale supérieure;

5° Les arthrites chroniques encore indéterminées.

Le rapporteur développe surtout, naturellement, les trois derniers chapitres.

On sait que de nombreux auteurs, en particulier en Allemagne et en Italie veulent confondre en une même affection l'ostéochondrite et l'arthrite déformante.

Le rapporteur reprend l'opinion qu'il a déjà soutenue ailleurs (*Bull. soc. anat.*, 22 janv. 1921), sur la dualité de nature des deux affections. Il fait remarquer l'extrême rareté de l'arthrite déformante comparée à la fréquence de l'ostéochondrite déformante; la première, dans sa forme monoarticulaire survient chez l'adolescent, la deuxième chez l'enfant; les constatations anatomo-pathologiques et radiographiques montrent dans l'arthrite déformante à la fois des lésions destructives du cartilage et des productions osseuses péri-articulaires, tandis que dans l'ostéochondrite ces lésions sont absentes; enfin, cliniquement, l'arthrite déformante est une affection lente, douloureuse, évoluant progressivement vers l'ankylose, alors que l'ostéochondrite est une affection très souvent indolore et se terminant par la restitutio ad integrum.

Le rapporteur décrit longuement les caractères de cette curieuse affection de la hanche, que, faute de mieux, on appelle ostéochondrite déformante. Décrite seulement depuis 1909, elle se révèle assez fréquente. Halfdan Sundt à lui seul en a observé 66 cas. Depuis 1910, les divers chirurgiens de l'hôpital maritime de Berck ont pu en observer 35 cas, bien que les malades aient subi déjà un triage avant leur départ.

Frappant les garçons plus que les filles, l'affection se voit surtout entre cinq et neuf ans, survenant sans cause apparente.

En l'absence d'autopsies, les descriptions des lésions ne sont que des aspects radiographiques, maintenant bien connus.

Résumons-les en quelques mots :

L'ostéochondrite survient sur une hanche antérieurement *saine*, et non, comme on l'a dit congénitalement insuffisante, des radiographies le prouvent.

Dans aucun cas d'ostéochondrite vraie on n'a constaté d'ascension de la tête, de rupture de l'ogive, cervico-sous-pubienne.

L'affection évolue en deux stades comme l'a bien mis en lumière Mérine : 1° apparition dans l'épiphyse et la région bulbaire du col d'îlots de raréfaction, aplatissement de la tête en galette, épaississement du col qui, ainsi que Mérine aussi l'a démontré conserve sa direction, la déformation en coxa vara décrite jusqu'alors n'étant qu'une apparence; 2° les îlots de raréfaction disparaissent, la coloration du col et de l'épiphyse redevient normale, mais la tête reste aplatie, le col élargi, c'est la hanche en champignon (mushroom hip). Quel est l'avenir de ces malades?

Le rapporteur veut bien rappeler que dans un mémoire que nous avons publié avec Andrieu et Cappelle (*Journ. de chir.*, 22 mars 1921), nous avons pu retrouver 5 cas de sept ans à dix ans après avoir observé les symptômes de l'ostéochondrite, tous les 5 présentaient à un degré plus ou moins marqué la même déformation : un étalement de l'épiphyse sur le col conservé, et, dans les cas marqués, des déformations de la tête avec ostéophytes; le cotyle s'approfondit et s'adapte à la forme de la tête.

Les cas les plus graves évoluent vers l'ankylose.

L'ostéochondrite dans certains cas peut donc devenir l'origine d'une arthrite déformante véritable.

Discussion. — MM. Nové-Josserand (Lyon), Frœlich (Nancy), A. Broca (Paris), Gourdon (Bordeaux), Mouchet et Rœderer (Paris), A. Rendu (Lyon), Vignard (Lyon), Judet (Paris), Lance (Paris), Kirmisson (Paris), Sorrel (Berck).

Discussion touffue, pendant laquelle ont été présentés un nombre considérable de faits complexes, peu ou mal expliqués. Nous exposerons, pour plus de clarté, successivement : 1° les observations des malades; 2° les théories exposées.

Tuberculose de la hanche. — Le terme coxalgie, comme équivalent de tuberculose de la hanche, a été vivement pris à partie par M. Broca. En dehors de la forme ulcéreuse habituelle de la hanche, existe-t-il une coxite sèche, d'origine tuberculeuse, analogue à la carie sèche de l'épaule. MM. Frœlich et Broca le pensent, et M. Broca cite l'observation d'un pottique chez lequel évolua insidieusement une telle affection.

L'origine tuberculeuse ne peut être révélée par la réaction locale à la tuberculine qui n'a pas de valeur, et par la réaction générale qu'on ne doit pas employer comme trop dangereuse (Broca). Sorrel défend les méthodes du laboratoire dans ce diagnostic et insiste sur la recherche de la réaction de fixation trop peu employée dans la tuberculose.

Syphilis de la hanche. — M. Broca la croit fréquente à en juger par les Wassermann positifs. Lance en rapporte deux observations très dissemblables. Dans le premier cas, au décours du traitement d'une luxation congénitale, arthrite suraiguë avec reluxation, destruction rapide de toute la partie supérieure du fémur, vastes ulcérations; reconstitution osseuse après un traitement intensif de dix-huit mois. Dans le deuxième, chez un enfant traité d'abord pour coxalgie évolution d'une arthrite déformante sèche, Wassermann positif, traitement intensif pendant un an. Guérison par ankylose.

Arthrites post-typhiques. — Lance en rapporte trois observations, deux bénignes, retour ad integrum après quelques mois, l'autre destructive, avec aspect clinique et radiographique d'une coxalgie, guérison par ankylose. Judet en cite aussi un cas grave avec subluxation, qu'il réduit. Le diagnostic ne peut être fait que par le facteur étiologique et l'évolution rapide de la maladie.

Arthrites post-traumatiques. — MM. Broca, Judet croient à l'existence d'arthrites sèches, déformantes, à la suite de traumatisme. Cela est de notion courante pour le coude, le genou, l'épaule. Pourquoi pas la hanche? Judet montre les radios de deux arthrites chroniques consécutives, l'une à une fracture extracapsulaire du col bien réduite, l'autre à la suite d'une luxation traumatique de la hanche, lésion rare chez l'enfant.

Arthrites par insuffisance de la hanche ou luxation congénitale incomplète. — M. Frœlich en montre plusieurs exemples. Gourdon rappelle qu'il a porté les trois premières observations au Congrès de chirurgie de 1906. Il en a vu quatorze cas depuis lors (de quinze à cinquante-deux ans). Les symptômes sont les suivants : dès l'enfance, fatigue rapide du membre, crampes au niveau des adducteurs, adduction du membre, claudication, impotence de plus en plus marquée. La radiographie montre un bassin vertical, un cotyle peu profond, éculé vers le haut. Il préconise la ténotomie des adducteurs, extension, abduction de la cuisse avec plâtre. Judet considère ces cas comme fréquents (femmes de trente-cinq à cinquante ans). Traités comme une luxation congénitale, ils guérissent bien.

Arthrites des coxa-vara. — On connaît bien les poussées d'arthrites passagères qui peuvent survenir au cours des coxa-vara, la question a été traitée au Congrès de chirurgie de 1912. Mais on connaît mal les rapports de la déformation avec les arthrites chroniques de la hanche.

M. Nové-Josserand montre un cas de coxa-vara avec lésions du toit du cotyle décalcifié.

M. Frœlich montre une ostéite kystique du fémur avec déformation en crosse d'évêque, puis un cas d'ostéochondrite de la hanche vue à onze ans et qui, à dix-neuf ans, présentait l'aspect d'une coxa-vara essentielle.

M. Kirmisson a vu trois frères du type adiposo-féminin, les deux premiurs présentant de la coxa-vara et le troisième une ostéochondrite.

Arthrite déformante juvénile. — Le rapporteur a énuméré les raisons étiologiques, anatomo-pathologiques, cliniques qui séparent cette affection de l'ostéochondrite.

Ces distinctions sont battues en brèche par certains : MM. Nové-Josserand, Mouchet et Rœderer, Broca.

L'arthrite déformante n'apparaît pas seulement à l'adolescence, mais aussi chez l'enfant à trois, six ans comme l'ont vu Köhler, Gangolphe et Plisson.

M. Nové-Josserand fait remarquer que nous ne connaissons pas les lésions de l'arthrite sèche au début, les examens de pièces de résection concernent la forme sénile.

MM. Nové-Josserand, Broca rappellent les observations de Lance, Andrieu et Cappelle, Tavernier, Müller, dans lesquelles l'ostéochondrite a abouti à une arthrite déformante.

Enfin, il y a les cas mixtes : M. Nové-Josserand a vu une fillette avec une ostéochondrite d'un côté, une arthrite déformante de l'autre. Mouchet et Rœderer citent un cas analogue, et rappellent que dans l'arthrite déformante, il existe un état lacunaire de la tête fémorale.

Ostéochondrite de l'épiphyse supérieure du fémur. — Bien qu'il ne faille pas, comme Legg, croire à l'origine traumatique exclusive de l'affection, il est des cas où le traumatisme a joué un rôle important. Lance y insiste.

Judet, A. Rendu citent des cas survenus après une réduction de luxation traumatique de la hanche, et A. Rendu un autre cas consécutif à un violent traumatisme.

Les infections semblent devoir être mises en cause. M. Broca a vu un cas consécutif à la varicelle et rappelle que Merine en a vu un cas et Sorrel deux autres. A. Rendu cite un cas consécutif à une arthrite aiguë de la hanche chez un rachitique. Lance rappelle le rôle possible de l'hérédosyphilis dans certains cas qu'il a publiés avec Andrieu et Cappelle.

Enfin, Frœlich, M. Kirmisson rappellent le rôle possible des insuffisances des glandes endocrines chez ces malades présentant parfois le type adiposo-féminin.

L'affection est fréquente. Lance en a vu 14 cas en six ans.

L'anatomie pathologique se réduit à la description de quatre cas d'arthrotomie. Perthes, dans un cas, ne trouve pas de lésions du cartilage, mais de la couche superficielle de l'os. M. VIGNARD est intervenu dans deux cas ; dans l'un, l'articulation ne contenait pas de liquide, le cartilage lisse, dans l'autre il n'y avait pas de liquide, le cartilage était déprimé en godets par place et au-dessous l'épiphyse présentait des cavités avec de petits séquestres. L'examen direct, les inoculations furent négatives. Dans un cas, Phemister (de Chicago) trouve du liquide trouble dans l'articulation, et dans l'os des séquestres.

L'aspect radiographique est bien connu, mais au lieu des deux stades différenciés par Mérine, MM. NOVÉ-JOSSERAND et BROCA pensent qu'on en peut distinguer trois : 1° affaissement du noyau en calotte, quelquefois en « pastille » ou « chapeau de gendarme » (Nové-Josserand) ; 2° fragmentation du noyau qui s'accompagne parfois d'une accalmie des douleurs (Broca). Parfois l'extrémité supérieure du fémur présente des taches rappelant l'aspect de cavernes (Lance).

Enfin, MM. NOVÉ-JOSSERAND, MOUCHET et RŒDERER insistent sur les lésions existant parfois dans le cotyle, et M. NOVÉ-JOSSERAND montre des cas où les lésions s'étendaient loin dans le col.

Comment se termine la maladie : tantôt par la restitutio ad integrum ; tantôt (Lance, Andrieu et Cappelle, Tavernier, Müller) par une arthrite déformante pouvant, par des poussées d'arthrite successives, conduire à l'ankylose de la hanche. S'agit-il alors de deux affections différentes? On ne le sait encore. En tout cas les affections ont évolué identiquement au début dans les deux cas.

POLYARTHRITES DÉFORMANTES ANKYLOSANTES. — M. FRŒLICH en décrit deux cas d'origine inconnue.

ARTHRITES D'ORIGINE INCONNUE. — Deux groupes de faits :

1° *Arthrites chroniques d'emblée* évoluant insidieusement en plusieurs années et se terminant par l'enraidissement ou l'ankylose.

MM. NOVÉ-JOSSERAND, FRŒLICH, BROCA, JUDET citent de ces cas. Pour MM. Frœlich et Broca il s'agit de coxalgies frustes décrites par Kirmisson en 1903, c'est la carie sèche de la hanche analogue à celle bien connue de l'épaule.

2° *Arthrite subaiguë* simulant une coxalgie vraie, mais tournant court après plusieurs mois et laissant une hanche normale. MM. MOUCHET et RŒDERER ont vu dans ces cas une ombre dans le sourcil cotyloïdien et se demandent s'il ne s'agit pas d'épiphysite du noyau complémentaire du sourcil ou même du fond du cotyle.

LANCE insiste sur la fréquence de ces cas et apporte une importante statistique : en six années, à l'hôpital, sur 409 arthrites subaiguës de la hanche, il y avait 327 coxalgies, 18 arthrites d'origine mécanique, 34 arthrites par infections diverses et 30 arthrites subaiguës sans cause connue (10 p. 100). Sur 66 malades de la ville, 38 coxalgies, 21 arthrites d'origine inconnue (32 p. 100). Enfin, sur 24 soldats présentés comme coxalgiques dans un centre de réforme, 7 seulement étaient des coxalgiques.

Il conclut que, chez l'enfant, 1 fois sur 3 à 5 malades atteints d'arthrite subaiguë de la hanche, il ne s'agit pas de coxalgie.

CONSIDÉRATIONS THÉORIQUES. — Y a-t-il un lien réunissant tous ces faits disparates, et quel est-il?

M. NOVÉ-JOSSERAND note que de l'ancienne coxalgie comprenant toutes les affections subaiguës et chroniques de la hanche on a extrait par méthode analytique un certain nombre d'affections : coxa vara essentielle de l'adolescence, ostéochondrite, arthrite déformante juvénile. Il énumère les points de contact de ces affections, l'ignorance commune où nous sommes de leur cause, la fréquence des cas mixtes, de transition, et se demande s'il n'est pas temps de reconstruire, de faire la synthèse de ces affections.

M. FRŒLICH reconnaît, en dehors de la coxite tuberculeuse, trois groupes de coxites chroniques :

1° Une coxite sèche avec luxation progressive (insuffisance de la hanche?) ;

2° Une coxite sèche avec creusement progressif du cotyle (carie sèche de la hanche) ;

3° Des coxites par épiphysite fémorale supérieure (coxa vara ou valga essentielle, ostéo-chondrite).

En face de ces « unicistes », M. BROCA s'élève et avec sa verve mordante bien connue raille la création d'une entité morbide composée de cas ayant pour caractères communs l'ignorance où nous sommes de leur nature.

M. SORREL, le rapporteur, conclut sagement que l'important pour nous n'est pas de connaître la pathogénie de ces affections. Nous savons discerner un certain nombre de types cliniques et radiologiques, nous savons leur évolution, leur traitement. C'est l'essentiel. Autre fait important, nous savons leur fréquence par des statistiques produites, aussi nous devons les rechercher avec soin.

— Le Ve Congrès de la Société française d'orthopédie aura lieu le vendredi 12 octobre 1923, à la Faculté de médecine. Les questions mises à l'étude sont :

Le pied creux. — Rapporteur : M. LARROYENNE (Lyon).

Les kystes des os (moins le kyste hydatique). — Rapporteur : M. RŒDERER (Paris).

La surélévation congénitale de l'omoplate. — Rapporteur : M. DELCHEF (Bruxelles).

XXXIe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[*Paris, 2-7 octobre 1922*] (1).

SÉANCE DU MERCREDI 4 OCTOBRE

Exposé des rapports sur la deuxième question (Résultats éloignés des opérations portant sur les gros troncs artériels des membres) et discussion (suite).

Sir J. H. MAKINS (de Londres) remarque d'abord que les opérations artérielles, relativement faciles dans la pratique civile, sont plus difficiles et plus graves dans la chirurgie de guerre, en raison des délabrements étendus et des phénomènes septiques qui les accompagnent. Pendant la guerre, il a traité 863 cas de traumatismes artériels, presque toujours par la ligature, 38 fois seulement par la suture. Encore la suture a-t-elle toujours été latérale. Il a obtenu des résultats sensiblement analogues avec l'une et l'autre méthode. La ligature la plus grave lui a paru être celle de l'axillaire, probablement parce que les plaies de cette artère s'accompagnent presque toujours de lésions nerveuses. Au contraire, il a pu lier deux fois le tronc brachio-céphalique avec succès. La guérison dans le cas de suture ne prouve nullement que l'artère a conservé sa perméabilité. L'artériotomie est inutile dans la thrombose, car le caillot se reforme inévitablement.

M. MATAS (de la Nouvelle-Orléans) parle uniquement du traitement des anévrismes. Sans renoncer aux opérations classiques, il utilise surtout sa méthode d'anévrismorraphie à laquelle il associe très souvent l'emploi de bandes d'aluminium malléable rétrécissant le calibre de l'artère et arrêtant le cours du sang. Ces bandes sont placées soit temporairement, selon certaines indications, soit définitivement quand aucune autre intervention n'est possible.

A la Nouvelle-Orléans, le relevé des autopsies hospitalières fait apparaître un anévrisme sur 30 sujets. 22 p. 100 de ces lésions sont rencontrés chez les Blancs, 78 p. 100 chez les Noirs plus fréquemment syphilitiques

Les anévrismes des gros troncs des membres sont presque toujours justiciables de l'anévrismorraphie. L'auteur attache une grosse importance à l'étude de la circulation locale avant et après l'opération. Avant l'opération, l'épreuve de Moscowicz combinée à la compression du tronc artériel principal lui permet de voir quelle est la valeur des voies complémentaires pour le rétablissement de la circulation. Après l'opération, il contrôle ses résultats à l'aide de la sphygmo et de l'oscillométrie.

Il a opéré, par sa méthode, 350 malades avec 96 p. 100 de

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 79, p. 1269.

guérison. Il n'a observé que trois récidives dont deux ont pu être réopérées avec succès.

Il faut être le plus possible conservateur et cependant employer des méthodes simples.

M. Bérard (de Lyon) expose longuement les résultats de sa pratique dans les cas d'hématomes anévrismaux et d'anévrismes artério-veineux. Il a eu presque toujours recours à la ligature et à la résection des vaisseaux lésés. Ses essais de suture et de restauration vasculaire sur deux blessés, faits en collaboration avec A. Carrel, au début de la guerre, ont abouti, en effet, une fois à une thrombose, l'autre fois à une hémorragie qui nécessita la ligature. Les plaies artérielles de guerre ne se prêtent que rarement à la chirurgie conservatrice. En dehors des faits précédents, l'auteur n'a rencontré que trois lésions artérielles qui eussent pu être suturées dans d'assez bonnes conditions anatomo-cliniques, mais dans deux cas, les artères intéressées, humérale, radiale, ne méritaient pas mieux que la ligature et la troisième lésion anévrisme artério-veineux carotido-jugulaire fut opéré chez un sujet jeune, peu scléreux dont l'anesthésie était mauvaise et le sac anévrismal très difficile à disséquer.

Après avoir présenté les observations détaillées des 27 blessés qu'il a eu à traiter et qui ont tous bien guéri, l'auteur remarque que l'opinion de M. Moure touchant l'insuffisance fonctionnelle de tout membre inférieur ligaturé est discutable. Les faits observés et cités par M. Bérard le prouvent. Aussi, l'intervention radicale, ligature et résection, paraît-elle la meilleure, toutes les fois que l'opération conservatrice présente le moindre risque d'échec.

M. Sencert (de Strasbourg) plaide en faveur de la suture artérielle dont on a exagéré les difficultés et pas assez mis en valeur les résultats fonctionnels. Il défend également l'artériotomie qui n'est nullement à rejeter et donne souvent des succès, particulièrement dans les embolies.

M. Vanverts (de Lille) est d'avis que la suture artérielle restera, malgré les perfectionnements qui lui ont été apportés, une opération d'exception, en raison des conditions qu'elle exige pour réussir et qui sont rarement réunies. La ligature reste donc l'opération qui s'appliquera presque toujours aux plaies des artères. C'est la conclusion à laquelle l'auteur avait abouti dans son rapport de 1909 et qui reste vraie aujourd'hui.

Pour améliorer les résultats de cette ligature on ne saurait trop insister sur les précautions préconisées par M. Leriche, en particulier sur la nécessité de l'hémostase préventive à distance.

En ce qui concerne la zone dangereuse de l'artère axillaire, M. Vanverts relate ses recherches anatomiques qui lui ont permis de reconnaître l'existence d'anastomoses entre les dernières branches de l'axillaire et l'humérale profonde ; mais, comme ces anastomoses sont fines, le rétablissement de la circulation par voie collatérale peut être gêné ou empêché par la destruction des branches anastomotiques, par l'artériosclérose, par l'infection.

M. Vanverts rapporte trois faits de suites éloignées de ligature de gros troncs artériels.

M. Hallopeau (de Paris) relate l'observation d'un anévrisme poplité survenu chez un syphilitique de soixante-quatre ans et qu'il put opérer, il y a trois ans, par l'anévrismorraphie reconstructive. L'anévrisme était gros, l'opération fut pénible. Elle a cependant fourni un très bon résultat immédiat et éloigné car le malade, revu récemment, a pu reprendre une existence très active, et sa tension artérielle, quoique inférieure du côté opéré, est cependant voisine de la normale. L'auteur, qui est partisan des méthodes conservatrices, recommande l'emploi de fils et d'aiguilles vaselinées ainsi que l'arrosage du foyer opératoire par une solution citratée.

M. Duvergey (de Bordeaux) a traité pendant la guerre douze anévrismes des gros troncs artériels dont trois artério-veineux. Il a employé dans tous les cas l'extirpation du sac avec la ligature des deux bouts artériels dans les anévrismes simples et des quatre bouts dans la variété artério-veineuse. La guérison opératoire a été toujours obtenue. Mais lorsque la ligature a porté sur les gros troncs, comme les artères axillaire et fémorale, la restauration physiologique a été incomplète : l'irrigation de la partie périphérique du membre atteint était affaiblie, la tension artérielle abaissée, la force musculaire diminuée. Et cependant la ligature s'imposait, aucune autre opération n'étant possible à cause des difficultés opératoires rencontrées.

M. Arnaud (de Saint-Etienne) a fait 50 ligatures, dont 14 de l'humérale. A la suite d'une de ces dernières, il a observé des phénomènes de méïopragie musculaire, des crampes, une sorte de paralysie ischémique. L'hypertension lui paraît ainsi qu'à M. Leriche une condition favorable, il a pu en juger chez certains de ses malades. Il redoute les ligatures au voisinage des fourches artérielles.

M. de Fourmestraux (de Chartres) estime que la ligature des grosses artères des membres comporte un pronostic grave surtout de façon immédiate mais également de façon tardive. C'est surtout en chirurgie de guerre que surviennent les accidents immédiats, car alors l'opération a lieu au sein de tissus contus, infectés et chez des sujets affaiblis par l'hémorragie primitive ou secondaire. La ligature des gros troncs est infiniment moins redoutable quand les voies anastomotiques sont préparées, par exemple dans les anévrismes artériels ou artério-veineux.

Il semble que le pronostic tardif des ligatures soit meilleur pour le membre supérieur que pour le membre inférieur. L'auteur a pu avoir des renseignements précis sur cinq de ses anciens opérés : une suture de l'axillaire ne détermine aucun trouble après cinq ans, quatre ligatures de la fémorale ont déterminé des réformes variant entre 10 et 30 p. 100.

Il est évident que toutes les fois que cela sera possible la suture devra être préférée à la ligature, surtout dans la pratique civile. La technique de Froin Carrel est la meilleure. L'auteur a présenté avant la guerre au Congrès une pince à hémostase temporaire qu'il a depuis utilisé plusieurs fois. Quel que soit le modèle employé, il est indispensable de ne pas contusionner les tuniques artérielles en amont et en aval de la suture. Il est, d'autre part, extrêmement pratique de stériliser à l'autoclave gants et matériel opératoires dans une solution de citrate de soude à 5 p. 100, on évite ainsi, surtout si l'on imbibe la plaie de la même solution, les coagulations sanguines qui, non seulement gênent dans l'exécution correcte de la suture mais encore localisées autour du segment endo-vasculaire du fil, peuvent déterminer l'apparition d'une thrombose localisée.

MM. Viannay et Duchamp (de Saint-Etienne) apportent une observation de plaie du tronc bicervico-scapulaire à son émergence. L'hémorragie ne put être arrêtée que par la forcipressure à demeure. Les pinces furent enlevées le sixième jour, mais l'hémorragie s'étant reproduite il fallut remettre trois pinces qui saisirent la sous-clavière. La guérison ne fut obtenue qu'après suppuration de la plaie, phlébite et paralysie du sympathique cervical. Actuellement les muscles ont repris leur volume normal, mais le pouls reste absent et l'étude de la tension montre une déficience circulatoire qui se traduit d'ailleurs cliniquement par de la claudication intermittente.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Au cours de l'Assemblée générale, qui a eu lieu le jeudi 5 octobre, à deux heures et demie, M. Tuffier a été élu vice-président du Congrès de 1923 et M. Gosset a été élu membre du Conseil d'administration en remplacement de M. Lejars non rééligible.

D'autre part, il a été décidé que le prochain Congrès aurait lieu à Paris sous la présidence de M. Témoin (de Bourges), le deuxième lundi d'octobre 1923.

Enfin, les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès de 1923 :

1° *Transfusion du sang.* Rapporteurs : MM. Jeanbrau (de Montpellier) et Roux-Berger (de Paris).

2° *Etude clinique des interventions pour prolapsus génitaux.* Rapporteurs : MM. Bégouin (de Bordeaux) et Savariaud (de Paris).

3° *Traitement des oblitérations non calculeuses des voies biliaires.* Rapporteurs : MM. Mathieu (de Paris) et Villard (de Lyon).

Dans une séance qui suivit l'Assemblée générale, M. Matas

(de la Nouvelle-Orléans) montra des collections de pièces opératoires et expérimentales ayant trait à la chirurgie des anévrismes.

M. ALBEE (de New-York), parlant en anglais et traduit par MM. Hartmann et Dehelly, exposa sa méthode de traitement des pseudarthroses par greffons rigides et présenta des films cinématographiques illustrant sa communication.

M. IMBERT (de Marseille), au sujet de ses recherches expérimentales sur les greffes osseuses; M. MENCIÈRE (de Reims), au sujet de questions de chirurgie osseuse; M. BOURGUET (de Paris) pour montrer ses résultats en chirurgie plastique du nez par la voie endonasale, firent d'intéressantes projections.

M. DE MARTEL (de Paris) présente plusieurs films montrant une opération de craniectomie exécutée selon sa technique et diverses autres interventions.

(A suivre.) CHASTENET DE GÉRY.

ACTUALITÉS

QUESTIONS D'OPOTHÉRAPIE

A considérer la quatrième édition des *Innere Sekretion* de A. BIELD, dont la bibliographie, d'ailleurs incomplète surtout en ce qui concerne les publications françaises, renferme cependant plus de 150.000 numéros, on se rend compte de l'importance de plus en plus considérable que l'opothérapie tient en médecine. Toutefois, cette importance est loin d'être la même aux yeux du physiologiste qu'à ceux du clinicien et surtout du thérapeute. Ceux-ci, encouragés par les effets obtenus chez certains malades et parfois trompés par l'expression d'opothérapie (de οπός, suc, extrait) que LANDOUZY a si fâcheusement donné à cette méthode de traitement, mettent à peu près sur le même pied tous les extraits d'organes, tandis que les physiologistes, avec STARLING, SW. VINCENT, SCHAFER, GLEY, BARKER, etc., s'obstinent, avec raison, à distinguer les produits spécifiques, dont quelques-uns seulement sont d'ailleurs connus, et qui jouissent de propriétés propres à chacun d'eux. On peut affirmer que les nombreux mécomptes consécutifs à l'administration de sucs ou d'extraits organiques sont dus en grande partie à la confusion qui s'est ainsi peu à peu opérée dans l'esprit du médecin et que n'a pas encore réussi à dissiper le terme, maintenant accepté, d'*endocrinothérapie*. Mais cette erreur s'explique aussi en partie par la complexité du problème que pose la physiologie des sécrétions internes.

*
* *

Les tissus de l'organisme diffèrent les uns des autres par leur situation, leur structure et leurs fonctions; ayant ainsi une composition différente, empruntant au milieu commun des aliments différents, ils fournissent également des déchets différents. Ces déchets solubles, avant d'être éliminés au dehors, participent, en quelque mesure, à la constitution du milieu intérieur, du sang, et, par conséquent, doivent jouer un certain rôle dans la corrélation générale. Il s'ensuit que l'extrait d'un organe quelconque est appelé, en cas d'insuffisance de l'organe correspondant, à jouer un rôle avantageux, car il est sensé restituer à l'organisme l'élément de corrélation qui vient à lui manquer. D'où l'idée, soutenue au moins implicitement par beaucoup d'auteurs, que tout tissu est apte à devenir un agent opothérapique.

Cette conclusion toutefois ne saurait être acceptée sans de sérieuses réserves, attendu que les réactions qui suivent les injections sont alors à peu près les mêmes avec des extraits d'organes très différents, parce qu'elles tiennent surtout à leurs propriétés antigéniques ou à leur toxicité, et que le pouvoir excito-formateur, attribué par M. P. CARNOT et Mlle DEFLANDRE à l'extrait d'un organe ou d'un tissu sur l'organe ou le tissu correspondant, n'a rien de spécifique et peut être réalisé, exactement de la même manière, par toutes sortes d'autres produits. Il n'en est pas de même avec les véritables sécrétions qui dépendent d'une certaine structure, n'appartiennent qu'à des éléments anatomiques déterminés et reconnaissables, dont cette sécrétion est, en effet, la fonction essentielle. Ces éléments anatomiques constituent exclusivement les glandes, qui, chacune, élaborent une sécrétion particulière, toujours la même pour la même glande et dont les propriétés n'appartiennent qu'à elle. Encore convient-il de distinguer les glandes à sécrétion externe dont le produit est destiné à être rejeté au dehors par le canal excréteur qui les caractérise et ne tient par suite ou n'est appelé à tenir normalement qu'un rôle intraorganique accessoire ou secondaire, des glandes à sécrétions internes (incrétions) dont le produit, déversé dans le sang, intervient, par destination pour ainsi dire, dans la vie intime des organes et l'équilibre des fonctions. Et il importe, à ce propos, de ne pas assimiler à une véritable incrétion, certaines substances excrémentitielles, comme l'urée et l'acide carbonique, qui, tout en excitant fonctionnellement le rein ou le centre bulbaire respiratoire, représentent un déchet banal, de multiples provenances, agissant par un mécanisme qui n'a rien à voir avec une sécrétion endocrine.

*
* *

Précisément, parce qu'elles sont spécifiques et déversées dans le milieu intérieur, les incrétions apparaissent comme des facteurs importants du dynamisme vital, qu'il semble possible d'isoler et de mesurer. Trois conditions les définissent.

D'abord, une condition histologique. Toutes les cellules sécrétantes ont à peu près le même aspect, mais les cellules à incrétion possèdent une orientation et une disposition de la *charge* qui ne sont pas celles des cellules à sécrétions externes. Les premières se groupent, en effet, autour des canalicules sanguins, les secondes s'agrègent le long du canal excréteur. Néanmoins, cette disposition n'est pas rigoureusement invariable et LAGUESSE a bien montré que, dans le pancréas notamment, même chez l'adulte, des cellules d'acini peuvent se transformer en cellules endocrines et réciproquement. En outre, et par suite de la voie par laquelle elle doit s'évacuer, la charge des cellules exocrines s'accumule dans la région proximale du canal excréteur, dans les cellules endocrines au voisinage immédiat du capillaire. Cette condition histologique est-elle gnomonique? Tout porte à le croire jusqu'à présent, puisqu'on n'a jamais pu mettre en évidence une endocrinie spécifique qui ne fut pas liée à la disposition histologique ci-dessus décrite.

La condition chimique s'impose du fait même de

la spécificité, qui est le propre d'un corps défini et non d'un état physique. Aussi SCHAFER mettait-il en opposition les produits des sécrétions externes, considérés comme de simples catalyseurs, thermolabiles, avec ceux des sécrétions internes, thermostables, dialysables, parfois cristalisables et analogues, par leur comportement, à certaines substances d'origine végétale, alcaloïdes et glucosides. La distinction est loin d'être aussi tranchée que le suppose le savant Ecossais, mais il semble bien cependant que toute incrétion possède un *témoin chimique*, qui, seul, permet d'expliquer ses propriétés particulières. A la vérité, nous sommes encore très peu avancés dans la connaissance chimique des principes actifs endocriniens, et l'adrénaline est presque le seul sur le compte duquel nous soyons renseignés. On ne saurait dès maintenant affirmer que la thyréoglobuline iodée soit le principe actif des thyroïdes, ni l'insuline celui des îlots de LANGERHANS. Quant aux principes actifs de la sécrétine, de la glande myométriale, de la glande diastématique, des corps jaunes, de l'hypophyse et de l'épiphyse, du thymus, etc., nous n'avons déterminé ni leur nature, ni leur composition, mais leur existence ne s'en atteste pas moins comme conséquence des expériences physiologiques et thérapeutiques.

* * *

Par définition, le sang efférent d'une glande endocrine contient son principe actif. Si on vient à injecter ce sang on doit donc déterminer les manifestations qui répondent aux propriétés de ce principe : c'est la condition physiologique nécessaire. Malheureusement, une telle démonstration n'a pu être faite que pour un petit nombre de produits, trypsinogénine, sécrétine, adrénaline. Les essais tentés avec le sang thyroïdien sont restés à peu près infructueux, d'après M. GLEY, et, pour des raisons anatomiques ou autres, aucune expérience n'a été fructueusement réussie avec le sang efférent de l'hypophyse, du thymus, des ovaires et des testicules. Pour parer à l'insuffisance de la preuve physiologique, d'autres moyens ont été employés, l'ablation ou la greffe de l'organe et l'administration d'extraits. Mais ces moyens sont loin d'être à l'abri de la critique. Par exemple, l'ablation totale d'un organe sécrétant produit des troubles de déficience que l'on pense combattre, soit en greffant sous la peau l'organe supprimé, soit en injectant son extrait, puisque ainsi on remet en circulation le principe dont l'absence avait entraîné les troubles constatés. Mais si on n'enlève pas la totalité de l'organe, les troubles ne se produisent pas, et ou si on en greffe, après ablation parfaite, une petite partie seulement, les troubles disparaissent tout comme si on en avait greffé la totalité. C'est donc que, normalement, la glande endocrine ne fonctionne pas à plein rendement, mais dans une mesure variable que CARLSON estime être du quart au huitième. D'où l'hypothèse que l'activité de quelques éléments endocriniens suffit à assurer l'équilibre fonctionnel, hypothèse à laquelle la clinique s'oppose, car, chez l'homme, on a parfois trouvé à l'autopsie des glandes presque intactes, alors que la symptomatologie devait les faire regarder comme détruites.

Une foule d'autres difficultés se présentent quand on aborde l'étude physiologique des sécrétions internes. Je n'en ai cité qu'un exemple ; j'aurais pu rappeler également la différence des accidents de l'ablation totale chez l'animal et de la lésion irrémédiable chez l'homme, la disparité incompréhensible entre la valeur physiologique d'un organe et les effets thérapeutiques de son extrait, le rôle des substances antigéniques et toxiques dans les résultats de l'opothérapie, etc. J'y reviendrai peut-être. Mais déjà on peut se rendre compte que l'opothérapie et même l'endocrinothérapie représentent encore des procédés empiriques, que nous utilisons parfois avec d'incontestables avantages mais dont l'interprétation scientifique apparaît souvent peu satisfaisante.

J. LAUMONIER.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

BAIL. DROIT POUR LE PROPRIÉTAIRE D'OCCUPER LES LIEUX LOUÉS PAR LUI-MÊME OU SES DESCENDANTS

FILLE ADOPTIVE

On sait que l'article 3 de la loi du 6 janvier 1922, *tendant à surseoir aux expulsions de locataires*, autorise le propriétaire à reprendre possession des lieux loués, lorsqu'il justifie de la nécessité d'occuper réellement le local à titre d'habitation par lui-même ou par ses ascendants ou descendants ou par les ascendants ou descendants de son conjoint. L'article 13 de la loi du 31 mars 1922 reproduit, à peu près dans les mêmes termes, les dispositions de cet article 3, ajoutant cependant un certain nombre d'exceptions que nous avons antérieurement fait connaître.

Les propriétaires cherchent par tous les moyens à expulser les locataires des locaux loués. Et à cet égard l'un d'eux prétendait expulser un locataire de son appartement en invoquant qu'il destinait celui-ci à *sa fille adoptive*, laquelle il voulait faire considérer comme rentrant dans la catégorie des descendants. La Cour d'appel de Paris, dans son arrêt du 2 avril 1922, n'a pas admis cette manière de voir.

« Considérant que la personne à laquelle l'appelante destine l'appartement actuellement occupé par D... est non pas sa propre fille ou l'enfant de celle-ci, mais, en réalité, l'enfant de sa fille adoptive ;

Considérant que, contrairement à ce qui a été soutenu au nom de l'appelante, on ne saurait assimiler les effets de l'adoption à ceux qui résultent de la filiation légitime ; qu'il résulte des travaux préparatoires que si cette assimilation a été proposée et fortement défendue devant le Conseil d'Etat, elle a été finalement rejetée ; que, par suite, le Code civil, loin de formuler une disposition générale en ce sens, a pris soin d'énumérer dans des dispositions spéciales, et par suite de limiter les effets que doit engendrer le contrat d'adoption ; qu'on en doit conclure que, en l'absence d'une disposition expresse de la loi, l'adopté et ses descendants n'ont pas les mêmes droits, ni la même situation dans la famille, que ceux qui existent au profit des enfants issus du mariage ;

Considérant que l'article 3 de la loi précitée ne renferme aucune disposition en faveur des adoptés ; qu'il mentionne seulement les ascendants et les descendants ; que d'ailleurs, l'expression « descendants » a une signification précise, et ne s'entend que de ceux qui, issus du même auteur, se rattachent à ce dernier par les liens du sang ;

Considérant que de ce qui précède, il résulte que l'article 3 de la loi du 6 janvier 1922 est sans application en l'espèce... »

Cette décision ne peut être qu'approuvée. L'adoption ne rompt pas les liens de famille entre l'adopté et ses parents ; elle n'est entre l'adoptant et l'adopté qu'un contrat personnel dont les effets circonscrits entre eux n'atteignent nul autre membre de la famille : l'adopté ne sort pas de sa famille naturelle où il conserve tous ses droits, notamment ses droits héréditaires. Assurément, l'adopté jouit d'un certain nombre de droits qui ont, pour effet, d'établir une certaine assimilation entre l'adopté et l'enfant légitime : par exemple, la réserve de l'enfant adopté est la même que celle de l'enfant légitime, les descendants de l'adopté succèdent à l'adoptant

par représentation et, à défaut, de leur père. Mais ce ne sont pas là des motifs suffisants pour faire ranger les enfants adoptés, dans la catégorie des « descendants », mot qui a, comme le dit la Cour d'appel de Paris, une signification précise.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

4° Les *troubles digestifs* sont peu marqués. L'appétit est diminué, la constipation est fréquente.

5° Les *urines* sont rares, leur taux descend à 1 litre et moins. Elles sont fortes, riches en couleur, rouges, de densité élevée, pauvres en chlorures, fortement acides, riches en urée.

L'urobilinurie est très marquée, liée à la déglobulisation. L'albuminurie existe dans le tiers des cas.

6° Enfin, l'*anémie* est profonde, en rapport d'ailleurs avec la durée et la gravité de l'attaque rhumatismale. La diminution du nombre des globules rouges atteint fréquemment un million. Elle s'accuse au moment de la convalescence.

Enfin, il est fréquent au cours du rhumatisme articulaire aigu fébrile de constater que le corps thyroïde devient tuméfié et douloureux (signe de Vincent).

L'atrophie musculaire est manifeste au niveau des muscles voisins des articulations malades. Elle est plus fréquente et plus marquée d'ailleurs au niveau des membres inférieurs et frappe surtout les extenseurs. Elle est d'origine réflexe.

ÉVOLUTION. — Le rhumatisme articulaire aigu ne présente pas une évolution cyclique, et il est difficile d'en prévoir la marche. Le type moyen évolue par poussée de huit à dix jours. Dans les cas bénins, elle est plus courte et tourne court en trois à cinq jours. Au contraire, dans les cas graves, les poussées fluxionnaires successives, les complications intercurrentes peuvent prolonger la maladie durant quatre à six semaines et plus. La chute de la température et la disparition de la douleur sont les premiers indices de la convalescence. Cependant, après la défervescence, les articulations atteintes peuvent rester pendant quelque temps raides, douloureuses, gonflées.

La convalescence peut d'ailleurs être coupée par des *rechutes* dont les premiers symptômes sont le réveil de la fièvre et des fluxions articulaires nouvelles.

En outre, il faut signaler que cette affection est essentiellement une maladie à *récidives*. Il n'est pas rare qu'un même individu soit atteint de deux ou trois poussées articulaires fébriles pendant son existence.

PRONOSTIC. — Le pronostic immédiat est en général bénin ; mais le pronostic à distance dépend avant tout de la température et des complications qui souvent font du malade ultérieurement un cardiaque.

COMPLICATIONS. — De nombreux viscères peuvent être touchés par le rhumatisme articulaire aigu : le cœur, la plèvre, les méninges, les vaisseaux, la peau, les muqueuses peuvent être le siège de complications. « Le rhumatisme aigu lèche les jointures, la plèvre, les méninges même, mais il mord le cœur » (Lasègue).

1° RHUMATISME CARDIAQUE. — Citer les lois de coïncidence de Bouillaud.

Le *début* est insidieux, d'où la nécessité d'ausculter le cœur tous les jours. Début du premier au deuxième septenaire par de la dyspnée et de l'élévation de la température qui doivent faire soupçonner une lésion cardiaque, alors que les douleurs articulaires s'atténuent.

On peut observer de la péricardite, de l'endocardite, de la myocardite, de la pancardite.

La *péricardite* est le plus souvent *sèche*, s'accompagnant des symptômes habituels de cette maladie. Parfois, à la suite, se forme un épanchement avec augmentation de la matité cardiaque, un assourdissement des bruits du cœur, des phénomènes de compression. La symphyse cardiaque en est souvent la conséquence.

L'*endocardite* rhumatismale évolue le plus souvent à bas bruit, sourdement. Elle est caractérisée essentiellement par l'assourdissement des bruits du cœur (bruits éteints, bruits éteints et durs, bruits durs, enfin, selon le schéma de Potain). Tardivement apparaissent des souffles cardiaques, systolique à la pointe, ou diastolique à la base, traduisant des lésions cicatricielles des orifices mitral ou aortique.

La *pancardite* rhumatismale donne naissance à des lésions cardiaques complexes, lésions valvulaires, symphyse, myocardite, dilatation du cœur, souffles, frottements, variables suivant les jours, et aboutissant à un défaut précoce de compensation cardiaque.

2° COMPLICATIONS PLEURO-PULMONAIRES. — Les manifestations pleuro-pulmonaires sont d'origine congestive, mobiles comme les localisations articulaires. On peut assister à la survenue d'une congestion pulmonaire généralisée, très grave et souvent mortelle, soit une congestion pulmonaire partielle type Woilez, soit à des foyers de congestion pulmonaire latente que l'on découvre par l'auscultation méthodique.

La *pleurésie* constitue une complication assez fréquente, surtout à gauche. En général, le début est rapide et l'épanchement se constitue en quelques jours, donnant lieu à une collection séro-fibrineuse située à la partie postérieure du thorax (pleurésie en galette de Lasègue).

3° COMPLICATIONS NERVEUSES. — A côté des complications pararhumatismales (ramollissement embolique dû à une endocardite végétante, accidents dus à l'alcoolisme, à l'hystérie ou à l'urémie), il faut signaler les complications véritables (méningite et rhumatisme cérébral) qui semblent résulter de la localisation sur l'encéphale de l'agent microbien du rhumatisme ou de ses toxines. Ces complications s'observent surtout dans les formes hyperthermiques et chez les prédisposés, les surmenés. On peut observer trois aspects cliniques : une forme *suraiguë* avec début soudain, hyperpyrexie et mort foudroyante en quelques heures ; une forme *aiguë* qui débute la deuxième ou troisième semaine : la température est élevée, le pouls accéléré, le malade est inquiet, agité, en proie à du délire torpide ou anxieux. A des phases d'excitation succèdent des phases d'abattement et de l'épuisement. La parole est embarrassée, la respiration difficile et la mort survient dans le coma en une ou deux semaines. La guérison est cependant possible.

Enfin, on peut observer du rhumatisme cérébral *subaigu* ou *chronique* avec céphalalgie, insomnie, découragement ; parfois des hallucinations, du délire et même de la manie (folie rhumatismale).

Ces accidents traînent plusieurs semaines, plusieurs mois. Ils guérissent souvent.

Signaler aussi les rapports étroits du rhumatisme, de l'endocardite et de la *chorée*. *(A suivre.)*

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 79, p. 1278.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 18 octobre. — Jury : MM. Couvelaire, président ; Lévy-Solal, Alglave et Lardennois. — M. PETETIN (externe). La mesure de l'acidité et de l'alcalinité par les procédés modernes.— M. BRIOIS (M.). Sur un cas de dystocie du fœtus.

Jeudi 19 octobre. — Jury : MM P. Marie, président ; Bernard, Cunéo et Debré. — M. DUBUC (René). Un an de fonctionnement du nouveau dispensaire de salubrité de Rouen. — M. DE BRUN DU BOIS-NOIR (externe). Sur un cas de tubercule du cervelet opéré. — M. GANCHE (Joseph) [externe]. Contribution à l'étude clinique de l'anesthésie.

Jury : MM. Widal, président ; Achard, Bezançon et Sicard. — M. LERMOYEZ (Jacques) [interne]. Les phénomènes de choc dans le coryza. — M. GOUEZ (Jean). De l'étiologie syphilitique de certaines hydrocèles. — M. LE NORMAND (Robert) [externe]. Contribution à l'étude de la sérothérapie massive. — M. PÉCOUT. La bactériothérapie de la coqueluche.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PPRIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — **Pathologie interne.** — Séance du 17 octobre. — Question donnée : « Signes et diagnostic des angines de la scarlatine. »

Questions restées dans l'urne : 1° « Complications cardio-artérielles de la fièvre typhoïde. »

2° « Formes cliniques du cancer du foie. »

Pathologie externe. — Séance du 18 octobre. — Question donnée : « Diagnostic différentiel des arthrites chroniques du genou. »

Questions restées dans l'urne : 1° « Mécanisme, signes, complications et diagnostic des fractures du rocher. »

2° « Signes, complications, diagnostic des fibromes utérins chez la femme enceinte, en travail ou accouchée. »

Répartition des jurys. — Anatomie : MM. Walther, Mondor, Coutelas, Courcoux.

Pathologie interne : MM. Comte, M.-P. Weil, Lemaire, Legry.

Pathologie externe : MM. Sauvé, Ecalle, Thiroloix, Picot.

Lecture des copies. — Les séances auront lieu en principe :

Pour l'anatomie : le lundi à 17 h., le jeudi à 20 h. 1/2, le vendredi à 21 h., le samedi à 17 h., à l'hôpital Laënnec. Première séance le 23 octobre.

Pour la pathotogie interne : le samedi à 20 h. 3/4, le mercredi à 9 h., le dimanche à 9 h. 1/2, à l'hôpital de la Charité. Première séance samedi 21 octobre.

Pour la pathologie externe : les mardis, jeudis et samedis à 5 h., à l'hôpital Beaujon. Première séance jeudi 19 octobre.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — **Pathologie.** — Séance du 17 octobre. — Question donnée : « Diagnostic et traitement de la rétention d'urine. »

MM. Raganeau et Kirszblum, 10; Le Renard et Pierron, 11; Mazeyrie, 12; Hébert, 16 1/2; Jeantet, 16; Grancher, 17; Hude, 14; Janvier, 16; Jouanneau, 12; Guilmard, 10; Haury, 11; Guédé, 17; Mlle Guérin, 18; MM. Grandrie, 10; Henri et Hervy, 14; Héraud, 13; Heber-Suffrin, 15.

Séance du 18 octobre. — Question donnée : « Complications de la scarlatine. »

MM. Huguet, 15; Hambourg, 16 1/2; Hazan, 16; Joly, 15; Sevestre et Heim, 14; Hubner, 16; Guillemin, 16 1/2; Hussenstein, 16; Godel, 17 1/2; Hénault, 16; Hodanger, 14; Houzeau, 15; Gouyen, 18 1/2; Choffé, 13; Couperot, 14 1/2; Coquelin, 10; Cabrol, 12 1/2; David (Jean), 14; Mlle Dalloni, 13.

Anatomie. — Séance du 16 octobre. — Question donnée : « Nerf médian et ses branches à partir du pli du coude. »

MM. Giroud, 16; Bouvier (Maurice), 6; Bargy, 10; Beaufils, 13; Bézier, 8; Arias, 6; Mlle Bondoux et MM. Detrois, 8; Alopée, 14; Chappaz, 13; Dinichert, 14 1/2; Boquel, 16; Bompard, 18; Blanckaert, 10; Godel, 18 1/2; Mlle Goldring, 14; M. Bruchon, 16.

Séance du 17 octobre. — Question donnée : « Muscle grand et petit pectoral. »

M. Ab der Halden, 17; Mlle Begaud, 15; MM. Bailby, 16; Baudet, 13; Blin, 10; Calmet, 12; Auvray, 13; Mlle Brosse, 18; MM. Albane, 8; Despas, 14; Amiot et Faguet, 12; Fort (Pierre), 16; Froment (Marcel), 14; Delafarge, 13; Berry, 17 1/2; Fontaine et Altman, 12; Bouvier (G.), 14 1/2; Alétru, 6; Bardonnaut, 15; July, 13; Grivolet, 12.

PRIX FILLIOUX — En conformité du legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les *maladies de l'oreille*. Le montant de chacun de ces prix est fixé, chaque année, à la fin du concours.

Exceptionnellement en 1922, il sera décerné deux prix aux candidats internes et deux prix aux candidats externes.

Pour l'année 1922, le concours sera ouvert le lundi 18 décembre.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale (service de santé),

tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 heures à 17 heures, du 20 au 25 novembre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le samedi 25 novembre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

I. *Programme du concours.* — 1° Un mémoire, manuscrit et inédit, sur les maladies de l'oreille, le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomo-pathologique ; 2° une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade, et dix minutes pour faire sa leçon, après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces deux épreuves est de : pour le mémoire, 30 points; pour l'épreuve clinique, 20 points.

II. *Jury du concours.* — Le jury du concours est composé de cinq membres tirés au sort, savoir :

Trois parmi les chefs de service d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants;

Un médecin et un chirurgien parmi les médecins et les chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux comptant huit années d'exercice à partir du 1er janvier qui a suivi leur nomination.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT. — Un concours s'ouvrira le 23 avril 1923, devant la Faculté de médecine de Toulouse, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine de Clermont.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

DÉCRET CONCERNANT LA RÉORGANISATION DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — ARTICLE PREMIER. — L'article 8 du décret du 19 septembre 1919, concernant la réorganisation de l'Ecole du Service de santé militaire, est modifié comme suit :

« *Art. 8.* — Nul ne peut être admis au concours s'il n'a préalablement justifié :

« 1° Qu'il est Français ou naturalisé Français ;

« 2° Qu'il possède l'aptitude physique qui sera déterminée par une instruction ministérielle.

« L'instruction relative aux conditions du concours d'admission détermine chaque année l'ensemble des conditions (âge, scolarité, etc.), à exiger des candidats.

« Les candidats admis sont nommés élèves de l'Ecole du Service de santé militaire. Ils rejoignent cette Ecole et y sont immatriculés et incorporés après vérification de leur aptitude physique par un conseil médical constitué à l'Ecole, et dans les conditions déterminées par une instruction ministérielle. Ils signent l'engagement prévu par l'article 23 de la loi du 21 mars 1905, modifié par la loi du 7 août 1913, et contractent en même temps l'obligation de rester en service pendant six ans à compter de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

« Les élèves accomplissent effectivement à l'Ecole du Service de santé militaire, à Lyon, leurs deux dernières années d'études, durant lesquelles ils sont immatriculés à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.

« Pendant la scolarité qui précède ces deux années, les élèves qui en font la demande sont détachés dans une ville de faculté pour y continuer leurs études; les élèves détachés sont administrés par la section d'infirmiers de la région du corps d'armée correspondant dans les conditions déterminées par une instruction ministérielle. Ils reçoivent une instruction militaire élémentaire, sont soumis à un contrôle technique permanent suivant les prescriptions du ministre de la Guerre et astreints aux obligations de service prescrites par l'article 23, paragraphe 1er, de la loi sur le recrutement du 21 mars 1905, modifiée par la loi du 7 août 1913.

« Les élèves sont nommés sous-officiers pour accomplir dans un cours de troupes, au cours de leur deuxième année d'école, deux mois de service militaire dans les conditions de la loi du 7 août 1913 (art. 13).

« Les élèves qui, en cours de scolarité, ne réuniraient plus les conditions d'aptitude physique exigées, feront l'objet d'un rapport au ministre en vue de leur radiation des contrôles de l'école.

« *Dispositions particulières aux externes.* — Les élèves qui, durant leur scolarité, auront acquis au concours la qualité d'externe... » (Le reste sans changement.)

MARINE. — Par décision ministérielle du 14 octobre 1922, les étudiants en médecine et en pharmacie dont les noms suivent ont été nommés, à la suite du concours de 1922, élèves du Service de santé de la marine :

Ligne médicale. — Etudiants à 12 inscriptions (ancien et nouveau régime) et 16 inscriptions (nouveau régime) : MM. Austry, Bonnet, Dufilho, Renucci.

Etudiants à 8 inscriptions (ancien et nouveau régime) : MM. Fazeuilles, Josse, Fougerat, Rocca, Marion, Gabert.

Etudiants à 4 inscriptions (ancien et nouveau régime) : MM. Bordes, Morvan, Le Meur, Sainz, Berge, Nicolas, Badelon, Coupiny, Alain, Herment, Cabiran, Pieri, Trial, Verliac, Gruvel, Bonnet, Labbé, Hoschetter, Freyche, Mounot, Moreau, Perget, Payard, Grinsard, Mondain, Lanzalavi, Roudil, Baccialone, Long, Gourmelon, Bigot, Strowski de Lenka, Buquet, Bonnetblanc, Morvan, Lepeuple, Bertrou, Besson, Lajat, Kervingant, Janand, Laurore, Palud, Vialard-Goudou, Renaud, Caer, Talec, Le Bouar, Bossard, Coussin, Durand, Gatineau, Busy, Ecarlat, Candille, Guitton, Passerieux, Jaffry, Valle, Courtier, Planchard, Blocquaux.

Ligne pharmaceutique. — Candidats munis de la validation de stage : MM. Quere, Provost, Huitric, Vincent, Le Gousse, Audebert, Bonnet, Cornec, Henry.

— Le *Journal officiel* du 15 octobre 1922 publie :

1° L'instruction relative à l'admission en 1923 dans les trois écoles annexes de médecine navale et à l'Ecole principale du Service de santé de la marine.

2° Le programme de 1923 et l'instruction relative à l'admission, en 1923, à l'Ecole principale du Service de santé de la marine à Bordeaux.

CONGRÈS DES DERMATOLOGISTES ET SYPHILIGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE. — Un Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française sera tenu à Strasbourg, en juillet 1923, à l'occasion des fêtes du Centenaire de Pasteur, les jeudi 26, vendredi 27 et samedi 28 juillet.

Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° *La désensibilisation dans les maladies de la peau.* Rapporteurs : MM. Ravaut (de Paris) et Spillmann (de Nancy);

2° *Le nævo-carcinome.* Rapporteurs : MM. P. Masson (de Strasbourg) et Bruno Bloch (de Bâle);

3° *Conduite du traitement d'une syphilis à la période préhumorale.* Rapporteurs : MM. Queyrat (de Paris) et Malvoz (de Liége);

4° *Valeur des voies d'introduction des médicaments dans le traitement de la syphilis.* Rapporteurs : MM. Milian (de Paris) et Bodin (de Rennes).

Ce Congrès sera précédé par celui du *Cancer* qui aura lieu les lundi 23 et mardi 24 juillet, et suivi par la conférence internationale de la *Lèpre* qui aura lieu les samedi 28 et lundi 30.

Pour tous renseignements, s'adresser au professeur Pautrier, président du bureau d'organisation du Congrès, 2, quai Saint-Nicolas, Strasbourg.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Jeudi 26 octobre. — Jury : MM. Nobécourt, président; Lereboullet, Lecène et Terrien. — M. VIELLE (Henri). Du grand diabète avec hypotrophie chez les enfants. — M. CHAMPION (Gaston). Usages chirurgicaux de la clonazonie. — M. SCHTEIN (Yves). Un cas de néphrite hémorragique.

XXXIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[*Paris, 2-7 octobre 1922*] (1).

SÉANCE DU VENDREDI 6 OCTOBRE 1922

TROISIÈME QUESTION

TECHNIQUES ET RÉSULTATS DE L'EXTIRPATION DES TUMEURS DU GROS INTESTIN (RECTUM EXCEPTÉ)

Les rapporteurs M. ABADIE (d'Oran) et M. OKINCZYC (de Paris), étudient dans deux rapports distincts le premier les *techniques*, le second les *méthodes et les indications opératoires*.

Rapport de M. Abadie

I. GÉNÉRALITÉS RELATIVES A LA CHIRURGIE D'EXÉRÈSE DU COLON. — La chirurgie du côlon est beaucoup plus difficile chez un cancéreux que chez un ptosique parce qu'au contraire de ce dernier, le cancéreux est en général un homme encore gras, à forte paroi, à mésos solides, dont le côlon « ne vient pas ».

A. *Particularités anatomiques du gros intestin d'application chirurgicale immédiate. — Les moyens de fixité du côlon et la mobilité comparés de ses différents segments* s'expliquent par l'embryologie qui montre l'évolution de l'anse intestinale, sa rotation, la fixation du duodénum sous l'origine de la mésentérique supérieure, la disposition des anastomoses entre la mésentérique supérieure et l'inférieure. On comprend ainsi l'accolement secondaire et la constitution des mésos coliques, la descente du tablier épiploïque. De là découlent le décollement colo-pariétal et le décollement colo-épiploïque, qui joints à la section des ligaments coliques permettent la mobilisation du côlon.

Pour *extérioriser* la tumeur, on peut isoler simplement l'anse par des compresses plongeantes, — ou sectionner le méso et reconstituer la paroi par-dessous l'anse, ou suturer les lèvres péritonéales pariétales aux faces du méso, — ou sectionner seulement les feuillets latéraux du méso et en suturer respectivement les lèvres postérieures aux lèvres du péritoine pariétal (Quénu). De ces quatre procédés, le second et le quatrième sont seuls à retenir.

La *vascularisation des côlons* montre l'écueil d'une irrigation insuffisante du rectum si l'on lie simultanément plusieurs branches terminales de la mésentérique inférieure.

Les *ganglions lymphatiques* sont envahis sur une étendue, en général, assez limitée pour que l'exérèse en soit aisée. Leur augmentation de volume est souvent purement inflammatoire. Ramollis, on peut, si on les déchire, infecter le tissu cellulaire.

B. *Principes de technique adaptés au gros intestin.* — Les *sutures* sont particulièrement délicates en raison de la septicité intense des matières coliques, de la minceur des parois. Sans tomber dans l'abus des fils de repère, des faufilés, etc., il faut bien présenter l'ouvrage, savoir recourir aux points de Polland ou de Connel; le point de feston ne paraît pas préférable au surjet régulier.

L'*écrasement* garde ici ses avantages indéniables d'asepsie plus strictes. Les *recherches* de l'auteur et du docteur Argaud, communiqués à l'Académie de médecine en juin 1922, montrent que loin d'entraîner une nécrobiose tissurale, les procédés d'écrasement semblent, au contraire, donner aux cellules un regain d'activité génétique. La cicatrisation, après cinq jours, est déjà d'une régularité parfaite. On conçoit que le nombre des partisans de l'écrasement aille croissant, on peut ainsi avec Moszkowicz (1908), Gudin (1916), supprimer toute suture muco-muqueuse et se borner à deux plans séro-séreux.

Les *sections* et *oblitérations* ont suscité maints procédés ingénieux : procédé de Klapp, surjet par-dessus le clamp, enroulement par bout, etc. Il est bon de renforcer par épiplooplastie.

Les différents genres d'*anastomoses* ont leurs indications respectives : latéro-latérale pour les anastomoses iléo-coliques (ouverture large, moignons courts); termino-terminale pour les anastomoses colo-coliques; termino-latérale entre iléon et sigmoïde. Ceci n'a rien d'absolu. L'invagination du bout supérieur, fixé sur tube dans le bout inférieur, rend des services à la partie terminale du côlon (coloraphie sur tube). Les *mésos* doivent être bien présentés et suturés. La *péritonisation* complète est l'idéal. Lecène a insisté avec raison sur les dangers de la *cellulite sous-péritonéale*. Le *drainage* extrapéritonéal passera de préférence dans la région lombaire. Le tube de Faucher introduit par l'anus et remontant au-dessus de l'anastomose évite la distension gazeuse des sutures.

II. OPÉRATIONS COMMANDÉES PAR L'EXÉRÈSE DES TUMEURS DU COLON. — L'auteur signale l'importance des travaux fondamentaux d'Ockinczyc, Duval, Cruet, Desmarest, Pauchet.

L'*anesthésie* locale suffit pour l'anus artificiel, la cure de l'anus, certaines anastomoses de dérivation préventive. La rachianalgésie est particulièrement indiquée pour les interventions intraabdominales. Il faut faire l'*exploration méthodique* de l'abdomen. Une figure d'ensemble montre les *incisions* de choix suivant les segments coliques intéressés par les tumeurs.

A. *Procédés de dérivation préventive.* — L'*anus cæcal* doit être large, c'est le seul moyen de mettre vraiment au repos le côlon au-dessus de la tumeur et de permettre une désinfection efficace par lavages abondants. La technique de Desmarest a ses avantages; de même la mise en place d'un tube de Paul. L'*entéro-anastomose* de choix est l'iléo-sigmoïdostomie à la pince-couplée. L'*exclusion unilatérale* sera, en général, préférée à l'*exclusion bilatérale*, parce que plus simple, plus rapide : il s'agit, en effet, d'une simple opération préparante.

B. *Exérèse segmentaire intraabdominale avec rétablissement immédiat de la continuité.* — L'*hémicolectomie droite* avec anastomose iléo-transverse convient aux tumeurs du cæcum, du côlon ascendant, de l'angle hépatique. L'*exérèse segmentaire au niveau du transverse* a, comme condition expresse, une mobilisation aisée du côlon; on enlèvera largement l'épiploon correspondant jusqu'à son insertion gastrique. L'*exérèse segmentaire au niveau de l'angle colique gauche* a été bien décrite par Desmarest : mobilisation étendue de l'angle, anastomose termino-terminale après écrasement, oblitération momentanée des deux bouts, recoupe. L'*exérèse au niveau du côlon descendant* tire avantage du glissement descendant du bout supérieur (Duval). L'*exérèse segmentaire au niveau du côlon ilio-pelvien* a fait l'objet de la thèse fondamentale de Duval; elle met en œuvre un large décollement colo-pariétal; anastomose termino-terminale de préférence; parfois, coloraphie sur tube. Pour toutes les exérèses portant sur le côlon gauche, le rétablissement idéal de la continuité intestinale peut parfois être risqué. On peut alors, tout en rétablissant la continuité de la lumière, soulager les sutures par une *dérivation in situ*, selon les procédés de Hartmann ou de Lardennois, ou de Volkmann-Fiolle. L'*exérèse au niveau de l'extrémité inférieure du côlon* sera toujours délicate, soit par la difficulté des sutures au fond du bassin en cas de résection limitée, soit par l'étendue de la résection qui devient abdomino-périnéale. La coloraphie sur tube est ici précieuse.

La *colectomie totale*, préconisée par Lane et Pauchet, n'a pas des indications aussi étendues que l'opinion de ces auteurs tendrait à l'établir. Chez un cancéreux, la gravité en est grande; il n'est pas vain d'enlever tout le côlon. La colectomie totale peut se faire en un temps (côlon transverse gauche par exemple), deux temps (côlon droit), trois temps (sigmoïde). Il en faut rapprocher la colectomie sous-cæcale de Lardennois, exceptionnelle.

C. *Opérations d'extériorisation.* — L'extériorisation n'est point un pis-aller, mais la méthode de choix dans des cas bien déterminés. Elle a pour but de permettre l'exérèse « à péritoine fermé » (Okinczyc). Trois types sont fondamentaux :

1° Colectomie par extériorisation et résection immédiate avec dérivation de sûreté immédiate, mais rétablissement partiel de la continuité (Volkmann, Bouilly);

Association de la Presse médicale française.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 79, p. 1269, et n° 81, p. 1305.

2° Colectomie par extériorisation et résection immédiate avec dérivation de sûreté sur le bout supérieur et rétablissement secondaire de la continuité (Hartmann);

3° Colectomie par extériorisation et résection différée avec déviation in situ sans rétablissement de la continuité (Quénu).

D. *Cure radicale de l'anus artificiel.* — Elle s'impose après les procédés de colectomie avec dérivation ou à distance ou in situ. Quénu la réalise extrapéritonéale; de même Savariaud. Mais on peut également être obligé de recourir franchement à la résection intrapéritonéale (Hartmann).

E. *Soins pré ou postopératoires.* — Ils sont étudiés après l'anus artificiel, avant l'exérèse, après l'exérèse.

III. Un TABLEAU RÉCAPITULATIF DES INDICATIONS ET PROCÉDÉS passe en revue les différentes éventualités cliniques conformément aux conclusions du rapport d'Okinczyc, et renvoie aux différents procédés techniques auxquels le chirurgien doit recourir.

Rapport de M. Okinczyc.

EXPOSÉ DES MÉTHODES. — Les méthodes chirurgicales qui s'opposent en matière de résection colique, trouvent leur raison d'être dans les dangers que font courir au malade, la septicité exaltée du contenu intestinal d'une part et l'infection cellulaire périnéoplasique d'autre part. Si l'on ajoute à ces causes d'infection les conditions défavorables que créent la tension des gaz intestinaux et la consistance solide des matières coliques, on comprendra l'importance que peut avoir une dérivation de ce contenu de l'organe. La colectomie sera donc pratiquée avec ou sans dérivation. Cette classification se substitue rationnellement à la division par temps opératoire qui devient sans intérêt.

I. COLECTOMIE SANS DÉRIVATION AVEC ENTÉRORRAPHIE IMMÉDIATE. — *A.* Elle peut être *segmentaire*. C'est la première qui fut tentée en 1833, avec succès d'ailleurs, par Reybard. Le mode d'entérorraphie peut varier (termino-terminale, latéro-latérale, termino-latérale) mais il est toujours colocolique.

B. Elle peut être *totale* ou *subtotale*, quel que soit le siège du cancer (A. Lane, Taylor, Pauchet) ou seulement dans le cas de cancer du côlon droit (Pierre Duval). La continuité intestinale est rétablie par suture iléo-colique termino-terminale (P. Duval, Pauchet), latéro-latérale ou termino-latérale (A. Lane).

C. Ce peut être enfin une *hémicolectomie* droite, pour les cancers du côlon droit; gauche pour les cancers du côlon gauche.

Le rétablissement de la continuité intestinale se fait à droite, par anastomose iléo-colique, et à gauche par anastomose colo-colique ou cæco-colique (colectomie sous-cæcale de G. Lardennois).

II. COLECTOMIE AVEC DÉRIVATION. — La dérivation peut être *externe*, à la paroi, ou *interne* par entéro-anastomose et court-circuit.

A. *Dérivation externe.* — Cette dérivation externe peut être obtenu par fistulisation de l'intestin ou par un anus artificiel. Mais encore, le moment de la dérivation peut varier, car elle peut être *préalable* à la colectomie ou *contemporaine* de la colectomie ou enfin *maintenue* après colectomie et entérorraphie.

1° *Préalable* à la colectomie, la dérivation est alors primitive; la colectomie et l'entérorraphie sont retardées, secondaires. Mais cette dérivation préalable peut être établie *à distance* de la tumeur ou au contraire *proche* de la tumeur.

a. *A distance.* — C'est l'anus cæcal quel que soit le siège du néoplasme (sauf pour le cancer du cæcum) comme le préconisent Baum, Jaboulay, Cavaillon, ou l'anus sur le côlon transverse pour les tumeurs du colon pelvien (Schloffer).

b. *Proche* de la tumeur, la dérivation peut être supprimée eu même temps que la tumeur, soit que cette dérivation proche ait été pratiquée sans mobilisation de la tumeur et sans extériorisation (Savariaud), soit que la dérivation soit établie au contraire sur l'anse extériorisée mais non réséquée comme le faisaient Bloch et Hochnegg.

2° *Dérivation contemporaine de la colectomie.* On peut la réaliser par des opérations à péritoine ouvert ou à péritoine fermé.

a. *A péritoine ouvert* : l'opération comprend une colectomie; mais l'entérorraphie n'est que partielle laissant subsister une dérivation externe in situ (opération de Bouilly-Volkmann, d'ailleurs réalisable à péritoire fermé).

b. *A péritoine fermé :* ce sont alors toutes les opérations dites d'extériorisation avec leurs variantes qui, toutes, se rattachent aux principes de la dérivation et de la colectomie à péritoine fermé (opérations de Reclus, Bloch, Mikulicz, Hartmann, Paul, Quénu). La dérivation dans toutes ces opérations est supprimée ultérieurement par la cure de l'anus et l'entérorraphie définitive.

3° *Dérivation maintenue après la colectomie et l'entérorraphie* (opérations de Hartmann, Lardennois, Baum, Schloffer, Wolfler, Jaboulay, Cavaillon.

B. *Dérivation interne.* — La dérivation au lieu de se faire au dehors, à la paroi, s'obtient indirectement par un court-circuit intestinal. On le réalise :

— Par une *anastomose simple* de Maisonneuve.

— Par une anastomose avec section de l'intestin proximal seul : c'est alors une *exclusion unilatérale*.

— Par une anastomose avec *exclusion bilatérale* de l'anse où siège la tumeur. Cette anse exclue, fermée à ses deux bouts, doit être fistulisée à la paroi, ou bien l'un des deux bouts doit être dérivé à la paroi.

La dérivation interne est *préalable* à une colectomie, qui est faite dans un temps ultérieur. Contrairement aux opérations de ce genre qui sont pratiquées dans un but palliatif, elles ne sont que temporaires et constituent le premier temps d'une colectomie.

Dans ces opérations, l'entérorraphie est donc primitive, la colectomie secondaire.

III. LES OPÉRATIONS ATYPIQUES. — Ce sont des opérations qui empruntent à chaque méthode, associent la dérivation à distance et la dérivation in situ. Elles sont inspirées par des indications particulières, exceptionnelles, et ne peuvent constituer des méthodes à proprement parler.

Il en est de même pour les opérations destinées à la résection des tumeurs de la portion terminale du côlon pelvien (opérations de Hartmann, Mummery, Pierre Delbet).

RÉSULTATS. — Pour des raisons de précision et d'exactitude dans l'observation des faits, l'auteur a volontairement limité sa statistique aux 204 cas opérés dans le service de Hartmann par ce chirurgien lui-même ou ses collaborateurs.

Sur ces 204 opérations il y a eu 86 opérations palliatives et 118 opérations d'exérèse. La proportion de résections qui est de 57,4 p. 100 a été rarement atteinte et marque la tendance à reculer le plus possible les limites de l'opérabilité. Sur les 118 résections, il y en a eu 25 pour tuberculose, 92 pour cancer et 1 pour tuberculose et cancer associés.

I. *Résection pour tuberculose.* — La tuberculose doit être séparée du cancer dont elle diffère par sa localisation, le mode d'intervention qui lui est appliquée, les résultats éloignés qui ne sont pas compromis par les récidives et les métastases.

Résultats immédiats. — On a fait 13 résections iléocæcales avec 2 morts, 10 hémicolectomies droites avec 1 mort, 1 colectomie subtotale avec 1 mort, 1 opération en deux temps avec 1 mort. La mort a été causé par le shock, la péritonite ou des accidents pulmonaires.

Résultats éloignés. — On n'est renseigné que sur 11 des 20 malades qui ont guéri opératoirement; 6 sont morts de trois mois à douze ans après l'opération, 5 dont l'opération remonte de neuf mois à quinze ans restent guéris.

II. *Résection pour cancer. Résultats immédiats.* — Les 93 résections pour cancer ont donné 37 morts, soit 39,7 p. 100 de mortalité.

Sur ces 93 opérations radicales, 36 colectomies sans dérivation ont donné une mortalité globale de 44,4 p. 100. Mais il faut remarquer que si l'on distingue les cas selon la localisation, la mortalité pour le côlon droit n'est que de 29,1 p. 100 alors qu'elle s'élève à 66,6 p. 100 pour le transverse et à 83 p. 100 pour le côlon gauche.

A la suite des 57 colectomies avec dérivation, il y a eu 21 morts soit 36,8 p. 100.

Si l'on envisage les résultats selon le procédé opératoire, on a pour la dérivation préalable une mortalité de 37,5 p. 100, pour la dérivation contemporaine, extériorisation, une mortalité de 40,6 p. 100, pour la dérivation maintenue une mortalité de 25 p. 100; la dérivation interne n'a pas donné de mort.

Les résultats, d'après le siège de la tumeur, fournissent les chiffres suivants : côlon droit, mortalité de 32 p. 100; côlon transverse, 60 p. 100; côlon gauche, 37,7 p. 100.

La mort a été causée le plus souvent par la péritonite ou une cellulite rétropéritonéale.

Résultats éloignés. — Sur 30 opérés dont on peut faire état, 11 sont morts de deux mois à cinq ans, après l'intervention. Les 29 guéris le sont depuis un temps qui varie de six mois à treize ans.

INDICATIONS. — Si le siège, les modifications anatomiques commandent souvent le choix des méthodes chirurgicales. c'est le moment symptomatique qui reste l'élément essentiel dans cette élection. L'état d'infection locale et l'état d'occlusion constituent ce qu'on a appelé les cancers compliqués; les indications se trouvent déterminées par ces conditions particulières.

I. *Avec occlusion.* — L'accord est fait en ce qui concerne les tumeurs du gros intestin *en occlusion.* Malgré quelques propositions, et même quelques réalisations hardies de colectomie totale dans ces cas, presque tous les chirurgiens en restent à la dérivation préalable à distance, c'est-à-dire à l'anus cæcal, toutes les fois que c'est possible. Si la tumeur siégeait sur le cæcum ou au voisinage immédiat du cæcum, la dérivation interne, par entéro-anastomose ou exclusion unilatérale, est à conseiller.

II. *Sans occlusion.* — En dehors de l'occlusion, il ne faut pas perdre de vue qu'il existe néanmoins toujours, un certain degré de rétention en amont de la tumeur, avec stase.

De plus, la tumeur est : ou bien mobile siégeant sur des segments non accolés du côlon; ou bien adhérente, parce que fixée avec les segments accolés du côlon ou parce que infectée et fixée par les adhérences inflammatoires.

A. *Tumeurs mobiles et sans infection périnéoplasique.* — 1° Sur le *côlon droit,* la tumeur se prête à l'hémicolectomie immédiate sans dérivation; l'hémicolectomie supprime, en même temps que la tumeur, le sac septique sus-jacent à la tumeur, et facilite le rétablissement de la continuité intestinale, en reportant la suture vers un segment mobile du côlon, loin du tissu rétro-péritonéal si fragile à l'infection.

2° Sur le *côlon gauche,* même pour les tumeurs mobiles et non infectées en apparence, la dérivation s'impose à cause de la stase sus-jacente inévitable et constante.

Suivant les habitudes ou les préférences, on peut faire dans ce cas, ou bien : la dérivation préalable à distance; puis la colectomie segmentaire avec entérorraphie dans un temps secondaire; ou bien : l'extériorisation, puis la cure de l'anus dans un temps secondaire.

Les préférences du rapporteur vont à la première de ces méthodes parce que la dérivation cæcale est maintenue temporairement après la suture intestinale; cette soupape de sûreté met à l'abri des tensions gazeuses ou stercorales sur les sutures.

3° Sur le *côlon moyen* (transverse), même en cas de tumeur mobile et non infiltrée, l'extériorisation est toujours malaisée et la colectomie segmentaire toujours plus grave que sur les autres parties du côlon.

Dans ces conditions, chez des malades maigres, en bon état, on est en droit de tenter une hémicolectomie en un temps, poussée aussi loin qu'il faut pour la commodité opératoire, vers le côlon gauche.

Mais chez la plupart des malades la prudence conseille de sérier les temps de cette opération. C'est le cas d'utiliser la dérivation interne, c'est-à-dire l'exclusion qui semble dans les cas où elle a été employée, avoir donné de très bons résultats. On ferait donc dans un premier temps une exclusion unilatérale, par anastomose de l'intestin grêle sectionné à sa terminaison, avec le côlon descendant, iliaque ou pelvien; le second temps consisterait à faire l'exérèse de l'anse exclue.

Une bonne précaution à prendre est de fistuliser l'anse exclue à la peau dès le premier temps pour pouvoir drainer cette anse en rétention et la désinfecter par des lavages répétés.

Les difficultés et les dangers d'une résection segmentaire, suivie d'anastomose, nous engagent à ne conseiller qu'en troisième lieu, pour le côlon moyen, l'opération suivante : dérivation préalable à distance (anus cæcal), puis colectomie segmentaire suivie aussitôt de suture, avec ou sans abaissement de l'angle splénique. La dérivation sur le cæcum maintenue temporairement a du moins, dans ce type d'opération, l'avantage d'assurer la suture intestinale contre les dangers d'une distension gazeuse ou stercorale.

L'extériorisation sur le côlon transverse est à rejeter en principe.

B. *Tumeurs adhérentes et infectées.* — Dans les cas où, même en dehors de l'occlusion, la tumeur adhère anatomiquement ou par le fait d'adhérences inflammatoires, avec infiltrations périnéoplasiques du tissu cellulaire et des mésos, les dangers d'une mobilisation immédiate sont aussi grands que ceux qui peuvent résulter d'une occlusion; la cellulite rétropéritonéale est au moins aussi redoutable que la péritonite. Dans ce cas, il convient de différer le temps de mobilisation et de résection de la tumeur et d'en assurer la désinfection par une dérivation préalable prolongée.

L'extériorisation, dans ces cas, doit être rejetée.

1° Pour le côlon droit, il est bon de faire une exclusion uni ou bilatérale préalable, en l'associant si possible à une dérivation sur le cæcum (dérivation externe et interne associées). Dans un deuxième temps, on fera l'exérèse de l'anse exclue.

2° Pour le côlon gauche, plus encore que dans le cas de tumeur mobile, il faut préférer la dérivation préalable à distance ou proche à l'extériorisation.

Après lavages, vidange et désinfection soignées et prolongées, au-dessus et au-dessous de la tumeur, on pratiquera la colectomie avec suture intestinale immédiate.

3° Pour le côlon moyen, il faut donner aussi la préférence à l'exclusion préalable avec dérivation cæcale associée, suivie, au bout d'un temps variable, de l'hémicolectomie droite ou de colectomie subtotale.

Discussion.

M. LOCKART-MUMMERY (de Londres) expose les éléments principaux de sa technique qui est aussi simple que possible. Il pratique l'entérorraphie à deux plans total et séro-séreux avec du fil résorbable et une aiguille de couturière sans aucun appareil spécial.

L'anastomose termino-terminale lui paraît la meilleure parce qu'elle assure une restauration plus parfaite de l'intestin, diminue sa longueur au minimum et s'exécute d'autant plus vite qu'il n'y a pas de bouts à fermer.

Il croit que le succès d'une anostomose ne dépend pas uniquement, comme on le pense en général, du bon affrontement des deux bouts, mais aussi de leur vascularisation. Les vaisseaux du gros intestin sont, en effet, perpendiculaires à son axe et ne s'anastomosent guère entre eux. Aussi la suture au niveau du méso peut-elle ischémier le bord libre du côlon. Pour parer à ce danger, il suffit de sectionner obliquement les deux segments à conjoindre. Cette manière de faire a d'ailleurs encore l'avantage d'éviter tout rétrécissement au niveau de la suture.

L'auteur pratique toujours la cæcostomie, mais par simple fistulisation et à l'aide d'une sonde qui est fixée par des fils à la paroi cæcale de façon à invaginer cette paroi au point de pénétration. Un tel anus peut se fermer spontanément; quand il faut intervenir, le meilleur est d'inciser à côté de l'anus et après avoir libéré l'intestin, de le suturer à deux plans.

L'ablation des tumeurs coliques donne à l'auteur une mortalité de 20 p. 100.

M. P. BÉGOUIN (de Bordeaux) apporte 9 observations de résections coliques pour tumeurs du gros intestin opérées « à froid » en dehors de toute crise d'occlusion; 2 pour tumeur inflammatoire iléo-cæcale (1 tuberculose, 1 indéterminée); 7 pour cancer (5 du côlon gauche, 2 du côlon droit).

Comme résultats immédiats, il a eu 8 guérisons et 1 mort au troisième jour. Ses résultats éloignés sont les suivants : Des 6 malades atteints de cancer, 3 sont morts de six mois à neuf ans après l'opération, 3 qui vivent actuellement sont

opérés depuis quinze à vingt et un mois; 2 malades opérées de tumeurs inflammatoires depuis quatre et quinze mois vivent toujours.

Au sujet de la méthode opératoire à employer l'auteur distingue les *tumeurs du côlon droit* auxquelles convient l'hémicolectomie en un temps avec iléo-transversotomie et les *tumeurs du côlon gauche* qui seront traitées, l'anus cæcal étant préablement établi, par la colectomie avec colorraphie terminale si les conditions sont bonnes, par la colectomie termino-extrapéritonéale avec second anus de sécurité in situ, si le cas est difficile.

M. Delagenière (du Mans) apporte *17 observations de mégacôlon traités chirurgicalement*. On peut les classer en mégacôlon total (1 cas), mégacæcum (10 cas), mégacôlon droit (2 cas), mégacôlon sigmoïdien (4 cas). Tous les mégacôlons étaient acquis, c'est-à-dire que dans tous les cas, un obstacle à la circulation libre des matières a été trouvé.

Au point de vue du traitement, il faut distinguer deux cas :

1° Le malade est en occlusion aiguë. Il faut intervenir de suite et faire l'intervention minima qui est la laparatomie exploratrice suivie d'un anus temporaire en bonne place. L'anus sera cæcal si l'intervention définitive doit être une hémicolectomie ou une colectomie totale, sinon il sera fait sur le descendant. La laparotomie permettra aussi de pratiquer une intervention sans gravité : section de bride, etc.

2° Le malade n'est pas en occlusion aiguë ou bien il porte déjà un anus de dérivation. S'il s'agit d'un mégacæcum par stase, on pratiquera l'hémicolectomie bien supérieure à la section des brides, à la cæcoplicature, etc. Si le mégacæcum est dû à une tumeur sigmoïdienne, on peut, soit faire une colectomie sigmoïdienne, soit et mieux faire une colectomie totale. Dans les mégacôlons droits, la conduite à tenir est identique. Et dans le mégacôlon sigmoïdien, la colectomie totale est encore supérieure à l'exérèse limitée de l'S iliaque.

Au point de vue pathogénique, on peut dire que le mégacôlon congénital n'existe pas et que l'affection n'est qu'un syndrome commun à de nombreux cas pathologiques.

M. Pauchet (de Paris) estime que les opérations pour côlon cancéreux sont bénignes, si faites en plusieurs temps (2, 3, 4) et que les interventions brillantes en un temps constituent, le plus souvent, un « jeu de hasard ».

Il faut distinguer les cas suivants :

1° *Occlusion aiguë*. — Pas de laparotomie exploratrice. Incision iliaque droite et cæcostomie ou iléostomie suivant l'état du cæcum, puis quelques jours plus tard iléo-sigmoïdostomie, puis colectomie, enfin fermeture de l'anus.

2° *Subocclusion, ventre souple*. — La laparotomie exploratrice montre :

un cancer du côlon droit : iléo-colostomie suivie d'hémicolectomie droite ;

un cancer du côlon gauche : exérèse de la tumeur et abouchement des deux bouts à la peau;

un cancer sigmoïde : même conduite que précédemment, si l'anse est longue et anus cæcal avant la résection si elle est courte.

3° *Il n'y a pas d'occlusion*, la colectomie totale possible est rarement indiquée.

Cancer du côlon droit : hémicolectomie en un temps.

Cancer du transverse : opération en plusieurs temps ou iléo-sigmoïdostomie et colectomie totale.

Cancer du côlon gauche : colectomie totale ou exérèse et abouchement des deux bouts à la peau.

Cancer du côlon pelvien : si la tumeur est haute, anus cæcal, exérèse et fermeture de l'anus; si la tumeur est basse exérèse abdomino-périnéale avec abaissement du côlon descendant.

M. Patel (de Lyon) relate l'observation détaillée d'un cancer du transverse voisin de l'angle gauche. La tumeur était volumineuse, mais assez mobile; elle fut enlevée par une hémicolectomie allant jusqu'à l'angle splénique suivie d'anastomose iléo-sigmoïdienne. Bon résultat avec des selles redevenues très rapidement normales.

L'auteur a opéré 9 cancers du cæcum et 16 de l'S iliaque. Il préfère l'exérèse en un temps et pratique l'anastomose au bouton.

M. Lambret (de Lille) préfère les opérations en plusieurs temps, surtout quand il s'agit de tumeurs du côlon gauche.

Il a enlevé en un temps *10 cancers du côlon droit*, 6 bas placés, 4 de l'angle droit. Il a perdu un de ses malades de cellulite.

8 tumeurs du transverse lui ont donné 3 morts qui auraient pu être évitées; 2 fois il y avait occlusion aiguë, il ne fallait pas faire d'exérèse immédiate; 1 fois le cancer était petit et mobile, l'auteur se laissa aller à faire une résection limitée et le malade mourut le troisième jour d'une péritonite due au relâchement des sutures.

Sur 13 cas de *cancers du côlon gauche* il y a eu 3 morts Dans deux cas de tumeurs coliques très basses, l'abdomino-péritonéale a été pratiquée avec succès.

L'auteur a pu, dans 3 cas, se rendre compte que les cancers par propagation étaient moins dangereux à enlever que les cancers primitifs. De ces cas, 2 étaient des cancers de l'estomac propagés au transverse et l'autre 1 cancer tubaire ayant envahi l'S iliaque.

M. de Martel (de Paris) est d'avis que les mauvais résultats contiennent toujours un enseignement dont il faut savoir profiter. C'est en étudiant ses échecs en chirurgie intestinale qu'il a reconnu le danger de superposer une suture séro-séreuse — d'ailleurs difficile et quelquefois elle-même perforante — à une suture totale dont les trous de fil livrant passage aux germes intestinaux, infectent la cavité close comprise entre les deux plans. Ainsi a-t-il été conduit à adopter les techniques — ayant pour but d'éviter la cavité close et l'infection de la ligne de suture — qu'il a décrites dans des travaux antérieurs cités par M. Abadie.

Il enlève en général les tumeurs coliques à l'aide de trois actes opératoires qui sont la cæcostomie comme fait Mummery, une anastomose iléo-sigmoïdienne souvent au bouton et la colectomie totale.

M. de Martel rappelle que le protagoniste de la chirurgie intestinale par écrasement est non le chirurgien brésilien Gudin mais bien Souligoux, et que l'idée de la suture en un seul plan séro-séreux est de date très ancienne puisqu'elle appartient à Lembert.

M. Duvergey (de Bordeaux) a fait 11 colectomies partielles pour 6 cancers du cæcum, 3 du transverse et 2 du côlon sigmoïde. Ces tumeurs ont été extirpées à froid avec anastomose latéro-latérale et en un seul temps. Les résultats sont encourageants : 9 guérisons définitives enregistrées depuis plus de quatre ans; l'une remonte à 1909.

La chirurgie de la tuberculose du côlon est moins favorable, car, en raison de l'occlusion chronique qui l'accompagne, le bout inférieur s'atrophie, s'amincit et les manœuvres opératoires sont de ce fait rendues difficiles.

M. Le Nouène (du Havre) a obtenu un succès remarquable dans un cas de cancer sigmoïdien par l'exérèse en un temps. Le malade âgé de soixante-neuf ans n'accepta l'opération qu'à la condition de n'avoir pas d'anus artificiel. C'est pourquoi l'excellente dérivation préalable ne put être faite. Malgré une fistule stercorale d'ailleurs fermée au seizième jour le malade guérit complètement et sans récidive. Il a aujourd'hui quatre-vingt-quatre ans et se porte aussi bien que possible.

M. Loubat (de Bordeaux) a opéré 3 cancers coliques.

Les deux premiers qui siégeaient au cæcum furent traités par l'hémi-colectomie droite et la guérison obtenue dans les 2 cas se maintient pour l'un depuis trois ans, pour l'autre depuis vingt mois. A ce sujet l'auteur a repris l'étude du cancer iléo-cæcal qui se présente sous deux formes bien distinctes, la forme iléo-valvulaire, rare, sténosante, à évolution rapide, et la forme cæcale, hypertrophique qui se révèle surtout par des troubles fonctionnels et généraux et par une grosse tumeur dure de la fosse iliaque.

La troisième observation concerne un cancer de l'S iliaque opéré en un temps, avec succès remontant à quatre mois, par colectomie segmentaire, entérorraphie immédiate termino-terminale et établissement d'une dérivation externe complémentaire à distance, par fistulisation du cæcum.

M. Léo (de Paris) apporte les observations de *deux hémicolectomies droites et deux résections de l'S iliaque*. Deux cancers, un droit et un gauche, une polypose iléo-cæcale avec occlusion, un adénome de l'S iliaque, telles furent les lésions traitées. Deux guérisons complètes pour les tumeurs bénignes, une survie de six mois pour le cancer droit, une mort

postopératoire pour le cancer gauche très avancé, tels furent les résultats.

Deux anastomoses iléo-transverses, une latéro-latérale, une termino-latérale suivirent les deux hémi-colectomies.

Une anesthésie rachidienne pour une hémi-colectomie, et l'éther pour les autres interventions.

Les fistules séreuses sont une complication ennuyeuse des hémi-colectomies.

Les nouveaux procédés de suture intestinale seront bienvenus s'ils diminuent les cas de fistules postopératoires, actuellement fréquentes pour tous les opérateurs.

M. Rabère (de Bordeaux) a traité un *mégacôlon pelvien* à l'aide de la *colectomie par invagination colo-rectale*. Le malade en occlusion aiguë avait gardé un bon état général qui permit de faire une laparotomie. L'S iliaque monstrueux occupait tout le ventre. Il fallut d'abord le ponctionner. Puis une section de la partie terminale du côlon pelvien préalablement lié et une libération du méso permirent d'invaginer l'S iliaque dans le rectum, de le faire sortir par l'anus au-dessous duquel il fut réséqué. Le malade allait bien quand il fut emporté le dixième jour par des accidents pulmonaires.

Cette opération facile, rapide et sûre, a déjà été utilisée avec succès par Hoffmann chez un enfant de quatorze ans.

M. Jayle (de Paris) présente quatre observations de résection du cæcum et du côlon qu'il a eu l'occasion de pratiquer, une comme complément d'une intervention pour kystes végétants et les trois autres pour des cancers, l'un du cæcum, les deux autres du côlon pelvien, pris pour des lésions salpingo-ovariennes. La résection complémentaire a guéri; des trois autres, une est morte le cinquième jour, les deux autres ont guéri. De ces deux cas, l'un est particulièrement intéressant : il s'agissait d'un cancer du côlon pelvien propagé à une anse grêle; il fut fait une résection de 15 centimètres du côlon pelvien et une de 7 centimètres de l'anse grêle. La malade est restée guérie dix-huit ans; à ce moment, elle fit un cancer de l'isthme de l'utérus; au cours de l'hystérectomie abdominale pratiquée on ne trouva aucune trace de l'intervention sur l'intestin. La malade avait fait un second cancer dans un autre organe.

SÉANCE DU SAMEDI 7 OCTOBRE

Communications diverses

CHIRURGIE DE L'ABDOMEN

M. Krafft (de Lausanne). **Péritonites à pneumocoques.** Elles sont plus rares et moins bénignes qu'on ne le croit en général. De Quervain et son élève Rohr l'ont bien montré. Elles se présentent sous deux formes distinctes : diffuse et localisée. L'auteur en a observé 6 cas, 4 chez des fillettes, 2 chez des jeunes gens, 1 fois la péritonite était localisée, 4 fois elle était diffuse, 2 des malades sont morts.

Le tableau clinique comporte toujours des vomissements, parfois incoercibles, et de vives douleurs abdominales prédominantes à droite. La diarrhée et le facies classiques peuvent manquer. L'examen bactériologique du pus montre toujours des diplocoques mais qui n'ont pas constamment le caractère du pneumocoque typique. Dans un cas il y avait association streptococcique.

Les localisations pulmonaires manquent rarement. Cependant l'auteur n'a observé que trois fois une pneumonie vraie.

Le diagnostic habituellement porté est celui d'appendicite. On incise donc dans la fosse iliaque et l'appendice suspect est enlevé. Les formes généralisées ont été traitées par lavages et drains multiples. Le sérum antipneumococcique n'a pas donné de résultats nets. Comme autres moyens thérapeutiques on a employé les toniques cardiaques, les injections d'électrargol et la transfusion.

Pour conclure l'auteur insiste sur la gravité du pronostic, particulièrement dans la forme généralisée.

M. Stefani (de Nice). **Sur la technique de l'appendicectomie à froid.** Classiquement l'ablation de l'appendice se fait au thermo et est suivie de l'enfouissement du moignon. Pour l'auteur, les accidents qui surviennent parfois, quand on a employé cette technique, sont dus moins à l'insuffisance de l'enfouissement qu'aux phénomènes infectieux nécrotiques provenant de la thermocautérisation. Voici donc comment procède l'auteur : plus de thermo; après section sous-séreuse de l'appendice, la tranche du moignon est touchée à la teinture d'iode, la manchette séreuse de Cabot est ramenée, premier enfouissement et le moignon est refoulée sous une suture en bourse de la paroi cæcale, deuxième enfouissement. Cette technique est simple, rapide et sûre.

M. Léo (de Paris). **Note sur l'helminthiase dans les affections chirurgicales.** L'auteur considère qu'oxyures, ascaris et tricocéphales jouent beaucoup plus souvent qu'on ne le pense, un rôle pathogène dans certaines affections abdominales.

Les signes de l'helminthiase sont souvent ignorés des chirurgiens. Leur étude permet de déceler la présence des helminthes dans bien des cas de péricolite d'origine obscure, ou de tumeurs bénignes ou malignes des côlons.

La sécrétion de toxines par ces helminthes est un fait acquis.

Les lésions muqueuses produites par les piqûres des oxyures et des tricocéphales sont également avérées.

Dans ces conditions, les helminthes sont susceptibles de déterminer des lésions des mésos intestinaux, par septicité chronique ou par résorption de toxines, et l'auteur en cite quelques exemples.

Si l'attention des chirurgiens est attirée sur le rôle des helminthes, le traitement antihelminthique sera susceptible d'améliorer parfois les résultats post-opératoires.

CHIRURGIE DU RECTUM

M. Villard (de Lyon). **De l'extirpation abdomino-transanale du rectum.** L'auteur a pratiqué 10 fois cette intervention, 7 fois chez l'homme, et 3 fois chez la femme, pour des cancers recto-sigmoïdiens.

Voici la technique qu'il a suivie :

Chez l'homme :

1° Laparotomie sous-ombilicale en Tremdelenburg accentué;

2° Incision curviligne du péritoine du Douglas circonscrivant la partie inférieure du côlon sigmoïdien et remontant sur les côtés du méso, sans intéresser la lame adipo-vasculaire de celui-ci;

3° Libération de la lame vasculaire jusqu'au dessus du néoplasme et en bas jusqu'aux creux ischio-rectaux;

4° Section de toutes les attaches postérieures du segment intestinal à réséquer et ligature des vaisseaux;

5° Refoulement dans le fond du pelvis de tout le segment intestinal libéré, et tassement de celui-ci dans le fond du pelvis après mise en place d'un repère sur le côlon pelvien au niveau du point où devra porter la section intestinale;

6° Suture étanche du lambeau péritonéal au Douglas tout autour de la partie saine de l'anse sigmoïde, à 5 ou 6 centimètres au-dessus du point où doit porter la section.;

7° Fermeture de l'abdomen;

8° Temps périnéal; l'anus est suturé, le sphincter mis à nu par une incision circulaire augmentée de deux débridements cutanés, est dilaté au maximum. En dedans du sphincter dilaté et au travers de lui, dissection du rectum jusqu'à ce que le décollement par le ventre soit retrouvé;

9° Déroulement et abaissement de tout le segment intestinal libéré par l'abdomen, section au niveau du repère;

10° Suture circulaire de la tranche de section intestinale à la peau de l'anus et drainage des fosses ischio-rectales par deux drains debout passés en dehors du sphincter.

Chez la femme :

Ces temps sont identiques, mais l'hystérectomie doit être surajoutée pour libérer le péritoine et faciliter les manœuvres.

La gravité de cette intervention est relativement faible; sur dix malades, trois décès, tous survenus chez des hommes.

Au point de vue fonctionnel les résultats ont été des plus satisfaisants. Les malades guéris étaient continents, et pouvaient vivre d'une vie normale.

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

M. Duvergey (de Bordeaux). **Le phlegmon périnéphrétique à forme multiloculaire** est peu connu. L'auteur en a observé 2 cas. Chez une première malade, malgré une large incision lombaire les phénomènes infectieux continuèrent, accompagnés d'une téméfaction énorme qui fut incisée une seconde fois. L'autopsie montra une série de poches purulentes distinctes les unes des autres et plongées dans un tissu

conjonctif très dense. Le second malade guérit, car les cloisons qui séparaient les poches purulentes étaient minces et purent être effondrées.

S'agit-il d'une infection lymphatique avec suppurations distinctes et éloignées les unes des autres; ou d'une suppuration frappant une loge lombaire déjà malade, cloisonnée à la suite de périnéphrite scléreuse; ces hypothèses sont possibles.

Le chirurgien doit penser à cette forme multiloculaire lorsque la maladie a une évolution lente, lorsque la tuméfaction lombaire a une consistance particulièrement ferme, surtout lorsque, après l'incision d'un phlegmon périnéphrétique, les phénomènes ne cèdent pas. Les ponctions exploratrices prudentes peuvent permettre de découvrir les poches voisines pour les faire communiquer avec la principale et assurer leur bon drainage.

M. Cathelin (de Paris). **La calculose urétérale pelvienne, maladie autonome.** L'auteur a observé 30 cas de cette maladie qu'aucun traité d'urologie ne décrit comme entité morbide définie. Cependant, Raffin y a fait allusion et Mayo, sur 750 cas de lithiase, trouve 50 p. 100 de calculs localisés dans l'uretère pelvien par la radiographie. La formation ou l'arrêt du calcul semble être sous la dépendance d'une malformation congénitale. Il y a toujours de la douleur. Celle-ci, quand le malade est dans le décubitus latéral du côté malade, est une sensation particulière que Cathelin propose d'appeler *pulsation urétérale*. Le diagnostic est difficile, même avec la radio; il y a des causes d'erreurs très nombreuses.

Quant au traitement, il nécessite une intervention vraiment malaisée malgré la multiplicité des voies d'abord.

M. Jayle (de Paris). **Rayons et bistouri en gynécologie.** L'auteur s'intéresse à l'actinothérapie depuis vingt-trois ans et lui reconnaît d'importantes indications en gynécologie, mais il veut insister aujourd'hui sur certains de ses méfaits.

Le radium est aveugle, il peut produire des brûlures profondes. Voici un exemple: Un cancer opérable du col est traitée par le radium. Jayle, deux mois plus tard, l'enlève par hystérectomie abdominale. Au quinzième jour la cloison recto-vaginale sphacélée s'élimine et la malade succombe épuisée le quarantième jour.

Au sujet de la rœntgenthérapie, Jayle donne son expérience de quatorze ans. Il a été enthousiaste de la méthode. Il s'en méfie de plus en plus pour les fibromes à cause des erreurs de diagnostic. Ainsi chez des malades soi-disant atteintes de fibromes et déjà traitées par les rayons ou qui devaient l'être, il a trouvé des salpingites, des kystes végétants de l'ovaire, des cancers ovariens généralisés au péritoine, des cancers utérins, etc.

La radiothérapie a encore le tort de stériliser les ovaires. Chez les femmes jeunes, il faut en particulier lui opposer la myomectomie.

Dans ses conclusions, l'auteur recommande l'actinothérapie dans les cancers du col inopérables ou encore opérables mais déjà étendus; et dans les fibromes comportant une contre-indication opératoire. Pour tous les autres cas, l'intervention est toujours supérieure à l'actinothérapie parce qu'elle enlève sûrement les lésions diagnostiquées et qu'elle permet de temps en temps de trouver des lésions cancéreuses ou des lésions précancéreuses insoupçonnées.

TÊTE ET COU

M. Proust. **Traitement du cancer de la langue.** L'auteur emploie la méthode suivante :

1° Dans un premier temps chirurgical, il enlève les ganglions et lie la carotide externe;

2° Après quoi, par la curiethérapie, il procède à la destruction sur place du néoplasme;

3° Enfin, au moyen de la radiothérapie pénétrante, il tache de stériliser dans toute la région cervicale les éléments néoplasiques qui auraient pu subsister.

Le meilleur mode d'anesthésie pour l'exécution du premier temps paraît être l'éther par voie rectale, sous la forme d'un lavement contenant 1 partie d'éther pour 3 d'huile de vaseline. Mais alors que Vitrin emploie 200 centimètres cubes pour un homme de 60 kilogrammes, Proust n'en injecte que 150 centimètres cubes et complète l'anesthésie par quelques bouffées de chloroforme.

Au point de vue de la technique opératoire, il utilise l'incision stellaire de Morestin légèrement modifiée et enlève largement avec les ganglions la glande sous-maxillaire.

MM. Dufourmentel et Darcissac (de Paris). **Onze cas d'ankylose temporo-maxillaire traités et guéris par l'opération sanglante suivie de mobilisation continue.** La méthode qui a donné aux auteurs des succès constants consiste à pratiquer à l'aide d'une petite fraise mue par un moteur, une ostéotomie curviligne à concavité inférieure, sensiblement dans la région de l'ancienne jointure, puis à faire pratiquer par le malade une mobilisation continue du maxillaire inférieur. Cette seconde partie du traitement, la plus importante, a été réalisée grâce à un appareil élastique imaginé par Darcissac qui écarte constamment les deux mâchoires et oblige le malade à faire un effort également constant pour les rapprocher. Contrairement à ce qu'on pourrait croire, cet appareil est très bien toléré. Il doit être laissé en place trois mois environ.

M. Jacques (de Nancy). **Sur la cure opératoire des kystes dentaires inférieurs.** Les kystes dentaires bénins sont rares à la mâchoire inférieure, du moins les kystes radiculodentaires. Les kystes coronodentaires s'observent avec une fréquence à peu près égale aux deux maxillaires.

Ces néoplasies liquides prennent parfois un développement tel qu'un segment plus ou moins étendu de l'arc mandibulaire est réduit sur tout son pourtour à l'état de coquille d'œuf. Le procédé classique de la résection des parties amincies de la coque osseuse, avec conservation d'une baguette de soutien au niveau du bord inférieur, se trouve alors en défaut; et le maintien de l'os plus ou moins parcheminé s'impose pour assurer à la mâchoire sa rectitude et sa continuité. En pareil cas, l'auteur a utilisé avec avantage et recommande une technique dérivée de son procédé de cure extemporanée des gros kystes supérieurs par drainage de la coque osseuse à travers le sinus maxillaire et son exclusion immédiate de la bouche. La poche membraneuse est extraite par voie buccale, puis la gencive est refermée et l'espace mort résultant drainé à la région sushyoïdienne par le procédé capillaire, à la manière d'un ganglion.

M. G. Portman (de Bordeaux). **La laryngectomie totale par le procédé de Moure-Portmann.** — L'auteur, après avoir rappelé les temps principaux du procédé de Moure-Portmann, indique quelques modifications de détail dues à la pratique de ces deux dernières années. L'intervention se fait toujours à l'anesthésie loco-régionale, mais on a supprimé l'anesthésie systématique de la région des pédicules inférieurs, celle-ci ayant l'inconvénient de produire des manifestations récurrentielles dès le début de l'opération.

Dans le procédé initial le lambeau unique à charnière latérale était quadrangulaire, il est maintenant trapézoïdal, le plus large côté répondant au pédicule. Cette modification en assure une meilleure nutrition. Après section sous-cricoïdienne, le larynx est enlevé de bas en haut. Mise en place d'une sonde œsophagienne et suture pharyngo-œsophagienne. Moure-Portmann ont fait cette suture d'abord à la soie, puis au catgut simple et la pratiquent maintenant avec des catguts chromés qui leur donnent les meilleurs résultats.

MEMBRES

M. Chavannaz (de Bordeaux). **Sur les hématomes anévrismaux de la fesse.** Ce sont des lésions heureusement rares, 20 sur 8.000 anévrismes.

L'auteur a eu l'occasion d'en traiter un cas qui avait été méconnu. Quand il vit le blessé longtemps après le traumatisme, l'anémie résultant des hémorragies répétées était très grave (140.000 hématies par millimètre cube). Il fit dans un premier temps la ligature de l'hypogastrique et dans un deuxième temps il aborda directement la lésion par l'incision de Fiolle. Malgré la ligature de l'hypogastrique, il y eut une assez grosse hémorragie. Le malade guérit mais conserva une paralysie du sciatique du reste antérieure à l'opération.

M. Rocher (de Bordeaux). **Les résultats orthopédiques dans les épaules ballantes.** L'auteur a traité 10 cas d'épaules

ballantes ; 2 d'origine paralytique ; 8 d'origine traumatique. Les cas paralytiques ont été traités par l'arthrodèse (dans une observation, une cheville d'ivoire a été adjointe). Les cas traumatiques ont été traités 4 fois par la suspension capsulo-périostique et métallique, 4 fois par l'avivement large des surfaces osseuses et la recherche de l'ankylose (dans une observation, fixation par vis de Lambotte). Appareil thoraco-brachial pendant deux à trois mois en abduction à 90 degrés, descendant sur l'avant-bras. Les meilleurs résultats sont obtenus par l'ankylose osseuse ; toutefois, la suspension et le rapprochement de l'extrémité humérale contre la glénoïde facilite la fonction du membre. La prothèse ne doit être employée qu'après insuccès ou refus de l'intervention, ou pour consolider ou accroître le résultat orthopédique déjà obtenu.

M. Termier (de Grenoble). **Traitement abortif des phlébites chirurgicales avec lever précoce.** L'auteur propose un traitement original et simple de la phlébite qui lui a donné, dans 16 cas, les meilleurs résultats. Ce traitement est basé sur la physiopathologie de l'affection. Si c'est bien l'inflammation d'origine microbienne de l'endoveine qui marque le début de la phlébite et la caractérise, « en réalité les dangers, les troubles, viennent, eux, de la thrombose et du caillot ». C'est donc celui-ci qu'il faut éviter. Pour y arriver, il faut rendre le sang incoagulable ou du moins diminuer sa coagulabilité. Cette *hémophilie artificielle* peut être obtenue par l'*hirudination*. On connaît, depuis Haycraft, l'action de l'extrait de têtes de sangsues. Mais, l'auteur avait remarqué depuis longtemps que les malades antérieurement traités par les sangsues présentaient pendant plusieurs jours, quarante-huit heures environ, une hémophilie transitoire assez marquée. Aussi a-t-il songé, pour atteindre son but, à tout simplement faire piquer le malade atteint de phlébite par des sangsues. Il emploie trois à six sangsues chaque fois et renouvelle les applications de deux jours en deux jours. L'effet cherché est obtenu dès le début de la piqûre et il n'est donc pas nécessaire d'attendre que les sangsues se soient gorgés de sang. En principe, les sangsues peuvent être appliquées n'importe où. L'auteur les applique plutôt à la racine du membre.

Cette méthode est surtout indiquée dans les phlébites au début. Employée dans seize cas d'origine diverse, mais avec des signes rendant le diagnostic indiscutable, elle a amené une rétrocession extrêmement rapide de tous les symptômes et un résultat tellement complet que tous les malades ont pu se lever du huitième au quinzième jour. Chez une malade après le lever, il y a eu, à deux reprises, de petites embolies pulmonaires qui n'ont eu aucune suite inquiétante. L'auteur fait remarquer qu'il y a sûrement dissolution de certains caillots déjà formés, ce que démontrent cliniquement la disparition du cordon vasculaire, du gonflement et de la circulation collatérale et, physiologiquement, le laquage du sérum et la lenteur de la coagulation sanguine.

M. Calot (de Berck). **Les prétendues coxa-vara ou ostéochondrites sont des malformations congénitales méconnues.** L'auteur reprend l'étude des cas qui lui ont été opposés pour montrer que ces cas eux-mêmes auraient été mal interprétés et confirment en réalité son opinion.

M. Dupuy de Frenelle (de Paris). **La réfection des ligaments de la hanche.** Après la résection de la hanche, après l'arthroplastie, après la réduction d'une luxation paralytique de la hanche, il y a intérêt à attacher solidement l'extrémité supérieure du fémur à la cavité cotyloïde pour permettre une mobilisation précoce de l'articulation et pour éviter tout nouveau déplacement de la tête fémorale. L'auteur procède de la façon suivante : un long et volumineux tendon de renne tressé enfile le col et la tête du fémur selon leur axe longitudinal, puis traverse la cavité cotyloïde pour ressortir sous l'arcade crurale. Ses deux extrémités sont nouées puis fixées l'une à l'autre par un surjet au tendon de renne. Le ligament de Bertin est reconstitué par deux tendons qui traversent l'épine iliaque antéro-inférieure et vont traverser : le tendon supérieur, l'angle antéro-supérieur du grand trochanter, le tendon inférieur, l'angle antéro-inférieur du grand trochanter. Le fémur se trouve ainsi solidement fixé et l'articulation conserve la latitude de tous ses mouvements. Ce procédé a été employé trois fois et a donné chaque fois un résultat fonctionnel excellent.

M. de Nabias (de Paris), **A propos de la résection du nerf saphène interne dans les cas d'ulcères variqueux**, rappelle en quelques mots sa technique déjà décrite dans des travaux antérieurs et indique qu'il a actuellement opéré 31 malades atteints d'ulcère sur lesquels 22 restent guéris et 9 ont récidivé.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS ET D'APPAREILS

M. Gourdet (de Nantes) présente :

1° Un masque réchauffeur pour tous les anesthésiques ;

2° Un levier, dérivé de celui de Lambotte, propre à réduire après arthrotomie étroite les luxations du coude ;

3° Des instruments divers.

CHASTENET DE GÉRY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1922)

Sur un spirochète trouvé dans le sang de cas de fièvre bilieuse hémoglobinurique et son action pathogène. — MM. M. Blanchard et G. Lefrou. La fièvre bilieuse hémoglobinurique ne s'observe qu'en pays palustre, aussi a-t-elle été considérée pendant longtemps comme une complication du paludisme ; cependant un certain nombre d'auteurs (Manson, Billet) la considèrent comme une affection autonome, non palustre, dont l'agent causal reste à trouver. Les récentes constatations de Schüffner, de Noc et Esquier, l'action thérapeutique du cyanure de mercure (Muñoz, Pelletier et Quemener) ont orienté les recherches du côté des spirochètes.

MM. Blanchard et Lefrou, en appliquant la méthode de la triple centrifugation, décrite par G. Martin, Lebœuf et Roubaud pour la recherche des spirochètes du sang, ont pu isoler du sang de deux malades atteints de fièvre bilieuse hémoglobinurique, à Brazzaville, des spirochètes, longs de 6 à 9 μ, larges de 0 μ 1 à 0 μ 2, avec 3 ou 4 ondulations.

Ces spirochètes sont pathogènes pour le cobaye et se retrouvent dans le sang circulant, et à l'autopsie dans le foie et le poumon.

Les auteurs se gardent de conclure que ces spirochètes soient seuls capables de produire le syndrome biliohémoglobinurique. C'est là une question qui ne pourra être tranchée que par de nouvelles et plus nombreuses recherches.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1922)

M. le Président annonce la mort de M. Rénon.

Nouveaux sérums. — M. Martin, au nom de la Commission des sérums, fait un rapport sur six demandes en autorisation d'exploiter de nouveaux sérums. Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Anaphylaxie respiratoire expérimentale. Influence localisatrice des lésions tuberculeuses pulmonaires sur les accidents anaphylactiques du cobaye. — MM. Fernand Arloing, L. Langeron et Besnoit ont vu que si, chez le cobaye sensibilisé, mais non porteur d'altérations pulmonaires, le choc anaphylactique d'origine aérienne amène les phénomènes généraux classiques sans troubles pulmonaires spéciaux, au contraire, chez le cobaye préparé atteint de lésions pulmonaires, l'introduction aérienne d'antigènes appropriés (sérum liquide, corps bacillaires desséchés porphyrisés, tuberculine, pollen de graminées) provoque des accidents respiratoires qui l'emportent sur les phénomènes généraux ou les égalent en intensité.

La tuberculose du poumon joue donc ici le rôle favorisant

d'une épine irritative et oriente vers l'arbre respiratoire les réactions anaphylactiques.

Parfois, en outre, des cobayes tuberculeux offrent, après une première injection intrapéritonéale sensibilisante de 2 centimètres cubes de sérum, des accidents anaphylactiques généraux ainsi qu'on l'observe en clinique humaine à l'occasion d'une injection de sérum thérapeutique chez les tuberculeux ou les asthmatiques.

Conditions et mécanisme de production des leucopénies dans les crises hémoclasiques provoquées en dehors du choc anaphylactique. — MM. Fernand Arloing et Langeron se sont proposé d'étudier par divers procédés le phénomène complexe qu'est le choc hémoclasique pour tenter d'en saisir le mécanisme physiologique en dehors de l'anaphylaxie, comme l'avaient déjà tenté des auteurs parmi lesquels Pagniez et Camus, Bouché et Gustin, Tinel, Garrelon et Santenoise.

L'étude de la leucopénie montre qu'une leucopénie brusque peut être obtenue par l'injection intraveineuse de substances très diverses : substances dites colloïdoclasiantes (sérum, peptone), substances convulsivantes bulbo-médullaires (absinthe, strychnine), poisons (curare, atropine, chloralose).

Le rôle du système vague semble prédominant dans la production de la leucopénie. Il ne s'agit pas d'une simple excitation du vagosympathique, puisque la pilocarpine n'en provoque pas à elle seule, alors qu'elle exagère la leucopénie du choc anaphylactique. On a plutôt affaire à un brusque déséquilibre vagosympathique.

La leucopénie n'est pas proportionnelle en intensité à la quantité de substance administrée. De plus, fait important, elle exige pour se produire un certain état de réceptivité du système vagosympathique. Il existe, en effet, après chaque injection mettant en jeu le système, une phase de repos, d'inexcitabilité vagosympathique, expliquant la skeptophylaxie non spécifique. Un choc protège contre un autre choc à cause de la période d'inexcitabilité en question.

La chute numérique des leucocytes n'accompagne pas toujours les phénomènes cliniques ; ainsi, la pilocarpine qui exagère la leucopénie masque souvent les phénomènes du choc, l'atropine a parfois une action inverse.

Vaccinations. — M. L. Camus, au nom de la Commission de vaccine, fait un rapport sur les règles de la technique vaccinale, que la Commission rappelle aux praticiens chargés des vaccinations.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 13 octobre 1922)

L'action des traitements antisyphilitiques sur l'eczéma et diverses affections cutanées en rapport avec des phénomènes de sensibilisation. — M. P. Ravaut. A propos de la récente communication de M. Feuillée sur l'action du traitement mercuriel sur les troubles d'origine anaphylactique, l'auteur rappelle qu'en 1920, il a déjà signalé l'action bienfaisante du traitement mercuriel ou arsenical par voie buccale sur l'eczéma. Il rappelle que souvent il a constaté chez ces malades des antécédents de syphilis acquise ou surtout héréditaire, de même que chez d'autres qui présentent des troubles divers pouvant être rapportés à des actes de sensibilisation. Souvent les sels mercuriels, arsenicaux ou bismuthiques, par voie buccale surtout, ont une action rapidement efficace. D'après M. Ravaud, pour se manifester les phénomènes de sensibilisation ont besoin d'un terrain spécial et souvent c'est la syphilis qui se charge de la préparer.

Polynévrite consécutive à une intoxication par le tétrachlorétane. (*Présentation de malade.*) — M. Léri.

Un cas de diabète sucré avec lésions pluriglandulaires. — MM. Claude et H. Schaeffer. L'observation rapportée par les auteurs tire son intérêt des lésions pluriglandulaires constatées à l'autopsie d'un diabète sucré banal.

Souffles continus xyphoïdiens et sous-ombilical d'origine veineuse chez un cirrhotique. — M. A. Florand. Le malade présenté par M. Florand et plus tard par MM. Huber, Routier et Wolf était porteur de deux souffles à siège xyphoïdien et sous-ombilical. L'auteur avait émis l'hypothèse d'un souffle veineux. M. Huber pensait plutôt à une communication artério-veineuse. L'examen anatomique a montré que la première hypothèse était la vraie pour les deux souffles. Le sujet présentait, en outre, une persistance de la veine ombilicale.

Les paradoxes de la symphyse pleurale. — M. P. Ameuille insiste sur le fait qu'il n'existe aucune preuve clinique de l'existence d'une symphyse pleurale autre que l'impossibilité d'introduire du gaz dans la plèvre par les méthodes qui servent à établir le pneumothorax artificiel.

Le chlorure de calcium dans les transpirations. — M. Pellé (de Rennes). Les injections intraveineuses de solutions très concentrées de chlorure de calcium si efficaces dans les diarrhées et les vomissements ont donné de beaux résultats dans les transpirations des tuberculeux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 18 octobre 1922)

M. le Président annonce la mort du docteur Williams (de Baltimore), membre correspondant étranger.

Inclusion de l'ovaire dans l'utérus. — M. Tuffier fait un rapport sur une très intéressante observation de M. Raymond Petit ; une femme de trente-deux ans était atteinte de salpingite ; M. Raymond Petit lui enlève les deux trompes et un ovaire. Il conserve un morceau de l'ovaire le moins atteint, fait une incision dans l'utérus et y insère le morceau d'ovaire avec son pédicule ; il referme l'utérus par-dessus. Suites simples. La malade reste réglée, devient enceinte et accouche, à terme, d'un enfant bien constitué.

M. Tuffier rapproche de ce fait celui d'une jeune fille de dix-huit ans, atteinte de salpingite, chez laquelle il a pratiqué la même opération. La jeune fille est restée réglée. Dans un autre cas, il avait fait une hystérectomie subtotale et avait inséré un ovaire dans le moignon utérin. Cette malade a continué à souffrir. Dans une seconde intervention, un an après, il a enlevé le moignon utérin. Il y a trouvé l'ovaire tel qu'il l'y avait mis.

M. Dujarier a pratiqué à peu près la même opération au cours d'une hystérectomie partielle.

Etranglement intestinal, gangrène, résection. — M. Louis Bazy fait un rapport sur une observation de M. Colombey : Il s'agit d'une femme de trente-six ans qui est prise brusquement de violentes douleurs dans le côté droit du ventre. On croit à un début d'appendicite, laparotomie d'urgence ; on trouve un épanchement sanguin. Il s'agissait d'un étranglement interne dans un orifice du mésentère, avec commencement de gangrène. Résection du cæcum et de l'appendice sain, anastomose de l'iléon sur le transverse. Guérison.

Lithiase biliaire. — M. Lapointe fait un rapport sur une observation de M. Gauthier (de Luxeuil) : Femme de quarante-deux ans, ayant eu cinq crises de colique hépatique, avec ictère passager ; M. Gauthier fait une cholécystectomie ; la vésicule contenait une vingtaine de petits calculs. Il ouvre le cholédoque, y trouve cinq calculs et laisse un drain pendant un mois, ce que M. Lapointe trouve un peu long.

Luxation de l'os malaire. — M. Okinczyc fait un rapport sur une observation de M. Küss dans laquelle il s'agit d'une variété rare de luxation de l'os malaire, compliquée de fracture du maxillaire, réduction partielle par simple compression.

Ulcère avec menaces de gangrène du membre inférieur. — M. Roux-Berger fait un rapport sur 4 observations communiquées par M. Maginal (de Toulouse). Il s'agit d'ulcères avec endostérite et menaces de gangrène traités par la sympatectomie, dans un cas la dénudation de l'artère a causé une hémorragie grave.

Ostéosynthèse. — M. Roux-Berger analyse une observation de M. Manon (de Toulon). Il s'agit d'une fracture du

radius, chez un enfant, traitée d'emblée, sans tentative de réduction, par une ostéosynthèse à l'aide de clous et de vis, réduction parfaite. M. le rapporteur regrette que la simple réduction n'ait pas été tentée et il se demande s'il n'y a pas quelque danger, chez un enfant, à enfoncer des clous à travers le cartilage de conjugaison.

MM. DUJARIER, MOUCHET, HALLOPEAU, VEAU, HARTMANN, ALGLAVE et QUÉNU critiquent assez sévèrement l'application de l'ostéosynthèse à un cas de simple fracture du radius.

M. OMBRÉDANNE ne croit pas qu'il y ait d'inconvénients à traverser le cartilage de conjugaison. Cela lui est arrivé et il n'a pas constaté de modifications ultérieurement. Quant à l'ostéosynthèse, il en est assez partisan mais chez les enfants il n'a jamais recours qu'à une ostéosynthèse temporaire, de vingt-cinq jours en plus.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1922)

Le temps de saignement chez les femmes enceintes. — MM. P. ÉMILE-WEIL, BOCAGE et ISCH-WALL ont trouvé les temps de saignement presque constamment augmentés et inégaux chez les femmes enceintes (quinze fois sur seize). Ce signe s'observe depuis le début de la grossesse jusqu'à terme, et disparaît généralement après la délivrance, sans qu'on puisse préciser le moment exact de sa cessation. On le constate chez la femme enceinte normale comme au cours des grossesses pathologiques.

L'augmentation du temps de saignement ne s'accompagne pas ici de la diminution des hématoblastes, qui est habituelle chez les hépatiques et dans l'hémogénie. Elle ne laisse pas prévoir, sauf quand elle est excessive, les hémorragies de la délivrance. On trouve d'ordinaire de façon concomitante de petits signes d'insuffisance hémoclasique du foie et de l'urobilinurie.

La grossesse, tout au moins chez les femmes des villes, provoque un petit état d'insuffisance hépatique; on ne constate pas un semblable retentissement ni ce signe chez la femelle gravide, en l'espèce, celle du cobaye.

Sur une chienne en apparence bien portante, M. DOYON a fait les constatations suivantes : la cavité péritonéale présentait un nombre considérable d'os recouverts de poils. Sauf cette particularité les os étaient d'apparence normale et représentent très vraisemblablement les squelettes complets de plusieurs fœtus. L'utérus présentait des ruptures anciennes multiples. Un crâne complet de fœtus était encore engagé dans une corne utérine. Les poils sont implantés dans les os, mais dépourvus de bulbe. M. Doyon incline à admettre une rupture utérine suivie de la dissolution des fœtus, puis une sorte de greffe capillaire sur les os qui auraient continué à croître. M. Doyon estime qu'on pourrait peut-être reproduire le phénomène en provoquant expérimentalement des ruptures utérines sur des chiennes gravides.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1922)

Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'eau de chaux pulvérisée. — M. Paul GALLOIS utilise un pulvérisateur à vapeur pour projeter le produit dans les voies respiratoires.

Leucémie et cinnamate de soude. — M. R. LAUTIER a observé l'action utile de ce corps sur l'état général, les ganglions et la rate d'un leucémique.

Hémoclasie digestive, procédé de contrôle dans le traitement de l'insuffisance protéopexique du foie au cours de la tuberculose pulmonaire. Effets de l'eau de Vichy. — MM. PIÉRY (de Lyon) et PAPADOPOULOS utilisent l'hémoclasie digestive pour vérifier l'effet réel des eaux transportées, constatent le remplacement de la leucopénie par une leucocytose digestive normale. Ce procédé doit être utilisé en crénothérapie.

Action de l'iode sur le philothion. — M. DE REY-PAILHADE étudie cette question et ses applications en clinique.

Les médicaments nouveaux et les modifications du Codex. — M. DESESQUELLE les signale à la Société pour connaître son avis et les signaler à la Commission du Codex.

Vérités et erreurs sur le drainage biliaire par la méthode du tubage du duodénum. — M. J.-C. HEMMETER (de Baltimore) expose cette question en s'appuyant sur des recherches expérimentales rigoureuses et nombreuses.

REVUE DES THÈSES

Le Diéthyl-dipropényl-barbiturate de diéthylamine dans le traitement des états psychopathiques (1), par le docteur Robert TRAMPOL, interne des asiles.

Dans un travail très important qu'il vient de consacrer à l'étude du somnifène (diéthyl-dipropényl-barbiturate de diéthylamine), M. Trampol, après avoir rappelé les nombreux travaux consacrés déjà à ce nouvel hypnotique, notamment par MM. Boisnière (Th. de Bordeaux, déc. 1921), Kindler (Th. de Montpellier, déc. 1921) et les multiples observations prises dans les services de MM. les professeurs Raviart, Anglade, Roger, Abadie, Etienne, Sabrazès, Perrens, Journiac, etc., publie vingt-sept observations originales prises dans les services de MM. Aubry et Hamel, médecins en chef de l'asile de Maréville, et il conclut que le somnifène « Roche » lui paraît être de tous les hypnotiques qu'il a utilisés celui qui se rapproche le plus de l'hypnotique idéal.

Ce médicament, qui est un hypnotique de la série des barbituriques n'est pas toxique et ne contient, bien entendu, aucun des toxiques du tableau B ; il n'agit ni sur le cœur, ni sur les reins, ni sur l'intestin ; son action est rapide et sûre; pouvant s'administrer sous forme d'ampoules (injections intramusculaires indolores) et sous forme de gouttes, il est d'un emploi excessivement pratique.

Le somnifène procure aux malades auxquels il est ordonné un sommeil calme, profond, exempt apparemment de tout rêve et suivi d'un réveil agréable; ce sommeil est d'une durée variable, suivant la dose employée et l'excitation du malade. En moyenne XXX à L gouttes ou une ampoule de 2 centimètres cubes donnent un sommeil de six à huit heures. D'autre part, M. Trampol a remarqué que tous ses malades ont été beaucoup plus calmes dans les journées correspondant aux périodes où ils étaient soumis à l'action du médicament.

Sédatif puissant, hypnotique d'une extrême maniabilité, le somnifène est, pour l'auteur, l'un des meilleurs agents de traitement des états d'agitation ou des insomnies liées à des états psychopathiques. Il lui paraît même devoir rendre de grands services dans le traitement de l'épilepsie, puisque, chez certains de ses malades, de petites doses de médicament répétées journellement ont amené une diminution très sensible de la moyenne des crises, cette diminution ne s'accompagnant jamais d'épisodes mentaux aigus. De plus, sa suppression brusque n'a jamais provoqué aucun de ces accidents parfois très graves qui surviennent souvent lors de la suppression du traitement par la phényl-éthyl-malonylurée. Il semble donc que nous possédions, dans le somnifène, non seulement un hypnotique doux et sûr, applicable à petites doses aux insomnies banales, mais encore un hypnotique et un sédatif d'action très énergique dans les cas d'excitation, d'agitation intense, dans les convulsions, l'épilepsie, le tétanos, le delirium tremens et tous les états psychopathiques.

L. G.

RENSEIGNEMENTS

(1) *Th. de Nancy*, juillet 1922.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Préparé par les
LABORATOIRES
DU
NUJOL
Standard Oil C°
(New-Jersey)
NEW YORK



CAUSES ET EFFETS

La viscosité des huiles de vaseline est tellement variable qu'il n'est pas étonnant que les résultats obtenus varient aussi.

Le **NUJOL** donne des résultats invariables parce qu'il est lui-même invariable.

NUJOL EST LE LUBRIFIANT IDÉAL DE L'INTESTIN

Le **NUJOL** présente toujours le même degré de viscosité et d'absolue pureté.

Le **NUJOL** est absolument sans goût ni odeur et ne cause pas des nausées.

Echantillons et Brochures sur demande
BEDFORD PETROLEUM C°
88 Avenue des Champs-Élysées, 88
PARIS

Nujol
MARQUE DÉPOSÉE
Contre la Constipation

Agent de Vente :
A. W. B. SCOTT
Pharmacien-Droguiste
38, Rue du Mont-Thabor
PARIS

LABORATOIRE des FLANDRES, 10, rue des Fleurs, RONCHIN (Nord)

Préparations à base d'acide élaïérinique : contre les **MALADIES DE LA PEAU** :

LIPOL { liquide à 2 % d'acide élaïérinique
pommade à 2 % — —
bâton à 10 % — —

Contre les **HÉMORROÏDES** :
PANSEMENTS QUIÉVI à 10 % d'acide élaïérinique

Contre les **FLUXIONS RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES** :
COMPRESSES MAËS à 25 % d'acide élaïérinique

"LA BIOTHÉRAPIE" 3, rue Maublanc, PARIS (15e), *Téléph.* : Ségur 05-01

Prépare et fournit :

BILIVACCIN
PASTILLES ANTITYPHIQUES BILIÉES
Comprimés de vaccin préparés contre la typhoïde et les Paratyphoïdes A et B

BILIVACCIN
PASTILLES ANTIDYSENTÉRIQUES
Comprimés de vaccin préparés contre la dysenterie bacillaire.

S'emploient par la voie buccale et N'OCCASIONNENT AUCUNE RÉACTION

N. B. — Les Pastilles antityphiques biliées ont été employées pendant deux épidémies de typhoïde dans le Pas-de-Calais et dans l'Aude ont donné des résultats **absolument probants.**

— LITTÉRATURE ET RENSEIGNEMENTS SUR DEMANDE —

Granules de CATILLON à 0,001 **Extrait Titré** de **STROPHANTUS**

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le **cœur affaibli**, dissipent **ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES**, Affections **MITRALES, CARDIOPATHIES** des **ENFANTS** et **VIEILLARDS**, etc.
Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0,0001 **STROPHANTINE** CRIST.
TONIQUE DU CŒUR PAR EXCELLENCE, NON DIURÉTIQUE

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques; les teintures sont infidèles, exiger la Signature **CATILLON**
Prix de l'Académie de Médecine pour "Strophantus et Strophantine", Médaille d'Or Expos. univ. 1900.

PARIS, 3, Boulevard St-Martin *et* Phcies.

Tablettes de Catillon IODO-THYROIDINE 0gr 25 corps thyroïde, titré, stérilisé, bien toléré, actif et agréable.
1 à 2 contre **Myxœdème**; 2 à 8 **Obésité, Goitre, Herpétisme, Ostéogénèse**, etc. — 3, Boulevard Saint-Martin, Paris ET PHARMACIES.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

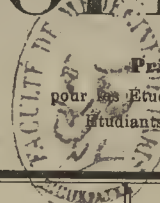
GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.



ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

AVIS

L'épreuve du concours de l'internat dite « de sélection » jouit, à juste titre, d'une impopularité générale. Elle est certainement appelée à disparaître dans un délai plus ou moins rapproché.

En attendant cette échéance que tout le monde souhaite, nous avons pensé apporter un soulagement aux candidats en leur donnant une série de notes d'anatomie avec schémas.

Les questions choisies seront des points d'anatomie qui ont été dans ces derniers temps l'objet de travaux modifiant les conceptions classiques.

Rédigées avec le plus grand soin par des anatomistes qualifiés, elles seront d'ailleurs lues avec intérêt par tous les médecins qui pourront revoir en quelques minutes des questions pour beaucoup devenues très lointaines.

Il va sans dire que nous continuerons comme par le passé la publication des notes pour l'internat et des Revues générales qui ont si grandement contribué à la réputation de ce journal.

Les notes d'anatomie paraîtront le samedi.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Pathologie. — Séance du 20 octobre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de la hernie crurale étranglée. »

MM. Davioud, 16; Calmels, 13; Cougnot, 15; Delbreil, 13 1/2; Chemin, 13; David, 20; Gozlan, 13 1/2; Caraës, 17 1/2; Cazes, 18; Cachera, 16; Clément (André), 17; Chavialle, 15; Delahaye, 18; Chevrolle, 14; Cassaigneau, 11; Dausse, 15; Danhier, 13; Chadourne, 20.

Anatomie. — Séance du 19 octobre. — Question donnée : « Tronc de la veine jugulaire interne. »

MM. Mayrargues, 16; Kyriaco, 15; Larribère et Lefrançois, 14; Maillard, 10; Retal, 17; Katz, 14; Levassor, 10; Mlle Lamy, 17; MM. Lebecq, 18; Mantion, 16; Loussot, 13; Mlle Maldan, 16; MM. Lœb, 19; Liège, 16; Mlle Latil, 15; MM. Magloire et Lacurte, 16; Lignières, 15; Maraval, 10; Kirszblum, 13; Le Renard, 8; Lacombe, 15.

Séance du 20 octobre. — Question donnée : « Surface articulaire. Capsules et ligaments de l'articulation du coude. »

MM. Gozlan, 16; Mahieu, 15; Leroy (Gustave), 16; Mlle L'Hoir, 8; MM. Lhopitallier, 12; Manouvrier, 14; Loubry, 16; Lévy (André), 19; Lœvenbrück, 15; Langumier, 17; Mlle Landowski, 19; MM. Maire, 13; Leproust, 16 1/2; Maksud, 16; Lacroix, 14; Lang, 19; de Langenhagen, 18; Le Cacheux, Lemaire et Magnien, 17; Lersch, 16; Mlle Lefilliâtre, 19; MM. Larsonneur, 15 1/2; Leroy (René), 15.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lille. — Le concours pour sept places d'interne titulaire et trois places d'interne provisoire des hôpitaux de Lille s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Verhaeghe, Mouton, Cambier, Danhiez, Le Marc'Hadour, Lekieffre et Lefebvre (André).

Internes provisoires : MM. Rousselle, Carré et Tramblin.

MARINE. — Par décret, en date du 16 octobre 1922, ont été promus dans le corps de santé de la marine pour compter du 23 octobre 1922 :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de 1re classe Alquier.

Au grade de médecin de 1re classe. — M. le médecin de 2e classe Lacaze. (*J. O.*, 20 oct. 1922.)

PALMES ACADÉMIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Dufaur (de Valence-d'Agen) et Rebière (de Bonnières-sur-Seine).

Officier d'Académie. — M. le docteur Eyriès (de Marseille).

A. E. — La deuxième réunion d'administration de l'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris, aura lieu le *jeudi 26 octobre à 17 heures*, à

la Salpêtrière, amphithéâtre Charcot, mis à la disposition de l'A. E, par M. le professeur Pierre Marie.

Les résultats du referendum organisé par l'A. E. au sujet des modifications à apporter aux règlements du concours de l'Internat seront publiées.

A l'ordre du jour figurent encore : le Monument aux externes morts pour la France, les divers avantages obtenus récemment par l'A. E., le compte rendu financier, etc.

Pour toute addition à l'ordre du jour, prévenir d'urgence le président, L. Justin-Besançon, 62, rue du Cardinal-Lemoine.

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES ÉTUDES. — LABORATOIRE DE PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Le docteur Léon MacAuliffe, directeur adjoint commencera le jeudi 9 novembre, à la Sorbonne (amphithéâtre Milne-Edwards), une série de conférences sur « la croissance ».

Heure : 20 h. 30. Entrée : 17, rue de la Sorbonne. Les conférences consécutives auront lieu à la même heure et dans le même amphithéâtre, le 23 novembre, le 7 et le 21 décembre.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — CHAIRE D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE. — M. le professeur MARFAN commencera le cours d'hygiène et de clinique de la première enfance, à l'hospice des Enfants-Assistés (rue Denfert-Rochereau, 74), le mardi 7 novembre à 9 h. 45, et le continuera les mardis suivants à la même heure.

Le samedi à 10 heures : Consultation de nourrissons.

Le mercredi à 10 h. 1/2 : Conférences complémentaires par MM. les docteurs Henri Lemaire, médecin des hôpitaux; Blechmann et Hallez, anciens chefs de clinique; Dorlencourt, chef de laboratoire; Turquety, Salès et Vallery-Radot, chefs de clinique; Roudinesco, assistant. (Première conférence, le mercredi 8 novembre.)

Le jeudi à 9 heures : Enseignement pratique de la puériculture (Institut de puériculture de la Ville de Paris et du département de la Seine). Cet enseignement commencera le jeudi 9 novembre et continuera les jeudis suivants. (S'inscrire au pavillon Pasteur.)

CONFÉRENCES DE CHIMIE PATHOLOGIQUE. — M. le docteur BLANCHETIÈRE, agrégé, commencera une série de leçons de chimie pathologique les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 16 heures (amphithéâtre Vulpian) à partir du mardi 7 novembre inclusivement.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ASSOCIATION ENTRE DEUX MÉDECINS

NULLITÉ

Nous avons déjà eu l'occasion d'indiquer que la cession d'une clientèle médicale était considérée par la doctrine et la jurisprudence comme nulle, car elle avait pour objet une chose hors du commerce; mais est valable la convention par laquelle un médecin s'engage vis-à-vis d'un autre à le présenter et à le recommander à ses clients. Quel est le caractère juridique d'un contrat d'où résulte une collaboration telle qu'il peut être considéré comme constituant un contrat d'association, dans laquelle l'un des médecins apporte sa clientèle et l'autre de l'argent?

La Cour d'appel de Paris, dans un arrêt du 15 mai 1922, *a annulé* un contrat de cette nature.

« Considérant qu'il ressort de la convention intervenue entre les parties à la date du 31 mai 1902, que le docteur W..., qui exerçait depuis huit années la médecine à B..., où il s'était fait, d'après sa déclaration, une clientèle étendue qui lui rapportait annuellement un minimum de 45.000 francs d'honoraires touchés, a voulu s'adjoindre un confrère pour les soins à donner à sa clientèle; qu'à cet effet, il s'est adressé au docteur B... pour *exercer ensemble et conjointement leur profession pendant une durée illimitée*, étant entendu que la totalité des honoraires recouvrés par l'un ou par l'autre serait partagée par moitié entre eux; que cette « coopération » fut acceptée par B... moyennant le paiement à W... d'une somme de 40.000 francs dont 20.000 francs à verser le jour de son entrée en fonctions, le solde devant être retenu sur sa part dans les recettes et suivant des modalités déterminées ;

Considérant que W... ne s'est nullement engagé à présenter B... à sa clientèle; qu'il est stipulé que les malades à visiter chaque jour seront répartis par moitié entre eux et « sans aucune distinction de la qualité de client »; qu'on ne peut trouver dans cette clause, ainsi que le soutient B..., une obligation de présentation; qu'elle établit, au contraire, nettement que les parties ont réglé leur collaboration sans se préoccuper de savoir si un semblable partage pouvait être agréé par la clientèle;

Considérant que le contrat litigieux a eu pour objet la constitution entre les parties d'une association pour la mise en commun de la clientèle du docteur W...; que cette clientèle seule a formé l'apport de ce dernier, l'apport du docteur B... ayant consisté exclusivement dans le versement d'une somme d'argent qui représentait la valeur de la moitié de la clientèle cédée par W...;

Considérant que la clientèle d'un médecin repose uniquement sur la confiance des malades; qu'elle est hors du commerce et ne peut faire l'objet d'une cession ou d'un contrat; que la nullité des conventions intervenues au mépris de ce principe est absolue; que c'est par une inexacte appréciation des faits de la cause que les premiers juges, tout en reconnaissant le principe de droit ci-dessus posé, ont déclaré licite le contrat du 31 mai 1902.

.... »

Le Tribunal civil de la Seine avait, en effet, rendu un jugement dans lequel il déclarait « que, s'il est de doctrine et de jurisprudence qu'une clientèle médicale, reposant sur la confiance que les malades peuvent avoir en leur médecin, n'est pas une chose dans le commerce, et ne peut, dès lors, conformément à l'article 1128 du Code civil, être l'objet d'une convention, il en est tout autrement quand il s'agit, comme dans l'espèce actuelle, d'un médecin qui se trouvant fatigué par l'exercice de sa profession, s'adjoint un confrère dans le but de diminuer sa tâche, et s'engage à le présenter à sa clientèle comme son collaborateur; qu'une pareille association est licite, alors même qu'il serait convenu que les honoraires perçus seraient partagés par moitié. »

L'arrêt de la Cour de Paris a analysé le contrat intervenu. Ce qui paraît l'avoir particulièrement frappée, pour annuler ce dernier, c'est qu'il était stipulé que les malades seraient répartis par moitié entre les deux médecins et sans aucune distinction de la qualité de client; il en résultait que l'un ou l'autre médecin pouvait se présenter alternativement chez le même malade; dès lors celui-ci n'était pas libre dans le choix d'un médecin. Comme le dit très justement la Cour, « la clientèle d'un médecin repose uniquement sur la confiance des malades »; cela ne devenait plus vrai avec le contrat soumis à l'appréciation de la justice.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

Traité d'éducation physique, par le docteur RUFFIER. Tome I : *L'enfant et l'adolescent;* méthodes de développement. 1 vol. in-16, 250 pages. Prix : 6 fr. — Tome II : *Les jeunes gens :* méthodes d'entraînement. 1 vol. in-16, 320 pages, nombreuses figures. Prix : 8 fr. — Paris, Editions « Physis », 35, rue de la Victoire.

RENSEIGNEMENTS

588. — **EXTERNE DES HOPITAUX**, 15 inscriptions au courant anesthésies, pansements, injections intraveineuses et ayant quelques heures de libres l'après-midi, demande travail rétribué.

XVIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(*Paris, 12 au 14 octobre 1922*)

PREMIÈRE SÉANCE

ÉLÉMENTS DE DIAGNOSTIC ENTRE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC ET L'ULCÈRE DU DUODÉNUM

Rapporteurs : 1° MM. Ed. ENRIQUEZ et Gaston DURAND (de Paris), 2° MM. C. SALOZ, A. CRAMER et G. MOPPERT (de Genève).

Rapport de MM. Ed. Enriquez et G. Durand.

La difficulté de la localisation exacte de l'ulcus est fonction de différents facteurs; elle est liée à l'état anatomique de la lésion, à la phase évolutive de l'affection et naturellement aux moyens d'investigation dont ou dispose. Ecartant systématiquement toutes les lésions compliquées, les rapporteurs étudient uniquement les ulcères simples de date récente.

Tous les renseignements cliniques recueillis au lit du malade sont utiles mais aucune méthode n'apparaît plus démonstrative que la radiographie en série.

I. SYNDROME DYSPEPTIQUE. — Les symptômes fonctionnels recueillis par l'interrogatoire sont le plus souvent ceux d'une dyspepsie hypersténique. Mais contrairement à l'opinion des Américains, il faut savoir :

a. Qu'un syndrome d'hyperchlorhydrie invétérée non seulement n'est pas l'expression du seul ulcus duodénal, mais qu'il n'est même pas nécessairement facteur d'une ulcération digestive. Il faut faire la part des troubles purement nerveux et des troubles organiques.

b. Que les hémorragies patentes de l'ulcère ne sont ni assez fréquentes ni assez précoces pour intervenir dans les débuts comme signe essentiel de l'affection.

c. Que les hémorragies occultes sont loin d'être la règle.

d. Que la prédominance des hématémèses ou du melæna ne sont pas davantage des éléments de discrimination entre les localisations gastriques ou duodénales de l'ulcère.

e. L'évolution elle-même des accidents : paroxysmes entrecoupés de longues périodes latentes n'est pas le signe de telle ou telle localisation anatomique.

f. Ces phénomènes douloureux à horaire ou à siège variable ne créent, au moins pendant une assez longue période de l'évolution de l'ulcère, que de simples présomptions cliniques.

II. SIGNES PHYSIQUES. — Qu'il s'agisse d'hypersécrétion continue, de stase alimentaire discrète, de dilatation stomacale ou de points douloureux, sensibles au palper, tous ces symptômes fournissent simplement des présomptions en faveur de la localisation, rarement des certitudes.

Si l'on compare la sémiologie clinique des ulcères gastriques et duodénaux, on aboutit aux conclusions suivantes.

A la période initiale, les signes cliniques sont le plus souvent identiques pour toutes les localisations.

A une période plus avancée la majorité des ulcères développés, soit en deçà, soit au delà de la barrière sphinctérienne donnent lieu à une symptomatologie qui, rarement, se précise dans un sens ou dans l'autre, on fait seulement le diagnostic d'ulcus juxta-sphinctérien.

Enfin, à la période ultime de sténose tous les symptômes redeviennent identiques pour toutes les localisations de sténose.

D'ailleurs, le diagnostic topographique précis de la lésion ne doit pas absorber toute l'attention du médecin, il est beaucoup plus important de dépister le trouble permanent, même léger, de l'évacuation gastrique, car il est nécessaire de ne pas oublier que les lésions les plus graves peuvent évoluer sans autres signes que ceux de la dyspepsie hypersténique.

III. SIGNES RADIOSCOPIQUES. — Alors que l'examen clinique a été négatif, on peut, à la suite d'un seul examen radioscopique, faire le diagnostic d'ulcère de la petite courbure ; il en est de même pour une sténose pylorique ou duodénale méconnue, mais ce sont là des cas exceptionnels. Le plus souvent, l'examen radioscopique démontre seulement le trouble permanent léger, moyen ou grave de l'évacuation gastro-duodénale, et ce sont seulement des examens répétés à intervalles plus ou moins longs qui, tout en servant à mesurer les progrès de l'affection, précisent la topographie de la lésion.

Les signes précoces de localisation à la région sphinctérienne sont : l'hyperkinésie gastrique à grandes ondes profondes symétriques sur les deux courbures, rythmiques, contrastant avec les évacuations espacées et avec une évacuation globale nettement retardée pouvant atteindre dix à douze heures au moment des crises.

La dilatation de l'antre pylorique est, en plus, un des signes les plus précoces. Dans l'ulcère de la petite courbure, l'inertie et la rectitude apparente de cette courbure contrastent avec les ondulations profondes de la courbure opposée.

Dans l'ulcère du duodénum, les ondes sont symétriques sur les deux courbures, l'évacuation globale est le plus souvent retardée et la dilatation segmentaire reste très longtemps localisée à l'antre pylorique. L'existence ou l'absence de liquide à jeun n'est, par rapport aux signes précédents, qu'un symptôme de deuxième ordre.

La visibilité à l'écran, de la dernière anse grêle, neuf heures après un repas opaque, toute cause de rétention iléale mise à part, est un signe important d'un trouble de l'évacuation gastrique.

Une évacuation gastrique désordonnée, sans rythme net, avec débit par saccades est provoquée par une excitation nerveuse purement fonctionnelle dont la cause est en dehors de l'estomac et du duodénum.

Dans les périodes de crise, l'exploration, à l'écran, de la sensibilité viscérale ne fournit pas de renseignements très précis, mais par contre, dans les périodes de latence, la constatation d'un point douloureux accompagnant le viscère dans les diverses positions données au malade est d'une valeur de premier ordre.

En somme, l'examen du transit gastrique global, l'examen des fonctions motrices de l'estomac, l'exploration de la sensibilité viscérale en position debout et couché fournissent le plus souvent des renseignements très précis sur l'existence et le siège de l'ulcère.

IV. SIGNES RADIOGRAPHIQUES. — La radiographie ordinaire révèle parfois des détails nouveaux et fixe les signes directs de la lésion, mais ne permet pas d'éviter certaines erreurs d'appréciation.

Les radiographies rapides en série permettent de distinguer les déformations variables des déformations constantes qui ont une grosse valeur pour affirmer l'existence et le siège de l'ulcère. A ce propos, les auteurs rappellent les différentes déformations qui peuvent se rencontrer sur la première portion du duodénum.

Dans les ulcères gastriques et pyloriques, la radioscopie reste la méthode la plus pratique et la moins onéreuse. Pour le diagnostic de l'ulcère duodénal au contraire la radiographie en série est indispensable à toutes ses périodes.

Par ce procédé, les auteurs ont pu, en l'espace de trois mois, en examinant systématiquement tout dyspeptique souffrant de la région épigastrique, diagnostiquer 17 cas d'ulcères duodénaux contre 8 gastriques, diagnostic vérifié par l'intervention dans 10 ulcères du duodénum et dans 6 gastriques.

L'interprétation des films ainsi obtenus est toujours délicate, il se glisse fatalement des erreurs dans les éléments d'appréciation, mais ces erreurs peuvent diminuer par l'étude préalable des atlas américains et suédois et par la comparaison des images radiographiques et des aspects du duodénum au cours de l'opération.

Tout l'intérêt du diagnostic différentiel entre les ulcères de l'estomac et du duodénum tient dans leur évolution. Les premiers se perforent rarement et ont une transformation cancéreuse plus fréquente. C'est le contraire pour les autres. Donc nécessité d'un diagnostic précoce pour l'ulcus duodénal et intérêt à ne pas trop prolonger la thérapeutique médicale.

Rapport de MM. C. Saloz, A. Cramer et G. Moppert.

Les constatations de ce rapport découlent de 559 cas d'ulcères vérifiés soit par l'opération, soit par l'autopsie, soit par des images radiologiques certaines.

L'ulcère, au dire des rapporteurs, est deux fois plus fré-

Association de la Presse médicale française.

quent chez l'homme que chez la femme. Il peut s'observer chez les jeunes gens et chez les vieillards et on doit y penser à cet âge avant de conclure à un néoplasme lorsqu'on est en présence d'un état de gastrite chronique.

L'ulcère de la petite courbure est le plus fréquent, celui de la deuxième portion du duodénum le plus rare, viennent ensuite s'équilibrant dans la moyenne les ulcères du pylore et du bulbe duodénal.

Les ulcères multiples ne sont pas exceptionnels (9 p. 100 des cas). Les ulcères de la petite courbure et du duodénum sont d'une évolution beaucoup plus silencieuse que les ulcères pyloriques.

Les complications apparaissent également variables suivant la localisation, c'est ainsi que l'hématémèse se rencontre surtout dans les ulcères de la petite courbure, le mélæna est plus fréquent au niveau du duodénum, la sténose domine dans les ulcères pyloriques; quant aux perforations elles sont d'égale fréquence dans les lésions de la petite courbure et de la région pylorique. Dans l'ensemble ce sont les ulcérations duodénales qui se trouvent présenter la majorité des accidents graves.

Les rapporteurs abordent ensuite la discussion de la valeur relative des différents procédés d'examen pour arriver à un diagnostic précis : chimisme gastrique, radioscopie, radiographie.

Les renseignements fournis par le chimisme sont beaucoup moins nets et beaucoup moins précis que ceux donnés par la radiologie. En général les chiffres moyens d'acidité totale et chlorhydrique sont augmentés dans l'ulcère; mais l'étude des courbes montre une grande variabilité de ces deux acidités au cours de l'évolution; il existe un pourcentage appréciable de chiffres d'acidité normale ou abaissée qui prouve que les valeurs de l'acidité ne permettent pas à elles seules de faire le diagnostic d'ulcère. Ces valeurs sont d'ailleurs sujettes à des variations qui expliquent certaines anomalies du chimisme. La présence de liquide à jeun est la règle dans les ulcères du pylore et de la petite courbure et l'étude de la concentration des liquides résiduels possède une grosse valeur pour reconnaître leur nature et dépister une stase peu évidente.

La recherche du sang dans le suc gastrique et dans les selles a une certaine importance diagnostique, mais c'est une épreuve très incertaine, très inconstante.

L'épreuve du fil d'Einhorn induit trop souvent en erreur pour être recommandable. La formule cytologique des liquides de lavage gastrique est un précieux moyen pour distinguer les états dyspeptiques des états organiques.

La radiologie (et nous entendons par ce terme radioscopie et radiographie qui se complètent l'une l'autre) est le seul procédé d'examen donnant des certitudes.

Le diagnostic radiologique de l'ulcère est fondé sur deux variétés de signes, les uns directs ou signes de certitude, les autres indirects ou signes de probabilité.

Dans l'ulcère de la petite courbure, les signes de certitude sont : l'encoche spasmodique permanente de la grande courbure, l'image diverticulaire de la petite courbure, la sténose médiogastrique, et l'enroulement de la petite courbure; les signes de probabilité sont la présence d'une courbe intermédiaire de liquide, le retard de l'évacuation, la douleur localisée, l'encoche spasmodique intermittente de la grande courbure, la rectitude segmentaire. Les signes de probabilité sont en général ceux des ulcères simples, les signes de certitude ceux des ulcères calleux et pénétrants.

Dans l'ulcère pylorique ou juxtapylorique, les signes de certitude se résument dans l'antipéristaltisme, les signes de probabilité sont : l'existence d'une courbe intermédiaire de liquide, l'accélération ou le retard de l'évacuation, la douleur localisée, l'hyper ou l'hypopéristaltisme et : l'hyper ou l'hypotonie suivant les périodes de l'affection gastrique.

Dans l'ulcus duodénal les signes de probabilité sont l'hypertonicité de l'estomac, la courbe intermédiaire, l'hyperpéristaltisme : évacuation accélérée au début puis se ralentissant pour aboutir à la sixième heure à une stase gastrique par spasme pylorique, le déplacement du pylore à droite et la douleur localisée. Tous ces éléments, sauf la douleur, sont analogues à ceux des lésions gastriques, un seul signe de certitude existe, qui jusque-là faisait défaut, c'est la déformation de l'image bulbaire. Ce sont les méthodes nouvelles de Cole et de Chaoul avec radiographies en série qui ont mis ce symptôme en relief et en valeur.

Dans l'analyse des symptômes fonctionnels subjectifs, l'élément douleur paraît avoir une certaine importance. La douleur apparaît en général deux heures après le repas dans l'ulcère de la petite courbure, entre la troisième et la quatrième dans l'ulcère du pylore, entre la deuxième et la troisième dans l'ulcère duodénal. Il faut d'ailleurs admettre des variantes dans ces horaires qui n'ont rien de cette fixité signalée par certains auteurs. La durée de cette douleur est variable suivant les localisations : courte pour la région pylorique ou juxta-pylorique, moyenne pour le duodénum, longue pour la petite courbure.

Les irradiations douloureuses sont quelquefois un adjuvant précieux pour localiser exactement la lésion. Quant à la symptomatologie objective, en dehors des cas de sténose pylorique dont le diagnostic s'impose, elle fournit seulement des éléments de présomption.

Jadis Mathieu pour l'ulcère du duodénum, Mathieu et Soupault pour les ulcères pyloriques, Mathieu, Loyer et Duval pour l'ulcère de la petite courbure avaient individualisé des cadres très nets qui dans la pratique n'apparaissent malheureusement pas aussi tranchés. Les rapporteurs de leur côté distinguent cependant quatre syndromes : les ulcères juxta-cardiaques, les ulcères de la petite courbure, les ulcères du groupe pylorique et les ulcères vrais du duodénum et ils divisent chacun de ces syndromes d'après l'évolution en forme complète, incomplète et larvée. Après avoir décrit ces formes où sont signalées les dérogations aux types un peu trop schématisés, ils opposent en définitive deux variétés d'ulcères : les extra-orificiels (petite courbure et duodénum vrai) aux ulcères de la région pylorique.

Les premiers ont tous une évolution silencieuse au début, une tendance aux hémorragies et aux transformations calleuses; une douleur précoce, une quantité stomacale voisine de la normale et la possibilité d'être reconnus radiologiquement par des signes de certitude.

Les seconds au contraire se compliquent rarement d'hémorragies, sont à douleur tardive, à capacité stomacale très augmentée. Ils ne se révèlent à la radioscopie que par des signes de probabilité.

L'ulcus duodénal toutefois se distingue de celui de la petite courbure par un point douloureux droit, une tolérance moins prolongée, une hyperacidité et une hypersécrétion plus marquées, une moindre tendance aux hémorragies massives, par des signes radiologiques directs au duodénum, indirects à l'estomac.

Les auteurs terminent en montrant combien il est difficile d'affirmer une notion étiologique tuberculose, syphilis ou traumatisme.

Discussion.

M. René GAULTIER (de Paris) s'élève contre les affirmations de MM. Enriquez et Durand qui prétendent ne reconnaître comme signes de certitude de l'ulcère duodénal que ceux fournis par la radiographie en série.

Le duodénum a une séméiologie propre qui s'oppose à celle de l'estomac, et il y a longtemps que Bucquoy et Dieulafoy l'ont précisée : l'appétit conservé, la douleur pré-ombilicale et sous-ombilicale siégeant à droite et s'accusant trois ou quatre heures après les repas, la rareté des vomissements s'opposant à la fréquence des régurgitations, le tympanisme abdominal parfois localisé à la zone duodénale en sont les éléments les plus saillants.

En dehors de la radiologie, le laboratoire fournit aussi des indications qui ne sont pas négligeables : exploration interne du duodénum, chimisme duodénal, analyse coprologique. Les renseignements fournis par ces procédés d'exploration doivent cependant n'être interprétés qu'avec la plus grande prudence.

M. FEISSLY (de Lausanne) partage complètement l'opinion de MM. Enriquez et Durand sur la valeur de la radiographie en série. Il pense toutefois que ces auteurs ont sous-estimé l'importance des hémorragies occultes qui sont un élément très précieux ajouté aux signes objectifs lorsqu'on les recherche avec la méthode si sensible de Snapper.

La radiographie, d'autre part, n'apporte des renseigne-

ments précieux qu'à la condition de préciser au préalable la position de choix qui convient à un cas déterminé.

Enfin, l'endoscopie gastrique a permis à l'auteur de constater que la maladie ulcérative produit des lésions plus nombreuses que celles qu'on observe généralement, ce qui explique dans une certaine mesure la symptomatologie si complexe de ces affections.

M. Ch. de Luna a observé une vingtaine de cas d'ulcère duodénal qui lui ont suggéré les observations suivantes.

Les ulcères pyloro-duodénaux ou duodénaux ont une sémiologie clinique qui leur est commune; ils diffèrent seulement par leur retentissement sur l'évacuation gastrique, les premiers provoquant un spasme pylorique avec retard de l'évacuation, les seconds, au contraire, s'accompagnant d'hyperpéristaltisme et d'évacuation gastrique très accélérée. L'auteur, de plus, insiste sur l'importance d'un point dorsal postérieur situé dans l'angle costo-vertébral au niveau du bord droit de la deuxième ou troisième vertèbre lombaire correspondant nettement à l'image du bulbe.

L'auteur apporte également quelques observations de ptose gastro-duodénale pure simulant l'ulcère duodénal et qui ont guéri par la cure dirigée exclusivement contre la ptose. Ce sont des cas d'une interprétation très délicate.

M. Verhoogen (de Bruxelles) fait ressortir l'importance des renseignements recueillis par le tubage à jeun avec la sonde d'Einhorn. Lorsqu'elle ramène un sang intact qui s'altère au cours des pompages successifs et qu'après avoir franchi le pylore on ramène un liquide jaune d'or on peut conclure à une localisation gastrique. Inversement la présence de suc gastrique pur dans l'estomac, de sang dans le duodénum permettent d'affirmer un ulcère de cette dernière région.

M. Hammer (d'Amsterdam) souligne le contraste existant entre les statistiques anatomiques et les statistiques radiologiques des ulcères gastriques et duodénaux.

Sur 400 sujets autopsiés, il en a trouvé 45 ayant ou ayant eu un ulcère; 35 étaient à localisation gastrique, 10 à localisation duodénale.

M. Gaston Durand répond aux objections formulées. Il conteste l'utilité des examens coprologiques proposés par M. Gaultier. Il regrette de ne pas partager la confiance de M. Verhoogen dans l'emploi de la sonde d'Einhorn. Quant à la valeur des hémorragies occultes elle est surtout diminuée du fait que leur absence ne permet pas d'exclure le diagnostic d'ulcère.

Le rapporteur termine en montrant que la discordance des statistiques anatomiques et radiologiques, signalée d'ailleurs déjà par les Américains, tient surtout à ce que beaucoup d'ulcères cicatrisés ne sont plus représentés que par des cicatrices sous-muqueuses qui parfois sont mises seulement en évidence par des coupes en série.

Communications sur le tube digestif.

Le tubage duodénal dans le diagnostic différentiel de l'ulcère duodénal et de la lithiase biliaire. — MM. Chiray et Paul Blum (de Paris) admettent que le tubage duodénal est susceptible de donner des renseignements intéressants dans la cholécystite lithiasique. La coloration verte du liquide, son aspect « purée de pois », la présence de nombreux flocons de mucus sont des signes très fréquents. On trouve, en outre, de minuscules grains noirs, en suspension dans le liquide ou englobés dans le mucus : il s'agit de véritables calculins. Etudiés chimiquement et histologiquement par les auteurs, ces calculins paraissent formés d'un noyau central important de cholestérine avec appoint pigmentaire (bilirubinate de chaux surtout) et d'autres éléments surajoutés (sels biliaires, cellules épithéliales). Cette constatation permettrait de différencier par le tubage duodénal la lithiase biliaire de l'ulcus duodénal et de distinguer la cholécystite.

Les difficultés de diagnostic de l'ulcus duodénal. — M. Cade (de Lyon) montre combien il est malaisé de différencier l'ulcus de la région pylorique de celui de la petite courbure et de la cholécystite chronique.

La recherche des points douloureux peut fournir des renseignements très utiles. Il faut savoir qu'un point phrénique ou cervical droit doit orienter vers la cholécystite, tandis que les lésions ulcéreuses gastro-duodénales donnent fréquemment un point cervical gauche.

Il y a, de plus certaines formes anormales de l'ulcus dont le diagnostic est on ne peut plus difficile et à cet égard l'auteur signale l'existence de certaines formes à paroxysmes douloureux rappelant à s'y méprendre les crises tabétiformes. Il rappelle également une observation où l'ulcus était associé à une gastro-entéro-radiculite d'origine spécifique qui s'améliora sous l'influence du traitement.

L'auteur s'associe aux conclusions des rapporteurs en insistant, sur le peu de valeur des hémorragies occultes et sur l'importance des radiographies en série.

La diathermie dans le diagnostic différentiel entre l'ulcère duodénal et la lithiase biliaire. — M. Roger Glénard (de Vichy). La différence d'action de la diathermie électrique dans les douleurs de l'ulcère duodénal et de la lithiase biliaire peut aider puissamment à leur diagnostic dans certains cas. Presque toujours inefficace dans l'ulcus duodénal, la diathermie donne dans les coliques vésiculaires subintrantes des résultats extrêmement favorables ainsi qu'il ressort des observations du docteur Aimard, protagoniste de la méthode. Ces conclusions découlent de cinq mille applications faites sur plus de cinq cents malades pendant le cours de la dernière saison de Vichy.

Dans huit cas d'échec complet le diagnostic doit être modifié à l'examen radiologique de contrôle : il s'agissait en effet indiscutablement d'ulcus duodénal. C'est dire que les résultats de la diathermie, négatifs dans l'ulcère duodénal, très favorables en général dans la lithiase biliaire peuvent être d'une grande importance dans le diagnostic de ces deux lésions.

Ulcus latents gastro-duodénaux : éléments de leur diagnostic. — MM. Hadgès et Thomas (de Vichy). Toute dyspepsie à allure d'hyperchlorhydrie banale, de dyspepsie atonique ou sensitivo motrice, ou de dyspepsie réflexe dont l'évolution est insidieuse avec des alternatives d'amélioration et de rechute doit faire penser, lorsqu'elle s'accompagne d'amaigrissement notable, à un ulcère gastro-duodénal.

Par le groupement des signes cliniques et radiologiques on pourra soit en affirmer l'existence, soit recueillir de tels éléments de présomption que toutes les tentatives thérapeutiques se trouveront justifiées.

Diagnostic des gastralgies par la thérapeutique. — M. Roch (de Genève). Le diagnostic causal des gastralgies peut être précisé grâce aux propriétés pharmacodynamiques de deux médicaments : l'hydrate d'alumine colloïdal qu'absorbe l'acide chlorhydrique et se montre efficace chez les malades ayant de l'hyperacidité; le benzoate de benzile antispasmodique améliorant les spasmophiles sans ulcère ni troubles sécrétoires. L'épreuve thérapeutique est souvent très concluante et peut jusqu'à un certain point remplacer l'épreuve du chimisme et du transit baryté.

L'alimentation duodénale; ses applications au traitement et au diagnostic des ulcères gastro-duodénaux. — M. R. Damade (de Bordeaux). L'alimentation duodénale par le tube d'Einhorn laissé à demeure pendant plusieurs semaines assure un repos complet à l'estomac tout en permettant une nutrition satisfaisante au malade. L'auteur apporte neuf observations. Dans six cas d'ulcère les résultats furent très bons. Il est un cas particulièrement intéressant : c'est celui d'un vieil ulcère de la petite courbure avec volumineuse niche de Hodeck et gros plastron de périgastrite qui fut guéri après deux périodes de quinze jours chacune d'alimentation duodénale. La périgastrite et la niche disparurent; l'état de la malade fut transformé. Trois cas de syndrome ulcéreux dus à une cholécystite chronique avec périduodénite ne furent pas améliorés. L'alimentation duodénale constitue donc une méthode de diagnostic entre les gastropathies primitives par ulcus et les gastropathies secondaires par altération d'un autre organe.

Les désastres causés en pathologie gastrique par la méconnaissance de la syphilis. — M. Marcel Pinard (de Paris) cite de nombreux cas de syphilis gastrique méconnue ayant abouti à la mort, à des perforations ou s'étant accompagnée

d'accidents de même origine. L'affection peut se présenter comme un ulcère d'estomac, ou simuler la gastrite chronique, et la dyspepsie grave. Chez le nourrisson se manifeste sous la forme de vomissements habituels ou de sténose pylorique. Tous ces accidents ont évolué parce que les médecins traitant n'avaient pas présent à la mémoire cette notion d'extrême fréquence de la syphilis gastrique.

M. Leven (de Paris) confirme les affirmations de M. Pinard. Il fait ressortir en plus, que le traitement ioduré n'aggrave pas les épithéliomas ainsi qu'on l'admet couramment, d'autre part que pour obtenir la guérison il faut associer l'iodure au mercure. Le suppositoire mercuriel constitue le meilleur mode d'administration lorsqu'il s'agit de syphilis digestive.

M. Bard (de Strasbourg). Nous savons tous qu'il existe une syphilis gastrique. La seule notion intéressante serait de préciser les symptômes susceptibles de mettre sur la voie de ce diagnostic. On dit que la motilité de la tumeur est un assez bon signe. C'est entendu mais cherchez-en d'autres.

M. Le Noir (de Paris). 28 p. 100 des ulcéreux sont des spécifiques. D'autre part 18 à 20 p. 100 des autres malades sont syphilitiques. La syphilis joue donc un rôle dans l'étiologie de l'ulcère.

Recherches sur la stase intestinale. — M. Guillaume (de Paris). Par examen du transit du repas baryté, l'auteur a cherché à savoir si le facteur mécanique de stase jouait un rôle important chez les malades porteurs de hernies volumineuses. Il n'a trouvé ni stase locale, ni ralentissement du transit. On doit donc admettre que seul le facteur dynamique joue un rôle primordial dans la stase.

DEUXIÈME SÉANCE

TRAITEMENT PRÉVENTIF ET CURATIF DES MALADIES PAR CARENCE

Rapporteurs : 1° MM. Edmond Weill et Georges Mouriquand (de Lyon); 2° M. F. Rathery (de Paris).

Rapport de MM. E. Weill et G. Mouriquand.

On désigne à l'heure actuelle, sous le nom de maladies par carence, des états affectifs qui résultent de l'absence dans l'alimentation d'une substance ou d'un ensemble de substances qui ne sont pas chimiquement différenciées, mais qui paraissent nécessaires à doses minimes à la nutrition.

Les principales maladies de carence sont le béribéri, le scorbut et la pellagre.

Le béribéri reconnaît, comme cause essentielle, la consommation presque exclusive de riz privé de sa cuticule, mais des causes secondes favorisent son apparition, telles : le surmenage physique, la dépression morale, l'encombrement, les privations, les toxiinfections diverses. C'est l'étude de cette affection qui a abouti à la découverte importante de la vitamine de Funk et à la notion des substances minimales dans la nutrition.

La reproduction expérimentale de la maladie chez la poule et le pigeon dans sa forme aiguë polynévritique par Eijkman, sous sa forme chronique par Weill et Mouriquand ont confirmé l'origine alimentaire. Toutes les légumineuses stérilisées et décortiquées peuvent produire le béribéri. Ces notions ont été une acquisition précieuse tant pour le traitement que pour la prophylaxie de l'affection.

L'alimentation au riz glacé doit être complétée par l'extrait de son de riz et par un régime plus large : haricots, lard, poisson.

On sait, d'autre part, qu'une mère béribérique transmet la maladie à son nourrisson; affection qui revêt chez lui, par les complications cardiaques qu'elle entraîne, une allure des plus sévères. Elle est rapidement et heureusement influencée soit par un changement de nourrice, soit par l'allaitement artificiel. L'administration d'extrait de son de riz à la nourrice a donné, dans certains cas, de bons résultats.

En ce qui concerne le scorbut, son apparition n'est pas liée, ainsi qu'on l'a cru longtemps, à une infection ou à une intoxication, mais tout simplement à la carence d'aliment frais; l'existence d'une vitamine antiscorbutique restant tout à fait hypothétique. Chez le nourrisson, l'allaitement au sein, l'allaitement mixte ou le lait de vache cru ne donnent pas le scorbut. Les laits stérilisés et modifiés, les spécialités alimentaires à base de farines, de céréales et de lait sec, par contre, favorisent son apparition. Le traitement vraiment rationnel doit être préventif. Il consiste simplement dans l'administration d'aliments frais. Les vrais antiscorbutiques sont les végétaux; sous une forme concentrée, ils paraissent agir avec plus d'efficacité que dilués dans une masse alimentaire volumineuse. Les aliments d'origine animale ont un pouvoir antiscorbutique faible.

Les déductions qui s'imposent, sont d'ailleurs classiques. A tout nourrisson qui reçoit par nécessité un lait scorbutigène, on doit administrer du jus d'orange ou de citron ou du suc de carotte.

Quant à la pellagre, ses causes restent obscures; on tend à admettre, à l'heure actuelle, qu'elle serait le résultat de carences multiples ou l'absence de protéines indispensables jouerait un rôle important. La théorie de l'avitaminose par décortication du maïs est un peu trop simpliste.

Devant cette étiologie douteuse, la thérapeutique reste, elle aussi, imprécise. La notion de carences multiples implique la nécessité d'une alimentation très variée. Elle donne, d'ailleurs, de bons résultats dans les formes légères et de début.

En dehors de ces trois affections, l'étude expérimentale et clinique des troubles de l'équilibre et de croissance a révélé de nouveaux syndromes de carence et de nouveaux moyens diététiques de les combattre.

Ce sont ces notions que les auteurs étudient dans la seconde partie du rapport.

Cette étude expérimentale a provoqué la découverte de deux facteurs de constitution chimique inconnue indispensables à la croissance : le facteur A liposoluble, le facteur B hydrosoluble.

Carence de l'hydrosoluble. — Elle est en tout point comparable au syndrome polynévritique du type béribérique.

Le facteur B qui n'est pas comme certains auteurs l'ont cru, la vitamine de Funk est un accélérateur puissant de la croissance. Pour Weill et Mouriquand, il interviendrait dans la nutrition nerveuse et générale par l'intermédiaire des endocrines ou en excitant les glandes digestives.

Dans le règne animal on le trouve dans les viscères. Dans le règne végétal on le trouve dans la cuticule des graines de légumineuses et de céréales et surtout dans l'embryon. Il existe en abondance dans les tiges, les feuilles, les fruits, la levure.

La décortication le fait disparaître des graines. La stérilisation, la dessiccation, le vieillissement le détruisent également.

Carence de liposoluble dont on ne sait rien au point de vue chimique provoque divers syndromes cliniques :

La xérophtalmie souvent associée à l'héméralopie épidémique dont on a étudié de nombreux cas pendant la dernière guerre et qui peuvent être provoqués par un régime trop strict de dyspeptique. L'huile de foie de morue semble être le remède héroïque de ces lésions.

Le rachitisme relèverait lui aussi d'une carence du liposoluble; mais cette question reste très discutée. Pour MM. Collum et Simonds il dépendrait de carences multiples, pour d'autres le calcium serait en cause; il est difficile de préciser l'importance des facteurs entrant en jeu. C'est un sujet encore à l'étude.

Certaines ostéopathies de guerre du type ostéomalacique seraient dues à une carence du liposoluble associée à l'inanition vraie. Il en est de même des œdèmes de guerre (œdèmes de la faim, du scorbut, du béribéri), qui sont très voisins de l'œdème du nourrisson mis aux bouillons de céréales et aux farineux.

Carence de substances minimales identifiées. — Certains facteurs parfaitement identifiés ont, à doses minimales, un rôle important dans l'alimentation. C'est ainsi qu'à la notion du minimum d'azote est venue se substituer après les travaux de Hopkins Osborne et Mendel, celle du minimum d'amino-acides indispensables.

Quant à la valeur biologique des alumines, celles du lait paraissent supérieures à celles fournies par les végétaux et les divers tissus animaux. Cet aliment doit donc entrer non

seulement dans l'alimentation de l'enfant mais aussi, en partie dans celle de l'adulte.

La loi du minimum interviendrait également pour certains sels minéraux indispensables apportés d'ailleurs à doses suffisantes par une alimentation variée. Ces sels agiraient comme de vrais catalyseurs. Malgré ces substances un régime reste incomplet s'il ne contient pas une petite quantité d'aliments dits vivants doués du pouvoir antiscorbutique.

Précarence. — A côté des maladies de carence il existe selon Weill et Mouriquand des syndromes de précarence qui tiennent chez l'enfant comme chez l'adulte à des régimes trop exclusifs et trop prolongés et qui se traduisent par des troubles gastro-intestinaux et névropathiques dont l'origine est souvent méconnue.

Carence et inanition. — Il est difficile de différencier ces deux états aux seules lumières de la clinique, l'inanition résultant d'une déficience de la valeur calorique de la ration, la carence étant liée à une déficience de la valeur spécifique de l'aliment. L'exemple le plus frappant en est dans le scorbut et le béribéri qui peuvent apparaître avec un poids stationnaire et même ascendant.

Facteurs adjuvants de carence. — Le principal est l'uniformité alimentaire qui peut être facteur de carences multiples; l'infection, le surmenage, le froid, la dépression morale sont des facteurs accessoires mais non négligeables.

Diététique générale préventive et curative des états de carence. — Tout régime doit essentiellement contenir l'aliment calorique ou énergétique, l'aliment plastique et les substances minimales, ces notions permettent d'équilibrer ces régimes par rapport à une nutrition donnée.

Le régime de l'adulte est moins difficile à determiner que celui des organismes en voie de croissance. Et à ce titre il faut songer d'abord à la croissance in utéro. Les expériences de Mc Collum, de Mouriquand et de Michel ont montré à quel point le fœtus était sensible à la carence alimentaire de la mère. A la naissance l'enfant trouve dans le lait maternel un aliment idéal à la condition d'un régime parfaitement équilibré chez la mère. On a vu qu'une mère béribérique transmettait la maladie à son nourrisson, par contre le nourrisson d'une femme scorbutique ne contracte presque jamais le scorbut.

Ce paradoxe inexpliqué demande à être élucidé.

Au sevrage : il faudra tenir compte de la carence habituelle des farineux en liposoluble, en hydrosoluble et en sels minéraux. La stérilisation des farines décortiquées sera corrigée par un apport suffisant de lait.

Il sera nécessaire à la puberté de veiller à la carence possible du liposoluble. On le trouvera dans les œufs, le beurre, les légumes verts et l'huile de foie de morue.

Enfin dans les régimes de maladies, surtout dans les affections chroniques, il est nécessaire d'avoir cette notion de carence à l'esprit et de ce fait ne jamais se montrer trop exclusif.

Rapport de M. F. Rathery.

On se heurte dès le début de ce travail à une difficulté qui, dans l'état actuel de nos connaissances sur la nutrition, est presque impossible à résoudre. Qu'est-ce que la carence alimentaire? Comment la différencier de la nutrition.

Sous le nom de maladies de carence, « deficience disease » des Américains et des Anglais, nous envisagerons les troubles pathologiques résultant, les besoins caloriques étant satisfaits, du manque d'un ou plusieurs des éléments de la ration alimentaire. A la notion d'inanition serait attachée surtout l'idée de valeur calorique de la ration, à celle de carence celle surtout de valeur spécifique de l'aliment.

La carence est absolue ou relative suivant que les éléments de la ration font complètement défaut ou sont simplement en quantité insuffisante.

Dans la carence interviennent également des facteurs secondaires : défaut et d'assimilation, variabilité des besoins de l'organisme à l'état normal et pathologique.

Enfin, il existe des degrés dans la carence : hypercarence de Weill et Mouriquand, carences latentes, état de précarence de Weill et Mouriquand, zone crépusculaire de Goldberger.

Nous diviserons les carences en carences simples et en carences mixtes.

I. Carences simples. — Elles concernent un seul des facteurs alimentaires : carences de protéines, d'hydrate de carbone, de graisses, de sels minéraux, d'avitaminoses.

A. *Carence de protéines.* — La carence globale se rapporte en réalité à la quantité minima d'albumines nécessaires dans une ration. Contrairement à ce qu'on pensait autrefois, cette quantité n'a pas une valeur absolue; elle est intimement liée, d'une part à la qualité de l'albumine fournie, d'autre part à la quantité des autres parties constitutives de la ration : graisses, hydrates de carbone, vitamines.

La carence qualitative est beaucoup plus intéressante. Osborne et Mendel d'une part, Mc Collum, de l'autre, en utilisant des méthodes différentes, ont montré l'importance de certains acides aminés (tryptophane, tyrosine, glycocolle, alanine, lysine, cystine, arginine et histidine) et la valeur biologique des principaux constituants protéiques de la ration. Il existe certainement des maladies de carences relevant du seul manque d'aliment azoté.

Faut-il, avec Rohmann, faire intervenir dans une plus large mesure la déficience des protéines dans l'éclosion des maladies de carence ? Il semble que l'absence « des corps complémentaires » de ce dernier auteur n'explique pas, comme il le pense, la plupart des maladies de carence.

B. *Carence de graisses et d'hydrates de carbone.* — Desgrez et Bierry ont montré qu'un minimum de graisses et d'hydrate de carbone était indispensable dans l'établissement d'une ration normale. Il existe des maladies de carence, d'hydrate de carbone et de graisses. Ces notions sont importantes à retenir dans certains états de jeûne préopératoire, dans certaines affections infantiles (Comby, Nobécourt).

Carence des sels minéraux. — La ration adéquate d'aliments minéraux doit être quantitativement suffisante, qualitativement appropriée, enfin les éléments constituants doivent s'y trouver dans un équilibre déterminé. L'étude des aliments minéraux nécessaires à l'homme est loin d'être achevée, il est certain que la carence minérale joue un rôle très important en pathologie (tuberculose, cancer, anémie ferriprive de Marfan, tétanie, acidose, affections osseuses, etc.).

La carence minérale a une influence considérable sur la croissance, la fécondation. Des déductions thérapeutiques importantes découlent des faits précédents.

Avitaminoses. — Ce sont les maladies de carence relevant d'un manque de vitamines. Après un rapide historique de la question le rapporteur précise la nature et le mode d'action des vitamines ainsi que les besoins généraux de l'organisme en ces substances.

Il étudie les caractères et les propriétés des trois vitamines A, B, C (Funk, Mc Collum, Holst et Fröhlich). Aucune de ces trois vitamines n'a pu être isolée à l'état de pureté et on ne connaît pas leur composition réelle. Toute avitaminose guérit, grâce à l'apport de la vitamine manquante, pourvu cependant que les lésions trop avancées ne soient pas irréparables.

Ces données une fois acquises, le traitement des avitaminoses peut être abordé.

Avitaminose A. — Elle détermine la xérophtalmie, la diminution de résistance aux infections, des troubles dans l'assimilation des sels minéraux.

Avitaminose B. — Elle est essentiellement représentée par le béribéri.

Avitaminose C. — Le scorbut relève d'une avitaminose C. Il guérit par le seul traitement diététique.

Trois principes généraux règlent ce traitement, l'aliment antiscorbutique doit être fourni en quantité suffisante; les différents aliments sont très inégalement riches en vitamine C, certains procédés de cuisson ou de conservation conduisent à une diminution ou à une disparition complète de la puissance antiscorbutique.

Le traitement des différentes formes cliniques de l'avitaminose C comprend celui du scorbut infantile, du scorbut chronique et des états préscorbutiques. A propos du premier l'auteur étudie la question très importante du lait (lait frais, stérilisé, conservé, poudres de lait).

Avitaminoses mixtes. — Les vitamines jouent vis-à-vis les

unes des autres jusqu'à un certain point un rôle d'épargne. Une quantité surabondante de l'une permet à l'insuffisance de l'autre de ne pas se révéler par des signes d'avitaminose spécifique.

Il existe des états morbides conditionnés par le manque ou l'insuffisance de trois ou de deux vitamines : troubles de la croissance, béribéri des navigateurs, héméralopie et scorbut, scorbut et béribéri, anémies digestives, anémie des dyspeptiques ou des entéro-colitiques, maladie cœliaque.

Les avitaminoses interviennent également dans la physiologie pathologique de certaines maladies de la nutrition : (Desgrez, Bierry, Rathery).

II. Les carences mixtes. — Ce sont très probablement les plus nombreuses et les plus fréquentes, mais ce sont aussi les plus difficiles à dépister et à traiter. L'auteur étudie un certain nombre de syndromes morbides relevant des carences mixtes et termine en exposant l'influence générale du régime alimentaire sur la croissance et l'entretien.

Syndrome de carences mixtes. — 1° *Avitaminose et carences minérales.* — La plus importante de ces carences est le rachitisme. Deux éléments interviennent au plus haut point : un trouble dans le métabolisme minéral et une avitaminose. On peut y joindre deux ou trois facteurs pathogéniques : un état anormal dans la composition de la ration alimentaire en protéiques, hydrate de carbone et graisses et un défaut d'hygiène. L'auteur étudie successivement ces différents facteurs et indique le traitement répondant à chacun d'eux.

A côté du rachitisme on peut également décrire l'ostéomalacie, les troubles dentaires, les troubles osseux divers, la tétanie.

2° *Avitaminose et carences de protéines.* — *La pellagre* semble bien due à une carence mixte dans laquelle interviendraient d'une part la carence des protéines, d'autre part une avitaminose A. On peut y joindre un troisième facteur : la carence de certains éléments minéraux (Na., Ca., cl., et peut-être de P.). Ces différents facteurs sont étudiés successivement au point de vue prophylactique et thérapeutique. La spure relève d'une carence mixte : protéique et avitaminose

III. Rations déséquilibrées. — Sous ce nom l'auteur décrit des syndromes complexes qui semblent relever d'un excès d'hydrate de carbone combinée à une carence des autres constituants particulièrement des vitamines, la maladie des farineux, l'œdème de la faim rentrent dans ce groupe.

La carence alimentaire dans ses rapports avec la croissance et l'entretien. — L'auteur commence par donner les caractères principaux des différents aliments en ce qui concerne leur valeur diététique pour la croissance et l'entretien, il décrit ensuite la cure diététique dans les carences mixtes de croissance et d'entretien.

Le rapport se termine par des tableaux concernant la teneur en vitamines des principaux aliments dont les données sont empruntées à Funk, Plimmer, Eddy, Sherman.

Discussion.

M. Linossier (de Vichy) souligne la relativité des besoins de l'organisme en vitamines. Il rappelle à ce sujet ses expériences sur les vitamines et les champignons. Il a pu faire apparaître dans ces organismes des besoins qui ne se manifestaient pas. En les affaiblissant par l'action de la chaleur, en les mettant dans un état de misère physiologique par une alimentation d'assimilation difficile il a pu accentuer des besoins qui ne se manifestaient que médiocrement.

Ces conclusions peuvent s'appliquer vraisemblablement à l'organisme humain. Il est certain, d'ailleurs, que parmi un certain nombre d'individus soumis à un régime avitaminé quelques-uns seulement prennent le scorbut ou le béribéri; tous les enfants élevés au lait stérilisé ne sont pas condamnés à la maladie de Barlow. On en devra donc chercher ultérieurement la cause de la sensibilité à la carence.

M. Linossier termine en protestant contre les explications mystiques du rôle des vitamines. Il considère que les effets pathologiques de la carence s'expliquent parfaitement si on considère les vitamines comme de simples aliments possédant la double propriété de n'être indispensables qu'à doses infinitésimales comme certains corps simples et de ne pouvoir être fabriqués par l'organisme humain comme certains acides aminés.

M. Maignon (d'Alfort) montre qu'à toute insuffisance d'organe correspond une insuffisance nutritive résultant d'une déficience des diastases tissulaires, catalyseurs biologiques présidant aux actes chimiques de la nutrition. Très souvent il suffit d'administrer aux malades des diastases tissulaires d'organes sains pour faire cesser rapidement les troubles dans l'organe correspondant frappé d'insuffisance.

Les avitaminoses relèvent-elles de la même cause que les autres insuffisances? Il semble que non car les injections quotidiennes de diastases de divers tissus à des cobayes soumis à des régimes carencés n'ont eu aucune influence sur l'évolution des avitaminoses. Par contre, l'injection d'impuretés non diastasiques fonctionnant comme vitamines a retardé de trois semaines la chute de poids et l'apparition des troubles digestifs et cutanés. Il y a donc lieu de distinguer deux insuffisances fonctionnelles : l'une due à une déficience des catalyseurs, l'autre à celle des vitamines.

Communications sur les maladies par carence.

Avitaminose et lactation. — MM. E. Lesné et Vaglianos (de Paris) ont renouvelé chez le chien les expériences de Mc Collum et de Simmonds. Les jeunes chiens allaités par une mère soumise à un régime dépourvu de vitamine B présentent au bout de vingt jours un syndrome voisin du béribéri : parésie des membres, contracture douloureuse de la nuque, et meurent trente-six heures après l'apparition des premiers symptômes, tandis qu'un témoin allaité par la mère mais recevant en même temps une quantité légère de vitamine B sous forme de macération de pain dans l'eau froide, reste indemne. Dans une autre expérience analogue, l'injection de vitamine B provenant de levure de bière, chez un jeune chien atteint de ces symptômes, fit disparaître les parésies et amena rapidement la guérison. Les animaux recevant pendant huit jours le lait carencé de la mère, mais à partir de ce moment une certaine dose de vitamine B, échappent à toute espèce de trouble. Le régime d'une femelle laitière a donc une grande influence sur la valeur du lait.

Certains nourrissons élevés au sein présentent des troubles qui dépendent d'un régime plus ou moins carencé de la nourrice et qui cèdent lorsque le régime est modifié.

La carence dans l'alimentation des nourrisons. Comparaison des farines variées préparées au lait et des divers types de farines lactées. — M. Lecocq (de Paris), fait ressortir qu'il existe deux variétés bien différentes de farines lactées. Les unes préparées avec un simple mélange de farines, de sucre, et de lait écrémé ne méritent guère l'attention. Les autres sont des composés homogènes où le lait entier se trouve intimement associé aux farines rendues plus assimilables par grillage et maltage. Alors que les premières ne tardent pas à produire des accidents de carence, les secondes au contraire associées avec des farines variées naturelles donnent des croissances lentes continues tout à fait normales.

Peut-on compenser la carence des farines lactées commerciales. — M. R. Lecocq (de Paris). Les farines lactées homogènes par suite de leur insuffisance en sels minéraux protéines et vitamines ne donnent à l'essai biologique que des croissances lentes et prolongées. Les farines lactées de ce type sont heureusement complétées par le germe de blé préalablement dégraissé pour le débarasser de ses principes irritants ou toxiques.

Communications sur les maladies de la nutrition et sur les maladies infectieuses.

Rations équilibrées. Rôle des vitamines sur le coefficient d'assimilation des hydrates de carbone chez les diabétiques. — MM. Desgrez, Bierry et Rathey ont étudié chez les diabétiques l'influence des régimes équilibrés avec ou sans vitamines.

Dans le diabète simple les sucres sont mieux assimilés quand on fait ingérer en même temps des phosphates et de la vitamine B.

Dans le diabète consomptif le pouvoir anticétogénique des sucres lorsqu'on les associe aux phosphates et au facteur B a

été trouvé augmenté; le pouvoir anticétogénique du lévulose s'est montré très supérieur à celui du glucose. On comprend étant donné le rôle des vitamines l'importance comme aliments des légumes verts d'une part et de l'appoint de certaines graines d'autre part.

Epreuve de la glycuronurie provoquée comparée à quelques procédés de diagnostic de l'insuffisance hépatique. — MM. Benech et Vérain. Ces auteurs ont confronté les renseignements donnés par l'examen des différents rapports urologiques avec cette épreuve; dans quelques cas ils ont pu réaliser la comparaison avec l'épreuve de Colrat et l'épreuve au bleu de méthylène. Ils ont étudié 14 cas et les résultats confirment l'intérêt de l'épreuve de l'acide glycuronique.

Epreuve de la glycuronurie provoquée et insuffisance hépatique. — MM. G. Etienne et J. Benech confirment les travaux de Roger Chiray et Cailleux. Après de nombreuses recherches faites en série sur le même malade, ils concluent à l'importance de cette épreuve au point de vue du diagnostic de l'insuffisance hépatique mais avec cette restriction qu'elle s'applique à l'exploration d'une seule fonction du foie. Les auteurs indiquent quelques améliorations de la technique (emploi du chlorure de cobalt par l'échelle colorimétrique, contrôle journalier de la solution de naphto-résorcine).

Sur la pathogénie du diabète. — M. Petren de Rund (de Suède) a conseillé depuis longtemps la restriction des protéiques dans le diabète Le régime institué (beurre, lard, légumes et crème) fait constamment baisser l'hyperglycémie presque toujours de façon considérable et dans la moitié des cas au taux normal. La quantité d'hydrate de carbone est voisine de celle qu'on utilise généralement, mais les protéiques sont réduits à 20 grammes environ et les graines sont augmentées. La courbe de la glycémie est donc très sensible à l'égard de la quantité de l'azote échangé. Mêmes conclusions pour l'acidose et pour la tolérance aux hydrates de carbone qui s'est notablement accrue.

Malgré l'intérêt de la théorie pancréatique du diabète, certaines différences capitales qui séparent le spontané de l'expérimental prouvent l'existence dans le diabète spontané d un facteur pathogénique autre que la simple perte de la fonction endocrine du pancréas. Ce facteur n'est autre pour l'auteur que la sensibilité exagérée de l'organisme à la quantité de l'azote échangé.

Acidité urinaire et albuminurie. — M. A. Hanñs (de Strasbourg) a observé deux cas de néphrite dans lesquels les taux de l'albumine semblaient en relation étroite avec l'acidité urinaire mesurée par la solution déci-normale de soude, les variations de ces taux à chaque émission correspondaient toujours à des variations de même sens de l'acidité.

L'auteur se demande s'il faut voir là des cas d'albuminurie par acidurie de certains auteurs allemands et américains, après discussion il conclut par la négative et aboutit à penser que la conception de l'albuminurie acide des auteurs précités est erronée.

Les règles du métabolisme normal. Application à la diététique et à la sémiologie. — M. Lematte. La division des aliments en albuminoïdes, hydrocarbones et minéraux ne correspond pas à la réalité. Aucun aliment n'est privé de métaux; aucun sel métallique isolé n'est assimilable. Les relations entre ces apports alimentaires et le métabolisme normal n'ont pas été précisées. L'auteur fait voir que les acides et les bases apportés par les aliments se combinent dans l'organisme, selon les lois de la thermochimie. Chez le sujet sain, il reste une certaine quantité d'acide phosphorique qui est éliminé par l'urine à l'état de monophosphate acide d'ammoniaque. Si les aliments apportent un excès relatif de phosphate de chaux et de magnésie, on voit apparaître les maladies par déchet. Inversement, lorsque les bases insolubles sont déficientes, on observera la déminéralisation cellulaire qui caractérise l'état consomptif. La diététique et la thérapeutique reminéralisante devront être édifiées en s'appuyant sur ces règles.

De la désinfection des lésions suppurées ouvertes des bronches et des poumons par l'inhalation systématique à haute pression. — M. Arnold (de Paris). Pour que la cure par inhalations de vapeurs médicamenteuses soit efficace, trois facteurs sont indispensables : *a.* la pression dans la projection des matières employées ; *b.* la continuité régulière de la projection et enfin *c.* l'abondance de celle-ci.

Sur les modifications physico-chimiques dans l'étiologie des états morbides. — M. Kopackewski (de Paris). Etant donné l'importance de l'état colloïdal dans le fonctionnement normal de l'organisme, il était naturel de se demander si les modifications physico-chimiques des humeurs n'interviennent pas dans l'étiologie des états pathologiques. Les études sur les chocs ont mené plusieurs auteurs à la notion que ces facteurs jouent dans certains processus pathologiques un rôle important, peut-être essentiel.

Les investigations physico-chimiques coordonnées avec la connaissance des biocolloïdes peuvent remplacer les explications de tout repos (par les termes : toxines, ferments lysines, agglutinines anticorps) qui contentent aujourd'hui, seuls, les esprits routiniers et paresseux.

Communications diverses.

Valeur diagnostique et mécanisme de la disparition de la matité hépatique dans le pneumothorax droit. — M. le professeur Emile Sergent (de Paris) attire l'attention sur un signe qui consiste dans la disparition de la zone de matité hépatique et dans son remplacement par une zone de tympanisme plus ou moins étendue dans le pneumothorax du côté droit. Ce signe existe aussi dans les hydro et pyopneumothorax lorsque la quantité de liquide est peu abondante; lorsque la quantité de liquide est déjà assez abondante on peut encore le constater mais seulement dans la position complètement horizontale en décubitus dorsal.

L'examen radioscopique permet de constater que ce signe est dû à l'état de parésie de l'hémidiaphragme droit par suite de la propagation au muscle de l'inflammation de la séreuse pleurale.

La réaction de fixation dans la tuberculose. — M. Hanns (de Strasbourg). La réaction pratiquée suivant la technique de Calmette et Massal avec l'antigène spécial de Borrel, a donné 18 réactions positives sur 20 cas de tuberculose et 19 réactions négatives avec des sérums de non tuberculeux.

Le contrôle du laboratoire dans le diagnostic et la thérapeutique de la tuberculose. — M. Simionesco (de Paris). En l'absence du bacille de Koch, le contrôle du laboratoire par l'examen cytologique du sang, l'analyse chimique des urines peut aider à confirmer le diagnostic à poser les indications thérapeutique et à formuler le pronostic.

Contribution à l'emploi de l'iode dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. Georges Petit (de Paris). L'iode colloïdal électrochimique est un médicament de choix à employer dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Utilisé sous forme d'injections intramusculaires d'un centimètre cube, il présente en clinique tous les avantages de l'iode métalloïde et aucun des inconvénients des iodures. Son emploi facilite la saturation iodée : grâce à sa lente élimination relève l'état globulaire et l'index opsonique, son usage peut être continué pendant un temps assez long sans réaction physiologique ni intolérance.

MM. Cornet (de Pau), Rosenthal et Laumonier (de Paris) s'associent aux conclusions de M. Petit.

Vaccination et vaccinothérapie de la tuberculose. — M. Rappin (de Nantes), est de plus en plus optimiste sur les résultats observés à la suite de l'application de cette thérapeutique spécifique.

Traitement des laryngites ventriculaires et de la syphilis pulmonaire par la phonothérapie. — M. Jean Froissard (de Paris). Cette thérapeutique est encore à l'étude, mais M. Froissard a obtenu de si bons résultats qu'il tient à les signaler au Congrès.

(*A suivre.*) Brizard.

Epidaure, organe du Groupement international des médecins artistes et littérateurs. Septembre 1922. Le numéro : 1 fr. — Lyon, 61, cours de la Liberté.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1922)

A propos de la communication de M. Ravaut, M. M. Pinard signale que le **traitement antisyphilitique** peut avoir une heureuse influence au cours d'affections chroniques, de dermatoses par ce fait que la peau joue le rôle d'émonctoire supplémentaire. Celui-ci peut être favorisé par le traitement général associé au traitement local, et en pareil cas le régime sévère est souvent inutile.

M. Milian explique l'heureuse action des composés arsenicaux et hydrargyriques dans un grand nombre d'affections, parce que les dermatoses sont souvent syphilitiques et aussi parce que chez un syphilitique une manifestation non syphilitique (chancre mou, psoriasis, fièvre typhoïde par exemple) peut être heureusement influencée par le traitement spécifique (hétérothérapie). Il peut en être ainsi dans l'eczéma chronique.

Un cas d'acanthosis nigricans. — MM. Caussade, Lévy-Franckel et Juster présentent un malade atteint d'acanthosis nigricans, chez lequel l'absence de signes cliniques et radioscopiques de néoplasme, la conservation d'un bon état général deux ans et demi après le début de la maladie, l'évolution favorable des symptômes sous l'influence d'un traitement mercuriel d'épreuve font supposer l'existence d'une gomme syphilitique, lésant le plexus solaire ou les fibres du sympathique qui en émanent, pour produire la pigmentation, les troubles du système pileux et peut-être la dystrophie papillaire.

Un cas de bismutho-résistance. — MM. Lortat-Jacob et J. Roberti rapportent l'observation d'une malade syphilitique secondaire soignée par un traitement intense au curaluès et chez laquelle des plaques muqueuses apparurent au cours de la série. Après sept injections de 2 centimètres cubes, soit 1g12 de bismuth-métal en vingt jours, la malade était couverte de plaques muqueuses sur lesquelles fourmillaient les tréponèmes.

Le bismuth est un médicament de grande valeur, mais semblable à l'arséno-résistance, il existe une bismutho-résistance dont cette observation est la première publiée.

Traitement de la lèpre tubéreuse par l'amino-arsenophénol. — M. J. Hasson (d'Alexandrie) expose les résultats thérapeutiques généraux obtenus dans dix-sept cas de lèpre tubéreuse traités par injections intramusculaires d'Eparséno et chez lesquels avaient échoué les traitements par le gynicardate de soude, les éthers éthyliques du chaulmoogra, l'antiléprol de Bayer.

Cette méthode qui comporte non seulement l'emploi de doses élevées du médicament, mais encore de doses massives quotidiennes répétées, nécessite la surveillance rigoureuse de la tolérance du malade à cette médication arsenicale.

L'action thérapeutique se manifeste dès la troisième semaine du traitement par la cicatrisation des ulcérations et l'affaissement des lépromes qui disparaissent vers la cinquième ou sixième. On observe au début de la médication des réactions du type Herxheimer et en fin de traitement la méthode de la déviation du complément en présence d'antigènes syphilitiques et lépreux donne un résultat négatif.

Infection puerpérale grave. Guérison rapide après une crise provoquée par l'injection intraveineuse de sérum adrénaliné. — MM. Maurice Renaud et Mer. Une femme enceinte de quatre mois, ayant eu pendant plusieurs jours des hémorragies abondantes, présente un état infectieux des plus sévères. Le curettage, qui débarrasse l'utérus d'un œuf putréfié, n'est suivi d'aucune amélioration de l'état général. Deux jours plus tard, la température étant le matin à 39°8 et le pouls à 140, l'inconscience de la malade étant absolue, on fait une injection intraveineuse de 40 centimètres cubes de sérum anti-streptococcique avec 1/2 milligramme d'adrénaline. Après la réaction brutale habituelle en pareil cas, la situation s'améliore avec une grande rapidité. Le lendemain matin, la malade peut être considérée comme guérie. Elle sort en parfaite santé quinze jours plus tard.

Ce fait impressionnant s'ajoute à une liste déjà longue de faits analogues. Il est un exemple encourageant que ce doit être tenté et peut être obtenu au cours des états infectieux dont le pronostic semble le plus désespéré.

Cellule pour la numération des éléments figurés du liquide céphalo-rachidien. — M. Maurice Renaud présente le modèle de cette cellule qui se distingue des modèles couramment employés par la disposition transversale de la rigole qui rend l'étalement de la goutte très aisée, par la hauteur de la cellule réglée à 2/10 de millimètre pour permettre la mise au point avec des objectifs forts tout en gardant à la couche de liquide une épaisseur suffisante pour éviter les causes d'erreur, et enfin par la disposition du quadrillé qui dessine 5 carrés dont chacun occupe exactement le champ de vision et dont la surface totale est de 5 millimètres carrés. Le maniement en est infiniment aisé et les résultats de l'examen qu'on pratique en quelques secondes sont parfaitement sûrs.

NOTES DE PRATIQUE

THÉRAPEUTIQUE ANTISYPHILITIQUE MODERNE (1)

Par G. Fassina.

Si tous les syphiligraphes sont maintenannt d'accord pour reconnaître les effets puissamment curateurs des arsenicaux, leurs opinions ne se sont pas encore unifiées sur la conduite qu'il convient de tenir en présence des cas d'intolérance, légers ou graves, que l'on rencontre parfois. Quelques-uns ont résolu la question par l'abaissement des doses ou par l'injection hypodermique du sel ; d'autres, en présence de ces accidents et de l'accusation portée aussi sur l'arsenic de tertiariser précocement la syphilis, ont vu leurs convictions s'affermir sur la prépondérance à donner au mercure et à l'iode.

La ponction lombaire et les examens répétés du liquide céphalo-rachidien permettent de prévoir et juguler en temps voulu les atteintes méningo-encéphaliques de la période secondaire. Aussi, chez les malades qu'il est possible de suivre, il ne saurait être question de proscrire les arsenicaux au début de leur affection, d'autant mieux qu'il faut tenter chez eux la stérilisation définitive par abortion de la maladie Cette abortion est possible : les réinfections typiques, non douteuses, observées de plus en plus fréquemment chez les malades précocement et énergiquement traités en apportent la preuve clinique.

Cette première période écoulée, une deuxième s'ouvre, où les mêmes résultats ne peuvent être espérés; le cas de conscience de l'abortion possible ne se pose plus, et le praticien non familiarisé par une longue pratique avec les arsénobenzols, ou redoutant leurs inconvénients, du fait de l'état général de son malade, peut parfaitement alors envisager une thérapeutique intensive dont le mercure et l'iode feront seuls les frais. Car ce serait une erreur de croire que ce sont là des agents trop peu actifs. On peut frapper vite et fort avec le mercure. La voie buccale même garde une indication rationnelle, et lorsqu'il s'agit d'atteindre en particulier le foie, elle doit être préférée à la voie intramusculaire, et même à la voie intraveineuse.

Le mercure et l'iode — son meilleur adjuvant — conservent donc des indications formelles, et on aurait le plus grand tort de se priver de ces deux agents thérapeutiques à l'action si fidèle et si sûre. Il arrive même quelquefois que, sous leur influence, les injections intraveineuses arsenicales sont ensuite mieux tolérées (Carle), double bénéfice et nouvel argument en faveur des traitements conjugués.

L'éther éthyl-diiodobrassique hydrargyre, ou lipogyre, représente un dérivé mercuriel d'un corps déjà bien connu en thérapeutique (lipoiodine) ; suivant le précepte de Gougerot que, chez les spécifiques, les iodiques ne doivent être prescrits qu'associés au mercure, le lipogyre semble réaliser au mieux cette association. De prompte efficacité, d'administration facile, il est toujours bien accepté par les malades.

En présence de l'opportunité d'un traitement par voie buccale, on recourra donc avec avantage à ce médicament qui réunit iode et mercure sous une forme active, commode, toujours bien tolérée. (*Concours méd.*, 16 janv. 1921.)

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

4° La PHLÉBITE RHUMATISMALE est assez rare. Le rhumatisme frappe les veines d'une façon légère; il n'y a pas d'endophlébite, mais plutôt de la périphlébite. Les troubles douloureux sont passagers.

5° MANIFESTATIONS CUTANÉES ET SOUS-CUTANÉES. — Sudamina, éruptions miliaires, érythèmes divers, poussées d'œdème rhumatismal, d'œdème pseudo-phlegmoneux. Adénite. Rhumatismes musculaires.

6° REINS. — L'*albuminurie* rhumatismale est fréquente (un tiers des cas), elle est en général minime, dure quelques jours et guérit. Elle survient au début de la maladie.

Parfois se produit de la *néphrite* au cours de l'affection qui peut être, soit légère, soit grave pouvant se terminer par la guérison ou le passage à l'état chronique.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic *positif* est facile à poser, grâce à la constatation des douleurs articulaires, leur siège, leur généralisation, leur mobilité, la fièvre, les sueurs abondantes.

Au début, les symptômes généraux peuvent égarer le diagnostic et faire penser : à une *angine* banale; — à une *grippe*, surtout la grippe à forme articulaire ; — à un début de *fièvre typhoïde*.

Mais l'erreur ne saurait être de longue durée, grâce à l'apparition des arthrites très douloureuses :

— l'*ostéomyélite juxta-épiphysaire*, mais l'intensité de la fièvre, l'état typhoïde, la tuméfaction et la fluctuation profondes au niveau des points douloureux aideront au diagnostic.

— les *arthropathies* ou *pseudo-rhumatismes infectieux*. On peut, en effet, observer des arthrites douloureuses au cours de certaines maladies infectieuses (typhoïde, scarlatine, oreillons, rougeole, etc.), mais l'infection se localise seulement à une ou deux articulations et s'y stabilise en quelque sorte. Aussi chaque fois qu'on se trouve en présence d'un rhumatisme d'allure irrégulière, anormale, on recherchera soigneusement s'il n'y a pas à l'origine de cette maladie une *blennorragie*, une fièvre scarlatine, des oreillons, etc. Tous ces pseudo-rhumatismes infectieux ne sont qu'une complication de la maladie initiale, une localisation infectieuse secondaire au niveau d'une articulation. Ces arthrites infectieuses sont souvent graves, les lésions locales très développées, la rougeur et la tuméfaction intenses, et peuvent même aboutir à la suppuration. Enfin, dans les cas de doute, il est d'usage d'essayer l'épreuve thérapeutique : l'action du salicylate de soude est manifeste et spécifique en quelque sorte pour le rhumatisme articulaire aigu, alors qu'elle est sans grand effet sur les pseudo-rhumatismes infectieux.

Enfin, quand ces derniers s'atténuent et évoluent vers les formes à évolution prolongée et chronique, le diagnostic est alors assez malaisé.

Les *rhumatismes tuberculeux* (Poncet et Leriche) seraient, d'après ces auteurs, beaucoup plus fréquents qu'on ne le soupçonne. Ils peuvent revêtir, soit la forme du rhumatisme articulaire aigu fébrile, avec des manifestations polyarticulaires, soit les formes localisées, simulant alors les pseudo-rhumatismes infectieux. La recherche des signes pulmonaires, la réaction de von Pirket et plus récemment la séro-réaction tuberculeuse peuvent aider au diagnostic.

La *goutte articulaire aiguë* sera diagnostiquée grâce aux antécédents, à la marche de l'attaque goutteuse, à la constatation d'acide urique dans la sérosité d'un vésicatoire, à la présence de tophi articulaires.

Les *arthralgies hystériques* ne s'accompagnent ni de rougeur, ni de gonflement des articulations.

Chez les enfants, le diagnostic est parfois assez difficile. On ne devra pas confondre une légère attaque de rhumatisme articulaire avec des douleurs dues à la croissance, à la fatigue, au surmenage.

Il faudra aussi penser, dans certains cas, à certaines impotences douloureuses que l'on rencontre au cours de la maladie de Barlow, la maladie de Parot, le décollement épiphysaire, la paralysie infantile.

Certaines localisations du rhumatisme articulaire peuvent prêter à des diagnostics spéciaux. C'est ainsi qu'on ne confondra pas le *rhumatisme cervical* avec le *mal de Pott sous-occipital*. Ce dernier ne s'accompagne pas d'autres manifestations articulaires douloureuses, ni de complications cardiaques; le début en est lent, progressif, marqué uniquement par de la douleur.

Le *torticolis* n'est qu'une forme de rhumatisme musculaire, on ne le confondra pas d'ailleurs avec la raideur du sterno-mastoïdien qui peut accompagner un rhumatisme aigu cervical ou un mal de Pott cervical.

Enfin, chez l'enfant, le rhumatisme cervical provoque souvent le renversement de la tête en arrière; on devra songer, dans ce cas, à la possibilité d'une méningite cérébro-spinale ou du tétanos. La ponction lombaire, les notions épidémiologiques, la courbe de la température aideront au diagnostic.

Le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu étant posé, on devra examiner avec le plus grand soin tous les viscères et rechercher en particulier si le cœur ou l'appareil pleuro-pulmonaire, les reins ne sont pas le siège de complications.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, nos 79, p. 1278, et 81, p. 1310.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La période pré-opératoire, par M. Charles Lefebvre, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Toulouse. 1 vol. de 260 pages, avec figures. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

De l'insuffisance quantitative du sang. Essai de physiologie et de pathologie comparées, par M. J.-M. Dupuy, vétérinaire. 1 vol. de 64 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Gobelins* 19-52



AVIS

L'épreuve du concours de l'internat dite « de sélection » jouit, à juste titre, d'une impopularité générale. Elle est certainement appelée à disparaître dans un délai plus ou moins rapproché.

En attendant cette échéance que tout le monde souhaite, nous avons pensé apporter un soulagement aux candidats en leur donnant une série de notes d'anatomie avec schémas.

Les questions choisies seront des points d'anatomie qui ont été dans ces derniers temps l'objet de travaux modifiant les conceptions classiques.

Rédigées avec le plus grand soin par des anatomistes qualifiés, elles seront d'ailleurs lues avec intérêt par tous les médecins qui pourront revoir en quelques minutes des questions pour beaucoup devenues très lointaines.

Il va sans dire que nous continuerons comme par le passé la publication des notes pour l'internat et des Revues générales qui ont si grandement contribué à la réputation de ce journal.

Ces notes d'anatomie paraîtront le samedi, la première est publiée aujourd'hui.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 24 octobre. — MM. Rouillard, 18; Haguenau, 16,45; Jacob, 17,54; May, 19,60.

— Aux termes d'un arrêté en date du 30 mai 1922, approuvé le 3 juillet suivant par M. le Préfet de la Seine, le nombre de points attribués à chacune des deux épreuves théoriques anonymes du concours d'admissibilité est porté de 15 à 20. Cette disposition sera appliquée dans le concours à ouvrir en 1923.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — **Pathologie.** — Séance du 24 octobre. — Question donnée : « Recherche et valeur diagnostique de l'albuminurie. »

MM. Brunet, 17 1/2; Cohen-Solal, 15 1/2; Calman, 17; Kintgen, 14; Cantin, 16 1/2; Cros, 15; Delafarge, 13; Camps, 15; Caroli, 17 1/2; Cohen-Deloro, 17; Cros-Decam, 15; Coste, 16; Mlle Dartin, 15; M. Caillaud, 12.

Séance du 25 octobre. — Question donnée : « Fractures de la clavicule. »

MM. Capelin, 15 1/2; Cheynet, 15; Decourt, 16; Cantacuzène, Mlle Cahen, MM. Cadilhac, Busson et Corbin, 17; Codet, 14 1/2; Chaignon, 15 1/2; David (P.), 15; Debon, 17 1/2; Castellant, 16; Colin, 15 1/2; Corbier, 14; Fellous, 16; Gilbrin, 12; Fayot, 17.

Anatomie. — Séances du 23 octobre. — Question donnée : « Crosse de l'aorte. »

Mlle Palisse, 18; MM. Naggiar, 10; Meyer, 15; Phalippoou, 17 1/2; Monod, 10; Milleret, 16 1/2; Moussette, 10; Mlle Nageotte, 15; M. Muller, 17; Mlle Oguse, 13; MM. Marty, 12; Ménard, 14; Martin (Charles), 17; Mlle Peillon, 20; MM. Maricot, 17; Monnerot-Dumaine, 14; Mlle Pinel, 18; MM. Moutarde, 10; Montant, 15; Petit, 13; Philouze, 13 1/2.

Question donnée : « Capsules et ligaments de l'articulation du genou. »

MM. Poublan, 14; Laffitte, 16; Le Guet, 14; Le Baron et Mascadar, 17; Demailly, 13; Lavoipierre, 15; Lecorné, 8; Leclerc, 17; Mlle Lechopier, 13; MM. Motz, 18 1/2; Merger, 20; Merklen, 19; Moutard, 17; Moullard, 16 1/2; Negroni, 12; Nicolle, 13.

Séances du 25 octobre. — Question donnée : « Tronc de la veine cave inférieure. »

MM. Marie, 16; Peron, 6; Perissé, 14; Mlle Odru, 13 1/2; MM. Morin, 17; Matifat, 13; Omnès, 16; Parlier, 17; Padieu, 16 1/2; Nataf, 14; Odinet, 17; Padovani, 16 1/2; Mlle Scherrer, 13; M. Saingery, 19.

Question donnée : « Canal inguinal. »

MM. Servy, 13; Plat et Monnier, 15; Ragu, 19 1/2; Serre, 12 1/2; Pottier, 14; Saint-Pierre, 19; Poisson, 15 1/2; Mlle Seyrig, 14; MM. Spatzurre, 8; Salle, 16; Rabino-

vitch, 13 1/2; Séjourné, 6; Revel-Moreau, 12; Polacco (Jacques), 10; Pradier, 17; Kintgen, 14.

CAISSE DES RETRAITES DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Par décision de M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales en date du 23 août 1922 les statuts sont approuvés. Cette œuvre qui fonctionne avec la garantie de la Caisse nationale des retraites tant par le placement des fonds que pour le service des pensions, a enregistré, avant toute propagande, un chiffre global de 50.000 francs de retraites.

Bulletins d'adhésion et tous renseignements, 5, rue de Surène, Paris, 8e.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. Girard (Marcel-Abel-Gaston), mort victime du devoir, dans sa vingt-quatrième année, décoré de la médaille d'honneur des épidémies.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU (Professeur : M. A. Gilbert). — M. le professeur Gilbert, assisté de M. Maurice Villaret, agrégé, commencera son enseignement clinique à l'Hôtel-Dieu, le jeudi 2 novembre 1922, à 9 heures du matin.

Sa première leçon à l'amphithéâtre Trousseau aura lieu le samedi 11 novembre 1922, à 10 h. 45. Ses leçons ultérieures auront lieu dans le même amphithéâtre, à la même heure, les mercredis et les samedis.

Un enseignement de vacances (juillet à novembre 1923), un cours de révision en juillet 1923 et deux cours de perfectionnement, à Pâques 1923 (maladies du foie) et en septembre 1923 (maladies du tube digestif), auront lieu à la clinique médicale sous la direction de M. Maurice Villaret, agrégé, médecin des hôpitaux.

HOTEL-DIEU. — Cours de clinique chirurgicale. (Prof. : M. Henri Hartmann.) — M. le professeur Henri Hartmann commencera son cours de clinique chirurgicale le samedi 4 novembre 1922, à 10 h., à l'Hôtel-Dieu.

Mardi, 10 h. : Examen clinique et présentation de malades à l'amphithéâtre. — Samedi, 10 h. : Leçon à l'amphithéâtre. — Jeudi, 10 h. : Travaux de laboratoire, sous la direction de M. Renaud, médecin des hôpitaux. — Lundi et vendredi, 9 h. : Opérations.

Du lundi 6 novembre au samedi 23 décembre, tous les matins, à 8 h. 1/2 : Cours de séméiologie élémentaire et de petite chirurgie par MM. Okinczyc, agrégé; Cadenat, chirurgien des hôpitaux; Bergeret, Boppe et Gouverneur, prosecteurs; Hertz et d'Allaine, aides d'anatomie.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE. (Professeur : M. Lejars.) — M. le professeur Lejars commencera son cours de clinique chirurgicale le samedi 4 novembre 1922, à l'hôpital Saint-Antoine, à 9 h. 1/2.

Programme de l'enseignement. — Mardi, 9 h. 1/2 : Examens cliniques à l'amphithéâtre par le professeur. Jeudi, 9 h. 1/2 : Examens cliniques à l'amphithéâtre par les élèves, sous la direction dn professeur. Samedi, 9 h. 1/2 : Leçon clinique par le professeur. Lundi et mercredi, 9 h. 1/2 : Conférences de diagnostic chirurgical par MM. les docteurs Séjournet, chef de clinique et Brocq, ancien chef de clinique, prosecteur à la Faculté. Mercredi, 10 h. 1/2 : Examens de laboratoire.

EMBRYOLOGIE. — M. Branca, agrégé, chargé du cours, commencera une série de leçons d'embryologie le vendredi 3 novembre 1922, à 18 heures (amphithéâtre Vulpian), et les continuera les jours suivants à la même heure, jusqu'à l'achèvement du programme.

I. Embryologie générale : produits sexuels et fécondation. Segmentation et feuillets embryonnaires des vertébrés. Dérivés blastodermiques. Esquisse du développement général de l'embryon. Annexes des mammifères.

II. Embryologie spéciale : Evolution normale et anormale des principaux appareils.

Ces conférences seront accompagnées d'une série de démonstrations.

JANICOT

C'est avec une peine très vive que nous apprenons la mort du docteur Janicot, ancien rédacteur en chef du *Bulletin médical*, ancien médecin consultant à Pougues.

Secrétaire de la rédaction du *Bulletin* dès la fondation du journal, en 1886, il en devint rédacteur en chef à la mort du docteur Prengrueber et, pendant plus de vingt ans, fut l'âme du *Bulletin médical*, le dirigeant avec une grande distinction et un plein succès.

La dominante du caractère de notre regretté confrère était la générosité. Il défendait toutes les idées droites et justes ardemment et avec une grande autorité, car son caractère élevé, son profond sentiment de l'honneur étaient universellement connus et appréciés.

Janicot était, en outre, le plus courtois, le plus aimable et le plus sûr des confrères. Tous nous n'avions pour lui qu'affection et respect.

Que Mme Janicot et ses fils, en particulier notre cher confrère et ami le docteur Edouard Janicot, que la rédaction du *Bulletin médical* veuillent bien trouver ici l'expression de notre très douloureuse sympathie. F. L. S.

NOTES DE PRATIQUE

ASTHÉNIE GRIPPALE

Pour relever la tension artérielle, XX à LX gouttes de la solution d'adrénaline au millième.

Comme médication stimulante, VIII à X gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas, ou mieux injection tous les jours de 1 ou 2 centimètres cubes de Vanadarsine injectable. Après une vingtaine d'injections, laisser reposer le malade une à deux semaines, puis renouveler le traitement s'il est nécessaire.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(du 30 octobre au 4 novembre 1922)

THÈSES

Lundi 30 octobre. — Jury : MM Desgrez, président; Legueu, Heitz-Boyer et Lereboullet — M. Moreau (Jules). Quelques considérations sur les prostatiques sans prostate. — M. Arfeux (Fernand). Valeur pronostique de l'azotémie.

Mardi 31 octobre. — Jury : MM. Lejars, président; Jeanselme, Duval et Lecène. — M. Verger (Emile). Sur un cas d'ostéomalaire chez un adolescent. — M. Orphanidès (Emile). Considérations sur quelques points relatifs à la syphilis. — M. Ecot (Charles). La sympathectomie périartérielle. — M. Fournier (Joseph). Anomalie rotulienne.

RENSEIGNEMENTS

589. — **ON DEMANDE UN INTERNE EN MÉDECINE** à l'Asile départemental d'aliénés de Dury-les-Amiens (Somme). Traitement de 150 à 300 francs par mois, selon scolarité et titres. Nourriture et logement. S'adresser au directeur de l'Asile.

590. — **STÉNO-DACTYLO**, connais. parf. termes médic., dem. travail. Sér. référ. — Mme Bonnetain, 13, r. Séguier, Paris.

XXIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

(Paris, octobre 1922.)

PREMIÈRE SÉANCE

QUESTION A L'ORDRE DU JOUR

LES DIVERTICULES DE LA VESSIE

Rapporteurs : MM. Gayet et Gauthier (de Lyon).

Les diverticules de la vessie sont des expansions de la cavité vésicale, faisant saillie à l'extérieur de l'organe, communiquant avec la cavité vésicale par un collet rétréci. Il faut les distinguer des cellules, des cystocèles, des vessies doubles et des communications anormales.

La structure de ces diverticules est celle de la vessie avec atrophie et sclérose plus ou moins avancée de la couche musculaire. Ils sont souvent enflammés et adhérents. On en connaît des cas chez l'enfant et chez la femme, mais la grande majorité se rencontre chez l'homme à partir de quarante ans. Il y a souvent coïncidence avec des obstacles au niveau du col vésical ou de l'urètre.

On peut admettre des diverticules congénitaux et des diverticules acquis; même pour ces derniers il est probable qu'une prédisposition congénitale en favorise le développement, surtout dans certains points de la vessie qui répondent à la zone dite wolffienne.

Les diverticules de la vessie se manifestent généralement par des symptômes de rétention chronique incomplète, infectée ou non qui n'ont rien de typique, et par la miction en deux temps. Ce signe a une certaine valeur sans être caractéristique. On peut le voir dans d'autres rétentions. Le malade vide sa vessie dans le premier temps, et dans le second ses diverticules.

La coexistence fréquente d'autres maladies à rétention, rétrécissement, hypertrophie prostatique complique et obscurcit le tableau clinique.

C'est la cystoscopie qui fait découvrir les diverticules en montrant leurs orifices qui sont caractéristiques. Ce sont de gros trous ronds ou ovales se détachant franchement en noir sur le fond vésical lumineux et clair. Ils sont situés dans les régions urétérales dans la grande majorité des cas, plus rarement au sommet (diverticule ouraquien). Leur aspect est inoubliable. La cystoscopie peut être rendue malaisée par la cystite, la suppuration des diverticules, la saillie intravésicale de ceux-ci.

Quand on a découvert les diverticules au moyen du cystoscope il faut les dessiner par la radiographie. Deux procédés sont maintenant connus. Celui en deux temps de Papin consiste, après avoir rempli la vessie de collargol à 10 p. 100, à prendre deux épreuves, l'une de la vessie pleine, l'autre de la vessie vidée par la miction. Les diverticules peu apparents sur la première épreuve se voient mieux sur la seconde. Le procédé par contraste d'Hinman consiste, après remplissage au collargol, à vider la vessie avec une sonde jusqu'à obtention du goutte à goutte, puis à remplacer le collargol évacué par de l'air. Les diverticules restent injectés de collargol qui est maintenu en place par la contre-pression de l'air.

Dans la cystographie positive les diverticules se détachent en boules noires sur la bulle d'air vésicale blanche. Ces deux procédés ne s'excluent pas, ils se complètent.

La radiographie met en évidence aussi les calculs diverticulaires.

La plus fréquente et aussi la plus sérieuse des complications des diverticules c'est l'infection qui existe dans les trois quarts des cas. Elle crée des cystites et des pyélo-néphrites tenaces, graves, souvent mortelles. C'est par elle surtout que dans beaucoup de cas laissés sans opération on observe une terminaison fatale. On est donc autorisé, malgré leur gravité, à proposer aux malades des interventions chirurgicales, dans les cas compliqués de rétention ou d'infection sérieuses.

Le traitement peut être palliatif ou radical. Les sondages, les lavages du diverticule, surtout à l'aide du cystoscope peuvent rendre des services. La cystostomie surtout sera indiquée dans les cas infectés, soit à titre définitif, soit comme premier temps du traitement. Ces divers moyens sont d'ailleurs très insuffisants et ne peuvent qu'atténuer et rendre supportables les symptômes.

Le traitement médical, quand il n'y a pas de contre-indications (et celles-ci sont malheureusement fréquentes), pourra seul amener la guérison.

Les procédés opératoires sont : l'excision extravésicale sans cystostomie, l'excision transvésicale, l'excision en combinant les deux voies précédentes. Certains auteurs ont pratiqué, soit la marsupialisation, soit l'exclusion ouverte ou fermée, soit enfin l'invagination simple.

Les résultats de l'excision au point de vue fonctionnel sont en général bons. Mais il s'agit là d'opérations difficiles et assez graves au point de vue de la mortalité et des accidents consécutifs dus à l'infection. L'uretère est souvent blessé et nécessite des réimplantations.

Il en résulte que la méthode radicale ne pourra s'appliquer qu'à des malades résistants et à certaines variétés anatomiques.

Le traitement des obstacles à la miction devra toujours être soigneusement fait, qu'on enlève ou non le diverticule.

Discussion.

M. Legueu (de Paris) insiste sur les difficultés de l'opération des diverticules, difficultés tenant d'abord à la situation des diverticules qui siègent le plus souvent à la partie profonde de la vessie.

Elles tiennent surtout à l'infection et à la suppuration, aux adhérences que le diverticule a contractées avec les organes voisins.

La multiplicité des diverticules est encore une autre grosse difficulté; dans ce cas, la cystostomie peut améliorer les malades, mais il est bon d'y ajouter le drainage des cavités diverticulaires.

L'auteur a vu un gros calcul du volume du poing se montrer sous la paroi du diverticule, dans la vessie; il a pu l'extraire à travers la vessie en dilatant et en incisant l'orifice de communication.

Il est à espérer qu'à l'avenir, avec un diagnostic plus précis, on trouvera des diverticules plus dépourvus de complications, donc plus opérables.

M. d'Haennens (de Bruxelles) a observé deux cas de diverticule dont l'un ouraquien et l'autre urétéral, infecté; la guérison fut obtenue par des injections de protargol à 5 p. 100. Dans ses recherches radiographiques, l'auteur emploie la solution d'iodure de sodium à 30 p. 100 et la radiographie par contraste avec évacuation par la sonde.

M. Hamonic (de Paris) rapporte un cas de vessie diverticulaire chez un homme de soixante-huit ans, avec infection; une cystostomie large permit d'enlever un calcul du volume d'une amande, après section aux ciseaux du bord de l'orifice.

M. A. Boeckel (de Strasbourg) présente l'observation et la radiographie d'un malade âgé, porteur de cinq diverticules vésicaux dont l'un du volume d'une mandarine renfermait sept calculs phosphatiques. L'état précaire du sujet contre-indiquait la résection de la poche; l'opération consista dans la dilatation de l'orifice et l'extraction des calculs. Drainage de la vessie et du diverticule. Mort au bout de neuf jours. A l'autopsie, cystite gangréneuse et péricystite, diverticulite et péridiverticulite phlegmoneuse. Dilatation urétéro-pyélique.

L'auteur *croit exceptionnel l'existence d'un aussi grand nombre de pierres* dans une seule poche diverticulaire, et souligne l'extrême gravité de l'affection quand le malade vient consulter tardivement. Les rapporteurs ont insisté sur ces points, à juste titre, que l'auteur confirme pleinement.

M. H. Minet (de Paris). Le *traitement* idéal des diverticules par l'extirpation aseptique n'est ni toujours réalisable, ni le plus souvent nécessaire. Il convient aux cas de diverticules aseptiques entraînant par eux-mêmes des troubles graves de la miction. Mais presque toujours un diverticule,

Association de la Presse médicale française.

s'il ne reste pas latent, coexiste avec un autre obstacle à la miction, rétrécissement ou prostate, et les symptômes disparaissent avec cet obstacle, comme en témoignent des observations rapportées par Minet. Il est d'ailleurs des cas anatomiquement inopérables.

L'ablation des calculs est d'ordinaire suivie de bons résultats, sans diverticulectomie.

Dans les grandes infections vésicales et diverticulaires, la cystostomie a un caractère d'urgence.

Dans les petites infections, bien des cas sont curables par des soins prolongés, pratiqués avec le secours du cystoscope.

M. Rafin (de Lyon) fait des réserves sur l'emploi de la *cystoscopie* chez les diverticulaires distendus aseptiques en raison du danger d'infection, si l'opération ne doit pas suivre immédiatement l'exploration.

Il est souvent préférable de laisser le diagnostic incomplet, jusqu'à ce que la taille permette l'exploration digitale de la vessie.

La cystoscopie du reste praticable après la cystotomie permet de reconnaître la situation de l'uretère qui joue un rôle prépondérant dans le pronostic opératoire.

Il rapporte l'observation d'un malade opéré pour diverticule qui devint prostatique huit ans après et fut opéré avec un résultat satisfaisant.

M. Marion (de Paris) approuve les rapporteurs d'avoir compris dans les diverticules les poches latérales inférieures dans lesquelles débouche l'uretère. Pour lui, les rapports de l'uretère avec les diverticules sont intimes, presque constants. Dans ces cas les diverticules doivent être considérés comme graves en raison des dilatations uretérales qu'ils peuvent provoquer. Il en rapporte des exemples.

M. Marion signale trois cas de diverticules chez la femme et dans aucun cas il n'existait d'obstacle à l'évacuation de l'urine. Les diverticules vésicaux peuvent créer des indications spéciales pour certaines opérations. M. Marion considère qu'un diverticule vésical contre-indique une lithatritie en cas de calcul.

Au point de vue opératoire, l'auteur est éclectique; il rejette toute opération pour les petits diverticules sans accidents; pour ceux qui en déterminent il faut intervenir.

L'aspiration peut peut-être retourner de petits diverticules, elle sera toujours impuissante à retourner les grands. Pour ceux-ci, s'ils sont supérieurs, rien n'est plus simple que de les réséquer avec ou sans ouverture du péritoine.

Pour les inférieurs, l'auteur emploie son procédé; enfin il a traité deux diverticules de la région du trigone par le débridement et la résection du collet du diverticule, tous les malades ont guéri au point de vue opératoire.

M. Giuliani (de Lyon). En dehors des petits diverticules constatés de temps en temps dans les vessies des prostatiques ou des lithiasiques, l'auteur a observé trois grands diverticules dont deux chez des hommes jeunes et un chez un vieillard. Dans les deux premiers cas un diagnostic de présomption avait été fait, mais seules la cystoscopie et la cystoradiographie avec un liquide opaque pratiquées par Arcelin et Chanat ont permis de faire un diagnostic certain. Ces deux examens sont donc nécessaires pour vérifier l'hypothèse clinique, pour préciser le siège, connaître les dimensions et faciliter ainsi l'exérèse.

M. Escat (de Marseille) insiste sur l'origine congénitale constante des diverticules.

Pour lui un grand nombre de diverticules sont inoffensifs, bien tolérés et ne réclament aucune intervention. Chez d'autres l'injection, la lithiase, les associations pathologiques, adénome prostatique, tumeur, créent des situations graves et légitiment l'opération.

L'auteur a rencontré neuf cas de grands diverticules. Il n'a pu intervenir que dans un cas de grand diverticule médio-postérieur d'une capacité de 200 grammes à collet situé à 5 centimètres du col vésical; on fit une cystostomie d'urgence et une large section du col diverticulaire; quelques mois après, le diverticule a été ouvert et curetté, la vessie séparée de la poche a été drainée, guérison parfaite.

M. Le Fur (de Paris) communique 7 observations de diverticules vésicaux. Il a employé tantôt la cystostomie et drainage prolongé, tantôt la résection du diverticule par le procédé de Marion. C'est là pour lui la méthode idéale, mais elle ne peut être employée que chez les malades suffisamment résistants; elle doit toujours être précédée de la cystostomie en cas d'infection prononcée.

M. Vincent (de Tours) présente deux cas de diverticules observés chez deux malades atteints d'hypertrophie de la prostate. L'un d'eux s'est compliqué de diverticulite simple, l'autre de diverticulite calculeuse. Le premier, opéré par incision large du collet a guéri, le second a nécessité deux fois la cystostomie pour récidives de calculs; l'incision du collet n'a pas supprimé la poche si propice aux formations calculeuses en raison de sa localisation au niveau du bas-fond.

M. Maurice Chevassu (de Paris) estime que les diverticules vésicaux ne méritent pas, en général, d'intervention chirurgicale. Beaucoup d'entre eux sont parfaitement tolérés, et certaines mêmes de leurs complications peuvent être suffisamment bien traitées par les moyens cystoscopiques.

Il n'a jamais procédé à l'extirpation systématique d'aucun diverticule, bien qu'il ait observé entre autres un très grand diverticule infecté, aussi volumineux que la vessie même; il s'est contenté de traiter ce diverticule par les moyens endoscopiques, car il parvenait à y introduire son cystoscope; le malade mène, depuis deux ans, une existence tout à fait normale.

Il rapporte l'observation d'un autre volumineux diverticule qui fut opéré pendant la guerre à son autochir, par le docteur Jacques Petit (de Rouen), pour des accidents de rétention douloureuse avec péritonisme; une incision suivie de marsupialisation de la poche amena la cessation des accidents.

Les choses seraient différentes s'il était démontré que les diverticules entraînent forcément une altération progressive du rein du même côté, et que l'intervention radicale est sans danger pour l'uretère juxta-diverticulaire. Mais, si les lésions rénales sont probables du côté des gros diverticules, il est certain qu'un bon nombre d'opérations radicales sur les diverticules ont entraîné des lésions des uretères et le sacrifice du rein du même côté.

M. Reynard (de Lyon) estime qu'au point de vue pathogénique, le diverticule vésical est déterminé par une faiblesse congénitale de la paroi et une obstruction de l'urètre apparente ou échappant à l'examen. Il a eu l'attention attirée par trois signes constants dans ses observations : une dysurie insolite consistant en mictions en position accroupie et quantité constante de résidu.

Deux voies sont suivies pour la cure de ces malformations : voie médiane transvésicale et voie latérale sous-péritonéale, la première indiquée s'il y a complication de pyélonéphrite, diverticulite, calculs, hématurie; la voie latérale restant la voie de choix, car elle donne plus de jour sur la région et sur l'uretère et le canal déférent.

M. Lasio (de Milan) présente deux cas de diverticule, l'un du sommet de la vessie avec fibromyome développé dans l'épaisseur de la paroi : résection extraabdominale, guérison; l'autre du bas fond, chez un homme auto-infecté; taille sus-pubienne, guérison.

M. Cifuentès (de Madrid) rapporte une observation de diverticule vésical avec rétention complète et adénome prostatique chez un homme de soixante-trois ans. Drainage de la vessie et du diverticule au-dessus du pubis. Trois semaines après, prostatectomie, mort au bout de vingt jours. L'auteur signale l'influence de l'adénome prostatique sur le développement du diverticule et l'infection consécutive.

M. Hogge (de Liége) a opéré trois diverticules; il s'est contenté de les ouvrir largement et de les drainer par la vessie ouverte; une de ces opérations datant de quinze ans a permis au malade de recouvrer la miction normale.

M. G. Maingot (de Paris). La recherche des diverticules vésicaux par la *cystographie* est un procédé d'exploration radiologique analogue à l'examen du tube digestif à l'aide des substances opaques. Comme dans l'examen radiologique de l'estomac, la radioscopie est la méthode la plus féconde; sans elle l'interprétation d'un grand nombre de radiographies est presque stérile. La radioscopie de la vessie injectée de collargol est aussi facile à faire que celle de l'estomac, il

suffit d'avoir une table d'examens avec ampoule en dessous.

La *radioscopie* apprend comment se font le remplissage et l'évacuation de la vessie; elle suggère les modifications de technique qu'il faut imaginer pour une exploration parfaite ; elle permet de choisir les conditions optima pour l'impression d'une ou de plusieurs plaques radiographiques; celles-ci constituent des documents durables et complètent, par la richesse des détails de l'image, les données de l'observation sur l'écran.

L'histoire d'un malade chez qui la cystographie faite pour localiser des taches pelviennes fit découvrir des diverticules de la vessie appuie l'importance de l'examen radioscopique. Sans l'examen radioscopique, rien, en effet, n'eût permis de soupçonner l'existence des diverticules chez ce sujet.

M. Pasteau (de Paris) fait des réserves sur l'emploi de la *cystoscopie* par principe pour établir le diagnostic de diverticule vésical chez les distendus non infectés ; de même l'introduction du cystoscope dans le diverticule est le plus souvent impossible. La *cystoradiographie* doit être faite aux différents stades de l'évacuation de la vessie, et parfois même après évacuation complète de la vessie par la sonde, si la vessie ne se vide pas spontanément. La *radioscopie vésicale* est le plus souvent absolument insuffisante.

La gravité des diverticules vésicaux est très relative. Le très grand nombre de diverticules, sans aucun symptôme, trouvés, par hasard, au cours des cystoscopies, le prouve d'ailleurs. En cas d'infection, les *traitements palliatifs sont généralement suffisants* (lavages vésicaux ou du diverticule sous le contrôle du cystoscope). Dans d'autres cas, on est amené à intervenir par l'*extirpation de la poche* (cas de rétention vésicale persistante, infection grave, compressions urétérales). Mais, ces opérations sont rares, toujours difficiles, souvent sérieuses, si bien qu'on se trouve ajouter la gravité opératoire à la gravité « personnelle » de l'affection. Les difficultés opératoires sont là règle, sans qu'on puisse jamais en prévoir à l'avance, avec certitude, l'importance. Le nombre des extirpations de diverticules est d'ailleurs très peu élevé; on en parle plus qu'on en pratique.

Les *calculs diverticulaires* ne sont pas rares; toujours en cas de taille, il est prudent d'aller par principe à la recherche de diverticules qui n'auraient pas été soupçonnés. Il existe des calculs volumineux, d'autres sont petits et multiples, allant jusqu'à 50 et 80. Dans ces cas, une surveillance cystoscopique prolongée de la vessie est nécessaire pour éviter des récidives.

DEUXIÈME SÉANCE

Communications diverses.

Un masque à anesthésie. — M. Gourdet (de Nantes) présente un appareil muni d'un réchauffeur à la baryte, qui, en donnant des gaz chauds produit une gazéification parfaite : on obtient une anesthésie rapide, avec des doses infimes : de chloroforme, d'éther, de chlorure d'éthyle, ou mélanges. Un doséthyleur très sensible et des soupapes d'aspiration et d'expiration donnent un réglage très facile, permettant son emploi, à l'impromptu, par le médecin du malade, ne l'ayant encore jamais employé.

Avec cet appareil, on n'obtient plus de condensation, ni de congélations obturant les passages d'air et créant des dangers d'asphyxie.

Sur la valeur de l'épreuve de la phénol-sulfonephtaléine. — M. Tardo (de Palerme) rappelle que M. Legueu a exprimé d'une façon tout à fait formelle que les épreuves fonctionnelles basées sur l'élimination des substances colorantes n'ont aucun intérêt. Ces épreuves, affirme-t-il, déduisent la valeur des reins des débits et comme les débits ne correspondent pas à la valeur des reins, autant de raisons pour considérer ces épreuves comme sans valeur.

L'auteur est du même avis que M. Legueu au sujet des faux débits pour ce qui concerne les substances naturelles, car les débits sont en rapport direct avec la quantité contenue dans le sang et avec la diurèse; mais il ne l'est pas dès qu'il s'agit de substances étrangères comme la phtaléine, dont on connaît la quantité introduite, dont on peut calculer avec la plus grande précision la quantité éliminée et dont l'auteur a montré le peu d'importance de la diurèse dans son élimination.

L'auteur rendant hommage à la doctrine de faux débits soutient qu'on ne peut pas l'appliquer au débit de la phtaléine. Avec des exemples, il affirme que le calcul du débit à 25 p. 1000 montre constamment quel est le meilleur des deux reins, mais il ne peut pas montrer si le meilleur rein est suffisant.

Pour connaître cela il est indispensable de calculer le K, au contraire en se servant de l'épreuve de la phtaléine on peut se passer de l'épreuve de contrôle avec le K.

Le débit phtaléinique et le calcul de rapport $\frac{DPh}{Du}$ établi par l'auteur suffisent pour révéler les faux débits.

Dans les divisions d'urines si les deux quotients du rapport $\frac{DPh}{Du}$ ne sont pas égaux, il s'agit d'un faux débit uréique unilatéral. Dans ce cas c'est l'élimination acquise qui provoque le faux débit et l'erreur est toujours due à l'urée.

L'auteur affirme que le débit phtaléinique est une mesure de la sécrétion rénale en fonction de l'azotémie et que cette méthode bien maniée et bien interprétée est de la plus grande utilité et ne peut avoir qu'un bel avenir.

M. Maurice Chevassu appuie les conclusions de M. Tardo sur la valeur des explorations à la phénosulfonephtaléine, mais tient à faire une distinction entre l'intérêt indiscutable que présente la méthode quand elle est appliquée à l'étude des urines globales, et l'intérêt beaucoup moindre qu'elle présente, au moins en pratique, quand on l'applique à l'étude des urines séparées par cathétérisme urétéral.

Sur les urines globales, l'exploration à la phénosulfonephtaléine donne des résultats parallèles à ceux que fournit la constante. Si elle a moins de finesse que celle-ci, elle est suffisante dans un grand nombre de cas. Or il est très précieux de pouvoir apprécier la fonction rénale globale sans le secours d'aucun laboratoire, au moyen d'une simple seringue de Pravaz, d'un colorant et d'un colorimètre. La méthode mériterait, en particulier, d'être appliquée en grand avant toute opération de chirurgie générale.

Appliquée aux urines séparées, l'exploration à la phénosulfonephtaléine a eu surtout le mérite de démontrer une fois de plus combien il était illusoire de vouloir apprécier la fonction comparée des reins par l'étude de leurs débits, et combien au contraire l'étude de la concentration comparée des deux reins donnait des résultats catégoriques, à condition qu'on évitât de pratiquer une polyurie expérimentale pendant le cathétérisme urétéral.

Chevassu s'élève contre cette technique restée classique depuis Albarran et montre que, depuis que la constante permet d'apprécier le fonctionnement global des reins, l'exploration de deux heures avec polyurie expérimentale n'a plus de raison d'être. La polyurie expérimentale, nécessaire pour l'étude de la fonction aqueuse globale, a tout intérêt à être faite indépendamment du cathétérisme urétéral.

M. Lian (de Paris), insiste sur l'intérêt considérable que présente l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine en médecine générale.

Hématurie dans une septicémie staphylococcique. — M. Gripekoven (de Bruxelles) relate un cas de staphylococcie, qui a débuté par une hématurie d'une durée de dix jours.

Les autres embolies microbiennes se sont fixées ou dans les poumons, déterminant des lésions d'apoplexie pulmonaire, ou dans le plèvre donnant une pleurésie sérofibrineuse ou dans le foie, d'où ictère.

L'hémoculture, les examens bactériologiques des urines, de l'épanchement pleural, des crachats hémoptoïques ont décelé la présence du staphylocoque doré, à l'état de pureté.

Cette affection plus ou moins banale n'a donné ici que des symptômes exceptionnels tant du côté du rein que dans les autres organes : peu ou pas de pus, mais une tendance générale aux hémorragies : néphrorragie, épistaxis, melæna, crachats hémoptoïques.

Le diagnostic précoce de la tuberculose rénale. — M. Maurice Chevassu (de Paris). Bien qu'il soit encore classique d'admettre l'opinion contraire, le bacille de Koch est décelable dans les urines des sujets atteints de tuberculose rénale, dans la très grande majorité des cas.

Mais, pour le découvrir avec cette fréquence, il faut des

précautions spéciales, une technique rigoureuse et une extrême patience.

Sur 405 malades chez lesquels il a été recherché dans le service des voies urinaires de Cochin par le docteur Gautier avec les précautions exposées plus loin, le bacille de Koch a été trouvé 92 fois.

C'est dans les premières phases de la tuberculose rénale, ou lors des poussées aiguës, que le bacille de Koch est le plus facilement décelable. Il devient plus rare dans les tuberculoses anciennes, surtout en cas d'infections associées. Ces dernières ne sont pas rares : 32 cas sur 92.

Sur les 309 cas où l'on n'a pas constaté de bacilles de Koch, on n'a eu que 5 fois la preuve qu'il s'agissait néanmoins de tuberculose; mais comme d'assez nombreux malades n'ont pas été suffisamment suivis, il ne serait pas rationnel de baser un pourcentage sur ces chiffres.

Tous les malades à bacilles de Koch étaient pyuriques, non pas seulement à pyurie microscopique, mais à pyurie troublant de façon appréciable les urines à l'émission. La notion classique d'une tuberculose rénale sans pyurie au début est une vue de l'esprit; sauf exceptions rarissimes, il n'y a pas en clinique de tuberculose rénale sans pyurie au moins légère.

Même atteint très légèrement, le rein tuberculeux présente tout de suite un abaissement marqué de sa concentration uréique par rapport à celle du rein opposé, décelable au cathétérisme urétéral.

Par contre, l'azotémie et la constante restent normales ou subnormales dans le plus grand nombre des cas de tuberculose rénale au début, ou même avancée, si cette tuberculose reste unilatérale.

M. Marion (de Paris) approuve absolument ce que vient de dire M. Chevassu, et affirme que dans son service son chef de laboratoire, M. Colombet, trouve le bacille de Koch au moins chez les 9/10 des malades qu'il opère pour tuberculose rénale.

Il suffit, pour obtenir ces résultats, de bien colorer les préparations et de les examiner avec patience.

M. Sudre (de Nancy) ne fait plus faire l'inoculation que dans les cas rares où la recherche directe n'a rien donné et où l'examen clinique lui-même ne permet pas de conclure lorsque l'on a affaire à des cas de tuberculose rénale avec vessie et orifices urétéraux sains ou sans lésions caractéristiques.

Du diagnostic de la tuberculose urinaire par la recherche directe du bacille de Koch dans l'urine. Technique. — M. E.-L. Gautier (de Paris) rappelle la méthode de recherche directe du bacille de Koch qu'il a décrite dans le *Journal d'urologie* en 1914 et qui permet de trouver le bacille tuberculeux dans 88 p. 100 des cas de tuberculose rénale. Les résultats obtenus ces dernières années sont en tous points comparables.

Il ne faut plus dire que pyurie aseptique égale tuberculose rénale, car si le bactériologiste veut bien faire un examen suivant la technique décrite il trouvera le bacille de Koch au moins 8 fois sur 10 dans les urines des tuberculeux urinaires. D'où précision et rapidité dans le diagnostic de cette affection.

Le prélèvement d'urine, en vue de l'examen microscopique, doit être fait après avoir soumis le malade à un régime sec dans les heures qui précèdent ce prélèvement.

L'urine doit être centrifugée pendant dix minutes au moins dans une centrifugeuse électrique tournant à 3.500 tours.

La coloration des frottis sera faite par la méthode de Ziehl-Nelsen, mais en ayant soin de colorer à chaud pendant quinze minutes au minimum et de décolorer pendant deux minutes à l'acide azotique au tiers, et cinq minutes par l'alcool absolu.

La méthode donne ainsi toute sécurité.

L'auteur signale que certaines espèces de bacille de Koch, ayant vraisemblablement subi un commencement d'autolyse, prennent très mal la coloration rouge.

Les infections urinaires à staphylocoques secondaires à la furonculose. — M. Marsan (de Paris) rapporte les observations de plusieurs malades ayant eu des complications infectieuses de l'arbre urinaire à la suite de la furonculose. Après quelques considérations cliniques au sujet de ces malades, il conclut qu'une furonculose bénigne peut, même à longue échéance, déterminer des infections graves des voies urinaires. La furonculose n'est pas toujours manifeste, il faut y penser quand les causes ordinaires de ces infections semblent manquer; et, quand elle est dépistée, il faut recourir au traitement local aidé de l'autovaccinothérapie qui tarit la suppuration, assure souvent la guérison, et qui, si elle était employée dès la première manifestation de furonculose, éviterait peut-être les complications parfois graves que la plupart des spécialistes ont observées comme lui.

M. Le Fur (de Paris) insiste sur la fréquence des infections urinaires ou génitales staphylococciques qu'il a signalées l'année dernière au Congrès de Strasbourg. Ces infections staphylococciques ne succèdent pas toujours à une furonculose, mais parfois aussi à une bactériurie staphylococcique qui peut se compliquer de pyélonéphrite. Un de ses malades atteint d'infection vésicale à staphylocoques pure et de double pyélonéphrite a fait un premier phlegmon périnéphrétique guéri par incision, et un second phlegmon périnéphrétique de l'autre côté guéri par vaccinothérapie alors qu'il semblait relever de l'intervention. La vaccinothérapie doit toujours être employée dans ces infections staphylococciques qu'elle arrive souvent à guérir : en tous cas elle aidera toujours l'action du chirurgien. Mais elle doit être *prolongée longtemps*, car l'infection staphylococcique persiste longtemps, soit dans les voies urinaires supérieures, soit même dans le sang à l'état latent; c'est en effet une des infections les plus rebelles, l'hémoculture négative à plusieurs reprises seule permettra d'affirmer la guérison complète.

Bactériurie chronique guérie par la colectomie. — M. Charles Perrier (de Genève). La notion des rapports de cause à effet entre les affections du gros intestin, aiguës et chroniques et les bactériuries à coli est déjà ancienne. On la trouve mentionnée dans presque tous les travaux des vingt dernières années sur la colibacillurie. On est surpris que les conclusions thérapeutiques, à savoir : nécessité primordiale de traiter l'intestin, n'aient pas été mises en lumière avec plus de précision. Il appartenait à Heitz-Boyer de le faire et de grouper et classer ces affections si fréquentes sous le vocable de syndrome « entéro-rénal ».

L'auteur rapporte l'observation d'une femme souffrant, depuis 1907, d'entéro-colite avec alternatives de diarrhée et de constipation. Traitement minutieux sans effet.

Depuis longtemps ses urines louches étaient malodorantes au moment des exacerbations de son entérite. Le 7 octobre 1920, pour la première fois, accidents vésicaux.

Aux rayons X, le gros intestin présente une ptose très marquée du côlon droit avec stase stercorale durant encore après cinquante-trois heures.

La vessie est légèrement rougie et le bleu retardé des deux côtés.

Le 19 novembre 1920, opération. Péricolite avec membranes et brides sur le cæcum, l'ascendant, le transverse et le début du descendant. Résection. Anastomose latéro-latérale de l'iléon dans le côlon descendant. Atonie intestinale, fistule stercorale le 21 novembre qu'on ferme le 11 décembre. Sans plus de traitement médicamenteux, les selles se régularisent et les urines (mises à cultiver plusieurs fois) sont stériles dès mars 1921.

Etat général, contrôlé récemment : parfait, ainsi que l'état local.

Ce cas semble devoir être classé dans ceux de la forme rénovésicale décrite dans le dernier mémoire d'Heitz-Boyer.

L'amélioration thérapeutique de la sécrétion rénale (abaissement du chiffre de la constante) dans les néphrites chroniques azotémiques (considérations pathogéniques et déductions cliniques). — M. Camille Lian. Dans les néphrites chroniques azotémiques et hypertensives, la seule influence de prescriptions diététiques (régime hypoazoté et déchloruré ou hypoazoté) et médicamenteuses (théobromine) peut non seulement diminuer le taux de l'urée sanguine, mais aussi accroître la valeur sécrétoire des reins (diminution du chiffre de la constante d'Ambard).

Un pareil résultat a été observé par les auteurs, même chez des malades n'ayant ni œdèmes ni oligurie. Il est possible cependant que dans ces cas les troubles sécrétoires aient été accentués par un œdème rénal ou par une insuffisance de la

circulation rénale, et que les prescriptions aient amélioré le fonctionnnement rénal en amendant ces facteurs bien connus d'aggravation. Mais, on peut faire également une part à un troisième facteur, l'auto-intoxication par des substances azotées (azotémie et surtout dysazotémie : azote résiduel du sang); d'où imprégnation toxique des cellules rénales et accentuation de leur insuffisance sécrétoire, d'où amélioration possible des troubles rénaux par des prescriptions diminuant l'intensité de l'auto-intoxication.

Quel que soit le mécanisme intime de ces résultats thérapeutiques, ils sont très importants par leurs déductions pratiques.

Ils constituent un encouragement pour le médecin en lui montrant que ses prescriptions sont susceptibles, au moins pour un temps, d'accroître la valeur sécrétoire des reins dans une néphrite chronique azotémique et hypertensive.

Ils permettent de penser qu'une intervention chirurgicale, considérée d'abord comme contre-indiquée en raison du chiffre élevé de la constante, pourra, dans certains cas, être faite ultérieurement, si les prescriptions médicales ont pu abaisser notablement le chiffre de la constante.

Enfin, ils montrent que la détermination de la constante d'Ambard complète heureusement le dosage de l'urée (azotémie) et de l'azote résiduel (dysazotémie) dans le sang, pour aider le médecin à apprécier l'évolution des perturbations rénales dans les néphrites chroniques azotémiques.

M. Chevassu (de Paris) appuie les observations de M. Lian plus démonstratives encore chez les malades de médecine que chez les urinaires chirurgicaux chez lesquels le traitement médical et le régime sont habituellement associés à un traitement local sur les voies excrétrices. Il rappelle que dès les premiers travaux qu'il a consacrés aux applications de la constante d'Ambard, il a mis en relief cette amélioration de la constante sous l'influence des régimes.

De l'ionisation dans le cas de cystite tuberculeuse. — M. Denis Courtade (de Paris) signale les bons effets de l'ionisation salicylée et iodurée dans le cas de cystite tuberculeuse.

Dans le cas de vessie intolérante, si fréquente dans la cystite tuberculeuse, l'ionisation d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1 p. 500 suffit pour calmer les douleurs et donner une capacité plus grande permettant de faire des cystoscopies qui étaient auparavant absolument impraticables.

Sonde de Pezzer avec tube latéral pour lavages de la vessie sans distension. — M. Le Fur (de Paris) présente une sonde de Pezzer avec tube latéral, construite sur ses indications par M. Gentile, et qui reproduit la disposition du tube de Marion. Cette sonde offre des applications pratiques nombreuses, soit dans les cystostomies pour cystites rebelles avec très mauvaise capacité vésicale, soit après les prostatectomies où elle peut remplacer assez rapidement le tube de Marion. M. Le Fur a l'habitude de l'utiliser dès le troisième ou quatrième jour, aussitôt après le détamponnement, elle est infiniment mieux supportée que les tubes. Enfin l'auteur l'a aussi employée avec succès pour les lavages des diverticules de la vessie après cystostomie, on se sert alors d'une sonde droite qui est introduite à travers l'orifice du diverticule, le chapeau se trouve retenu par le collet du diverticule, et on peut ainsi pratiquer directement, dans le diverticule, tous les lavages que l'on désire. Le tube latéral est accolé à la sonde de Pezzer et pénètre dans l'intérieur du chapeau où le liquide du lavage arrive directement.

Un cas de syphilis vésicale. — M. Stottaerts (de Bruxelles). Il s'agit d'un malade, ne présentant aucun symptôme urinaire qui aurait pu attirer l'attention sur la vessie, cystoscopé pour une vive douleur provoquée par un cathétérisme banal. L'exploration montra, au niveau de l'uretère droit et du col, des ulcérations qui firent poser le diagnostic probable de tuberculose rénale unilatérale. Toutes les explorations fonctionnelles ayant été très favorables, une recherche de la réaction de Wassermann fut exécutée et donna un résultat positif. Le traitement spécifique amena la guérison rapide des lésions.

Les hémorragies graves dans la tuberculose vésicale. — M. Pasteau (de Paris). Au cours de l'évolution de la tuberculose vésicale, les hématuries peuvent se présenter sous différentes formes cliniques. Le plus souvent peu graves par elles-mêmes, elles deviennent parfois de véritables complications, soit par leur répétition, soit par leur abondance, et leur soudaineté. La mort rapide peut même survenir dans des cas exceptionnels et sans autre cause, même après une cystostomie pratiquée suivant la technique la plus rigoureuse.

Kyste hydatique de la base de la vessie. — M. Bonneau (de Paris) apporte l'observation d'un homme de soixante ans opéré en rétention urinaire aiguë infectée pour une tumeur molle de la base de la vessie : taille sus-pubienne, repérage des uretères, on débride l'orifice d'ouverture du kyste dans la vessie en arrière du col, sur la ligne médiane du bas-fond et on enlève le kyste contenant de nombreuses vésicules filles flétries. Guérison.

L'étincelage endoscopique dans les tumeurs de la vessie ayant envahi le col. — M. Phelip (de Lyon). Ces tumeurs n'étaient guère, jusqu'à ces dernières années, justiciables de la voie endoscopique : on peut y arriver avec les progrès des appareils endoscopiques.

1° Nécessité d'un bon éclairage.

2° Et surtout d'un système de lavage amenant l'eau à très peu de distance (1 à 2 centimètres) de la zone traitée.

Il est nécessaire de recourir à l'anesthésie locale, car la séance est longue. Il faut tout détruire autant que possible en une seule fois, ce qui donne moins de récidive et moins de risques d'infection. Il est inutile de mettre ensuite une sonde à demeure.

L'auteur a traité ainsi trois cas dont un présentant une masse énorme.

M. Bonneau (de Paris) présente une observation de papillomatose vésicale étendue, traitée par étincelage, par voie sus-pubienne ; guérison avec deux petites récidives survenues un an plus tard et guéries par l'étincelage, par les voies naturelles.

M. Pasteau (de Paris) estime, d'après sa pratique personnelle qu'il est préférable, si la tumeur est volumineuse ou si elle s'implante très près du col et a quelque étendue, de laisser de côté le traitement purement endovésical ; la taille sus-pubienne devient ainsi la meilleure intervention, et permet d'agir plus complètement sur les régions atteintes par étincelage ou électrocoagulation.

Cancer de la vessie traité avec succès par la radiothérapie profonde. — M. André Bœckel (de Strasbourg). La *radiothérapie profonde* qui a donné de beaux succès dans le traitement des tumeurs malignes situées dans les régions les plus diverses de l'économie, n'avait pas été appliquée jusqu'à ce jour au *cancer de la vessie*.

Aussi l'auteur a-t-il cru devoir rapporter une observation personnelle, qui constitue le premier cas traité en France par cette nouvelle méthode.

Il s'agit d'un homme de quarante-sept ans, atteint d'un *épithélioma vésical* (*biopsie*), greffé sur un papillome, et qui fut d'abord traité sans succès par l'électrocoagulation. *Cinq séances de radiothérapie profonde* (Gunsett).

Trois semaines après la dernière séance, vérification cystoscopique : *plus trace de tumeur*, excellent état général, disparition de la cystite et des hématuries. Le malade reprend son travail. *Cinq mois plus tard*, nouvelle vérification cystoscopique : *guérison maintenue*.

Sans vouloir prononcer le mot de guérison définitive, en raison du faible temps écoulé depuis le traitement, M. Bœckel souligne l'intérêt réel de cette nouvelle méthode.

Deux autres cas traités par MM. Bœckel et Gunsett ont fourni un échec et un succès partiel. Cette différence des résultats tient à des degrés variables de *radiosensibilité*.

On utilisera de préférence la technique française moderne, qui répartit le traitement sur une quinzaine de jours

Fœtus de trois mois extrait de la cavité vésicale. — M. Guisy (d'Athènes) rapporte cette observation d'une femme de vingt-huit ans qui se présentait avec des symptômes de rétention vésicale ; l'embryon fut extrait par l'urètre.

Une grossesse tubaire droite rompue et ayant déterminé

des accidents inflammatoires prolongés s'était ainsi terminée par l'ulcération de la paroi de la vessie et l'élimination du fœtus dans sa cavité.

(A suivre.) R. DIDIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1922)

L'intoxication dysentérique du lapin et l'intoxication cholérique du cobaye par ingestion de toxines dysentérique et cholérique solubles. — MM. J. DUMAS et D. COMBIESCO. L'injection sous-cutanée ou intraveineuse d'une culture sur bouillon ou d'une émulsion de bacilles de Shiga dans l'eau physiologique détermine chez le lapin une dysenterie expérimentale.

MM. Dumas et Combiesco montrent que cette dysenterie expérimentale peut être facilement reproduite en faisant absorber au lapin le filtrat d'une culture en bouillon de bacilles de Shiga, laissée huit jours à 37 degrés.

De même l'ingestion de toxine cholérique soluble détermine chez le cobaye une intoxication cholérique expérimentale typique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1922)

M. VAQUEZ prononce l'éloge de M. Rénon.

Statistiques démographiques sur les maladies mentales en Egypte de 1892 à 1922. — MM. A. MARIE (de Villejuif) et WARNOCK (du Caire). Les courbes relatives aux troubles mentaux d'un groupe humain important envisagées sur un certain laps de temps reflètent les conditions de milieu et les fluctuations de l'évolution historique de la période envisagée.

Elles sont instructives surtout par comparaison avec des milieux historiquement, géographiquement et ethniquement différents.

A ce point de vue les statistiques récapitulatives de trente années d'existence du service anglo-égyptien des asiles d'aliénés du Caire, constituent un document intéressant au premier chef.

Au point de vue météoro-psychologique la folie des Egyptiens subit les mêmes influences saisonnières et climatériques qui s'observent dans toutes les statistiques asilaires, à savoir le maximum des accès et des entrées pour aliénation mentale au printemps (82,7 p. 100 de moyenne); minimum (48,8 p. 100) en hiver.

Au point de vue mœurs, la rareté de l'alcoolisme (12) (interdiction coranique observée) se compense en revanche par la fréquence des délires haschichiques (137); c'est la cause la plus fréquente de délinquance pour les aliénés criminels avec la pellagre : les folies pellagreuses sont extrêmement fréquentes parmi les Fellahs dont le maïs est le principal aliment.

La fréquence des troubles mentaux s'est accentuée progressivement depuis trente ans en Egypte (progression de 100 p. 100).

Les campagnes fournissent en Egypte 1 aliéné pour 18,8 habitants, alors que les villes en fournissent 1 pour 2,8 habitants (presque 10 p. 100 de plus). Les contre-coups des mouvements révolutionnaires en Egypte sont reflétés aussi dans les courbes des entrées asilaires, ce qui d'après Esquirol est d'observation constante en Europe. Quant à la guerre mondiale elle a aussi exercé son influence ici comme ailleurs; un abaissement initial du mouvement des entrées fut bientôt suivi d'une recrudescence de cas d'aliénation mentale et de la mortalité générale et asilaire. Ces faits correspondent à la misère plus grande, aux difficultés de ravitaillement et aux restrictions alimentaires qui s'ensuivirent en Egypte, comme en France et en Angleterre.

Au point de vue de la psychopathologie comparée, les statistiques indiquent des indices très divers de morbidité

L'indice de mortalité générale est de 22 p. 100 plus fort que dans les asiles d'Europe mais moindre que dans la population générale des Fellahs égyptiens.

Enfin au point de vue ethnique ces documents montrent qu'aucune maladie mentale des Européens n'est étrangère aux Arabes d'Egypte. Les proportions relatives seules de ces processus morbides varient comme on l'a déjà vu pour la pellagre et le haschih.

La fréquence relative de la paralysie générale mérite une mention particulière. On dit trop souvent en effet que les Arabes presque tous syphilitiques ne deviennent jamais paralytiques généraux. Les statistiques apportées par M. A. Marie prouvent le contraire puisqu'elles font ressortir plus d'un millier de paralytiques généraux en trente ans chez les Arabes d'Egypte.

— Après cette communication, M. Marie présente une série de projections représentant des Arabes atteints de paralysie générale, et des lésions cérébrales se rapportant à cette maladie.

Bicarbonate de soude et traitement de l'ulcère gastro-duodénal, son administration par la voie rectale. — M. F. LE NOIR. L'opportunité de la médication alcaline intensive dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal est envisagé de façons souvent contradictoires par les auteurs. Les uns, avec Debove, Bouveret, plus récemment Sippy, recherchant la neutralisation du suc gastrique, prescrivent le bicarbonate de soude à hautes doses, d'autres, redoutant son action excito-sécrétoire, ont renoncé plus ou moins complètement à son emploi.

Mais le bicarbonate de soude ne se limite pas à son influence directe sur la sécrétion gastrique, elle est beaucoup plus étendue, beaucoup plus complexe. Ses recherches antérieures lui ayant, d'une part, montré la fréquence et l'importance de l'insuffisance hépatique dans l'ulcère gastrique, les dangers de l'acidose, et voulant, d'autre part, éviter les inconvénients de l'ingestion du bicarbonate de soude, l'auteur a administré ce sel par la voie rectale, en solution à 15 p. 100 à la dose d'un demi-litre une à deux fois par vingt-quatre heures. Cette médication peut être poursuivie pendant six à huit jours. Sous son influence, l'auteur a vu dans un grand nombre de cas les douleurs s'atténuer, la sécrétion gastrique être moins riche en acide sans constater d'effets secondaires fâcheux, même en cas d'hémorragie. Parfois des accidents graves ont été enrayés (vomissements).

L'auteur conseille donc ces instillations, soit dans les phases d'acuité de l'ulcère, soit dans les périodes pré ou postopératoires à titre de moyen curatif ou préventif de l'insuffisance hépatique et de l'acidose, à titre de sédatif et de modérateur de la sécrétion gastrique.

L'auteur n'a à signaler comme contre-indications que celles qui s'adressent à l'usage des alcalins en général ou l'intolérance de l'intestin.

Formes séreuses de l'endocardite végétante — M. E. DE MASSARY rapporte avec M. Raoul Boulin deux observations, l'une concernant un cas de péritonite, l'autre un cas de pleurésie séro-purulente bilatérale; et avec M. Jean Walser l'observation d'un cas de méningite; la cause de ces infections des séreuses fut trouvée à l'autopsie dans une endocardite végétante. Ces observations montrent donc que les endocardites végétantes sont susceptibles de ne se révéler que par des infractus sous-séreux : la péritonite, la pleurésie, la méningite consécutives occupent alors la première place dans le tableau clinique. En présence donc d'une péritonite, d'une pleurésie, d'une méningite, quand aucune étiologie n'apparaît évidente, il est rationnel de mettre désormais l'endocardite au nombre des causes possibles.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1922)

Un cas de maladie d'Oppenheim. — M. H. LEMAIRE présente un enfant de quatre ans et demi qui jusqu'à six mois eut une croissance normale. A la suite de convulsions, on voit se développer une myatonie ou hypotonie musculaire

généralisée, réflexes d'abord normaux puis abolis, atrophie musculaire, retard d'évolution psychique, rien aux yeux, traitement antisyphylitique sans action. A partir de trois ans et demi, amélioration, reprise spontanée et progressive des mouvements. S'agit-il d'une maladie d'Oppenheim, d'une poliomyélite en régression, d'une sclérose cérébrale de forme anormale?

Coxa-vara. Transplantation du moyen fessier. — MM. V. Veau et Lamy, chez un enfant de douze ans et demi atteint de coxa-vara double, très marquée à gauche, ont détaché l'insertion inférieure du moyen fessier, puis, après résection du grand trochanter, réinsertion du muscle sur la diaphyse, 8 centimètres plus bas, la cuisse étant maintenue en abduction. Excellent résultat.

Syndrome de l'angle occipito-cérébello-vertébral. — MM. P. Nobécourt et J. Paraf présentent un enfant entré à l'hôpital avec des signes de compression cérébrale (céphalée, vomissements, stase papillaire double).

L'existence d'une parésie du spinal externe, associée à une hypoesthésie dans le territoire du nerf sous-occipital et à quelques légers signes cérébelleux, permit de localiser la tumeur.

Le malade, opéré avec succès par M. Ombrédanne, présentait une gomme tuberculeuse située juste dans l'angle occipito-cérébello-vertébral.

Un cas de tétanos guéri par la sérothérapie intensive. — MM. Nobécourt, Nadal et René Mathieu présentent un enfant de huit ans qui, sept jours après une blessure cutanée du genou, a présenté un tétanos de moyenne intensité.

L'enfant a reçu 400 centimètres cubes de sérum antitétanique dont 330 centimètres cubes les cinq premiers jours, 70 centimètres cubes ont été injectés dans le canal rachidien, 270 centimètres cubes par la voie intramusculaire, 60 centimètres cubes par la voie sous-cutanée.

Guérison, accidents sériques bénins (urticaire, arthralgie, tachycardie) au cinquième jour.

Les auteurs insistent sur la nécessité des hautes doses de sérum qui ont été employées dans presque tous les cas, et sur l'utilité des infections intramusculaires ou même intraveineuses au début.

MM. Léon Tixier et Henri Duval rapportent un cas analogue, et insistent sur l'efficacité *curative* du sérum employé à haute dose de façon précoce.

Dans la *discussion* qui suit ces deux communications, MM. Aviragnet, Henri Lemaire, Nobécourt, Guinon, Schreiber, Comby apportent un nombre imposant de guérison de tétanos graves, soignés de manière précoce avec des doses intensives de sérum.

Il ressort de cette discussion un certain nombre de points intéressants :

1° Un tétanos grave peut éclater à la suite d'une écorchure insignifiante touchée à la teinture d'iode et lavée à l'eau oxygénée (Nobécourt et Nadal, Aviragnet).

2° Le sérum antitétanique a non seulement un pouvoir préventif, mais un pouvoir curateur certain à condition d'être employé précocement, à doses très élevées (300 à 500 centimètres cubes en cinq à six jours), doses qui n'entraînent pas d'intolérance, et par des voies multiples, au début et pour agir vite, il convient de faire les injections intramusculaires ou même intraveineuses. Quant à la voie intrarachidienne, si M. Lesné l'accuse d'avoir donné du collapsus chez un de ses malades. M. Nobécourt conseille de l'employer à doses faibles et en injectant lentement.

M. H. Lemaire insiste sur l'association du chloral et des opiacés avec le sérum. Ses expériences, avec Debrée, lui ont montré que l'action de l'antitoxine était décuplée par celle de ces médicaments.

Le seul inconvénient de l'emploi du sérum antitétanique à hautes doses est le prix élevé du sérum (Genévrier, J. Hallé).

Tuberculose pulmonaire du nouveau-né (*présentation de pièce*). — M. Ribadeau-Dumas. La mère avait eu à quatre ans un spina ventosa et une hémoptysie au début de la grossesse. Peu après l'accouchement, elle fait une broncho-pneumonie massive. Le nourrisson présente quinze jours après de la diarrhée, et l'on trouve du bacille dans les selles. Un mois après cutiréaction positive tuberculose grave. En deux mois mort; on trouve un nodule à la base droite et de la miliaire partout.

Il est à remarquer que la période d'incubation peut être ici fixée à quinze ou seize jours.

Deux cas de maladie de Barlow chez deux nourrissons alimentés avec du lait de vache prétendu frais. — M. H. Lemaire. Dans ces deux cas il s'agissait nettement de scorbut infantile et le lait dit frais était du lait pasteurisé que les mères avaient fait bouillir pendant dix minutes.

Discussion. — MM. Marfan, Lesné font remarquer que la pasteurisation seule ou l'ébullition seule ne rendent pas le lait scorbutigène. Mais les deux opérations réunies le rendent certainement (scorbut expérimental, Lesné). Des faits analogues ont été signalés à Berlin par Neuman, à New-York par Hess.

Si le scorbut infantile n'est pas très fréquent, bien que 95 p. 100 des laits à Paris soient pasteurisés puis bouillis comme le remarque Schreiber, c'est qu'il faut tenir compte du terrain prédisposant qui prime tout (Marfan, Comby, Lesné) ou parce que beaucoup de mères ne font pas, en réalité, bouillir le lait.

En tous cas, il serait utile aux enfants absorbant un tel lait par précaution de donner un peu de jus de citron (Armand-Delille, Aviragnet) ou de croûte de pain (Guinon).

L'eczéma des nourrissons peut être déterminé par l'ingestion d'un lait de femme contenant d'une manière permanente un excès considérable de beurre. — MM. Marfan et Turquéty relatent l'histoire d'une nourrice qui a séjourné vingt mois aux Enfants-Assistés et a allaité dix nourrissons; du dixième au dix-septième mois son lait a renfermé un grand excès de beurre : de 41 à 78 grammes par litre. Les trois enfants qu'elle a nourris pendant ce temps ont présenté au bout de quelques semaines un eczéma intense et étendu qui a guéri en les nourrissant au lait de vache écrémé. Un quatrième nourrisson ne présenta pas d'eczéma, la teneur en beurre du lait était redevenue normale.

Il ne s'agissait pas de phénomènes anaphylactiques : la cuti-réaction a été négative et les injections sous-cutanées du lait nocif n'ont provoqué aucune réaction locale et pas d'amélioration.

Discussion. — MM. Aviragnet, Ribadeau-Dumas, Jean Hallé pensent que l'excès de beurre dans le lait de la nourrice peut occasionner de l'eczéma séborrhéique et des éruptions eczématiformes mais non de l'eczéma vrai.

M. Weill-Hallé a vu du lait contenant jusqu'à 81 grammes de beurre très bien toléré.

Choléra infantile avec syndrome acidosique traité par des injections intrapéritonéales de bicarbonate de soude. — MM. Ribadeau-Dumas et J. Meyer. Nourrisson de cinq mois, choléra infantile avec syndrome acidosique. Deux injections de 50 centimètres cubes de solution de bicarbonate de soude à 5 p. 100 dans le péritoine. Guérison avec intolérance pour le lait de vache. Injection sous-cutanée de lait de femme suivie d'escarre. Envoyé à Mandres où on fait de l'héliothérapie, l'intolérance au lait disparaît.

M. Lesné remarque la rapidité d'absorption par la voie intrapéritonéale. Il l'emploie pour le sérum dans les cas graves de diphtérie sans observer de choc.

Chorée de Sydenham guérie par une ponction lombaire. — M. Cassoute (de Marseille).

Deux cas de maladie des vomissements habituels guéris par le traitement hydrargyrique. — M. Dorlencourt. Le syndrome décrit par M. Marfan sous le nom de « vomissements habituels du nourrisson » serait dû, suivant lui, à l'hérédo-syphilis.

Les deux observations de M. Dorlencourt viennent à l'appui de cette thèse. Dans les deux cas, après avoir épuisé sans succès toutes les médications classiques, il a vu le traitement spécifique amener rapidement la sédation des symptômes.

Discussion. — MM. Veau, Marfan, Weill-Hallé, Blech-

MAN, DORLENCOURT. Il ressort de cette discussion que si les vomissements habituels du nourrisson sont améliorés par le traitement antisyphilitique, surtout par le lactate d'Hg en ingestion (les frictions mercurielles paraissant sans action), il convient de faire avec soin le diagnostic de cette affection et de ne pas la confondre avec les vomissements anaphylactiques, par intolérance pour le lait qui surviennent par crises et ne sont pas permanentes, ni surtout avec la sténose congénitale du pylore qui a des signes radioscopiques et qui ne peut guérir que si elle est opérée précocement (pyloroplastie sous-muqueuse de Fredet).

Hémihypertrophie congénitale. — MM. BABONNEIX et BUIZARD présentent un bébé de quatre mois et demi, atteint d'hémihypertrophie congénitale. Comme toujours, la lésion siège à droite, et, selon la règle, elle s'accompagne de nœvi. Fait particulier : le plus important d'entre eux occupe le membre inférieur gauche et affecte une disposition radiculaire. La cause de cette malformation, d'ailleurs peu accentuée, n'a pu être précisée. Peut-être faut-il mettre en jeu l'hérédité, un oncle paternel ayant aussi, paraît-il, un côté « plus gros »; peut-être aussi convient-il de suspecter l'hérédo-syphilis. En tout cas, l'examen radiographique ne décèle pas la présence de ces chondromes multiples sur lesquels on a insisté encore tout récemment.

Un cas de purpura rhumatoïde. Mort par invagination intestinale. — MM. TIXIER et CANOUET. Enfant de onze ans. Au cours d'un purpura rhumatoïde éclatent des accidents abdominaux graves. L'absence de ballonnement fait écarter l'intervention chirurgicale Mort par invagination intestinale. Depuis quinze ans l'attention des médecins a été attirée sur les formes pseudo-péritonéales du purpura rhumatoïde qui guérissent toujours par le traitement médical. En présence de symptômes abdominaux, on écarte les complications (invaginations, perforations intestinales) nécessitant une opération. Leur existence possible, leur diagnostic impossible dans ces cas incitent l'auteur à recommander, en cas de doute, la laparotomie exploratrice.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1922)

Détermination de la pression artérielle maxima par la méthode oscillométrique. — M. P. FABRE établit la possibilité de déterminer de façon précise la pression artérielle maxima, à l'aide de la loi suivante :

Si l'on rapporte les oscillations à l'unité de pression, l'indice oscillométrique est la somme des oscillations obtenues pour des compressions égales à la pression minima et à la pression maxima.

La valeur des quotients $\frac{\text{oscillation}}{\text{compression}}$, ou mieux de leur produit par cent, est lue immédiatement sur une abaque formée de droites convergeant à l'origine des axes.

Le manchon étant appliqué de préférence au bras, l'expérience donne aisément l'indice oscillométrique et l'oscillation correspondant à la minima. Grâce à l'abaque et à la loi énoncée, on calcule le quotient qui correspond à la maxima.

Au moment où la suite de l'expérience donne pour le quotient la valeur calculée, c'est que la compression est alors égale à la pression maxima cherchée.

Sur la membrane des cellules adipeuses. — M. A. POLICARD, contrairement à l'opinion classique et en accord avec les idées récentes de Grynfelt, pense que la membrane des cellules adipeuses est de nature conjonctive. Par des expériences directes, on peut montrer que cette membrane ne constitue pas un obstacle infranchissable à la prise directe de particules de couleur. Ce qui intervient dans ce phénomène, c'est le mode de constitution colloïdale de l'élément adipeux.

M. Ch. RICHET fils rappelle, à propos de la communication de M. Baltéaro, les expériences déjà anciennes qu'il a faites, avec Saint-Ginon, sur l'élimination de bacilles d'Ebert par la muqueuse intestinale. Il cite une autre série d'expériences, faites avec M. Lesné sur l'élimination de particules de charbon par la muqueuse intestinale, élimination qui est massive et est indépendante de l'élimination pancréatique et biliaire qui existent aussi.

Sédimentation des globules rouges et gestation. — MM. H. VIGNES et P. HERMET ont cherché à élucider les causes qui déterminent la rapidité de sédimentation dans le sang citraté de la femme enceinte et, pour ce, ont essayé d'accélérer encore cette rapidité par l'addition *in vitro* de diverses substances. L'addition de cholestérine, de lécithine, d'eau distillée, de sérum physiologique, de leucocytes, de sérum de femme non enceinte, de sérum d'homme n'a déterminé aucune accélération. L'addition de sérum de femme enceinte détermine une accélération assez marquée, l'addition de sérum d'animal saigné en détermine une plus grande. Le sérum d'un animal neuf n'a pas contre aucun effet.

Nouveau procédé d'isolement du bacille tuberculeux dans les crachats. — MM. BOSSAN et BAUDY décrivent un nouveau procédé d'isolement par contact de l'expectoration avec une solution au 1/10 d'acide sulfurique.

Ce procédé, très simple et facile à exécuter, leur a donné d'excellents résultats.

Fiches biologiques, par ABRY, directeur de l'Institut de Biologie de Cannes. 1 broch. de 116 pages. — Paris, Editions scientifiques françaises, 25, rue Lauriston (16e).

NOTES POUR L'INTERNAT

VEINES DE LA PETITE COURBURE DE L'ESTOMAC

ORIGINE. — Comme toutes les veines de l'estomac elles viennent :

a. Du réseau capillaire sous-épithélial dans la muqueuse de l'estomac. Par des radicules convergeant à la façon des branches d'une étoile du centre de laquelle part une veinule.

b. Cette veinule verticale traverse la muqueuse, passant entre les glandes pour atteindre un réseau horizontal à larges mailles polyganales situé dans la celluleuse.

c. De ce réseau partent des troncs collecteurs qui traversent la musculaire accompagnés par des artérioles satellites.

d. Dans la séreuse, les veines glissent sur les deux parois de l'estomac formant des anastomoses plexiformes, dessinant des arcades. Elles convergent vers la petite courbure formant des arcs veineux qui recouvrent et masquent les arcs artériels satellites.

De ces arcs naissent :

1° La veine coronaire stomachique. — **A.** Pour les classiques : satellite de l'artère du même nom. Naît près du pylore par deux branches, remonte le long de la petite courbure ; au cardia, elle chemine dans l'épaisseur de l'épiploon gastro-hépatique pour se jeter dans la veine porte, près de l'extrémité inférieure de cette veine.

B. Pour les modernes avec Rio-Branco : même disposition jusqu'à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la petite courbure. Mais à ce niveau, la veine pénètre dans la faux de la coronaire (ou ligament profond de l'estomac) au-dessus de l'artère satellite, décrivant une courbe de plus grand rayon que celle-ci. Les ganglions lymphatiques formant la chaîne de la petite courbure, se continuent dans le ligament profond de l'estomac constituant le groupe de la faux, au-dessus de la veine. Dans les pylorectomies pour cancer, il faut, par conséquent, enlever les deux tiers inférieurs de la petite courbure et aller chercher les ganglions de la faux (Cunéo).

Arrivée au niveau du tronc cœliaque, la veine coronaire croise le tronc en passant sur son flanc droit, puis dans la plupart des cas, elle accompagne l'artère hépatique dans la faux de l'hépatique, pour atteindre avec cette artère le flanc gauche de la veine porte près de son origine. Quelquefois, la coronaire stomachique se jette dans la veine splénique, à la terminaison de la splénique.

2° La veine pylorique. — De volume inversement proportionnel à celui de la coronaire qu'elle peut suppléer.

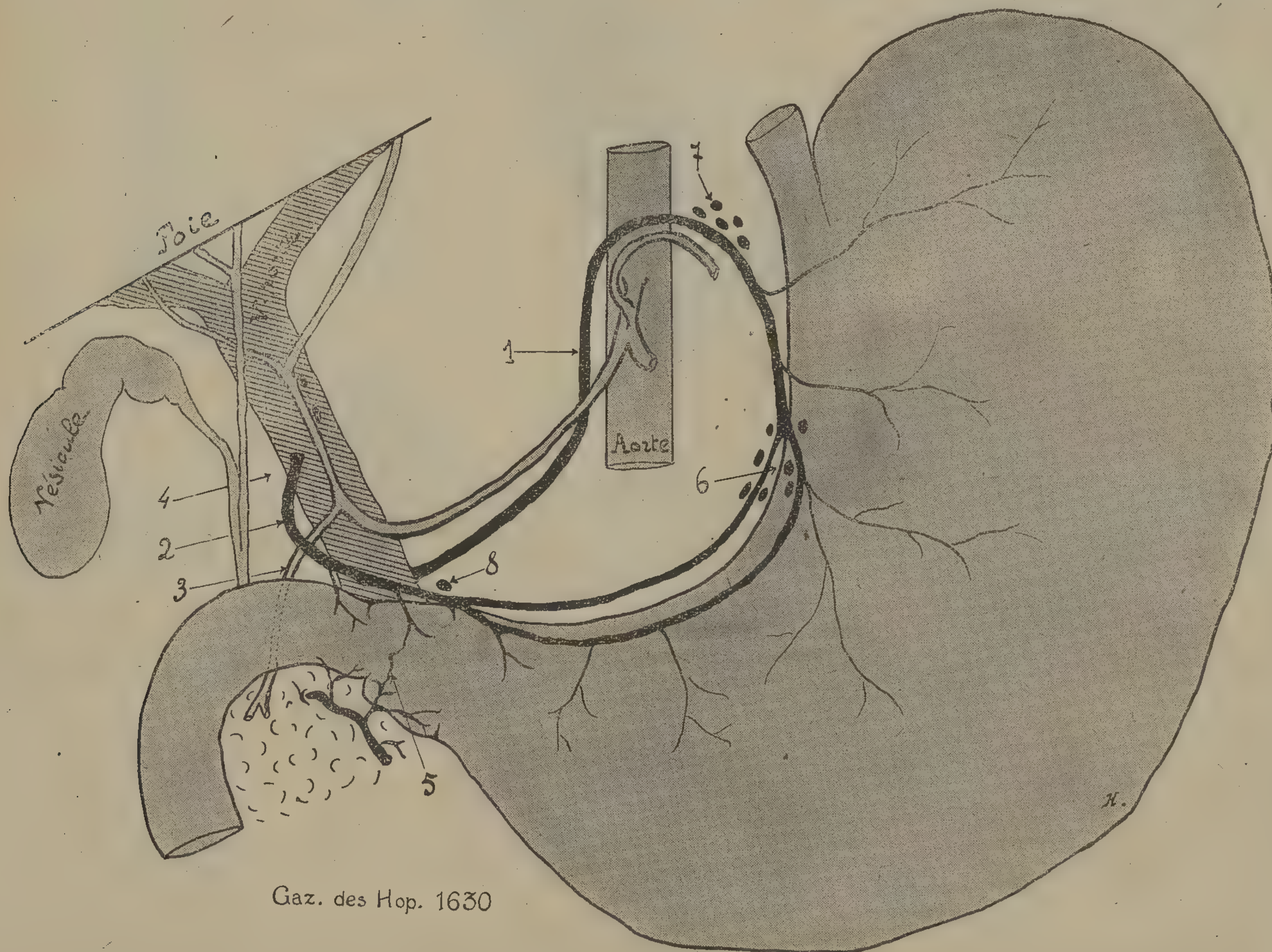
a. A son origine : Les rameaux sus-pyloriques qui la constituent peuvent s'anastomoser avec les rameaux sous-pyloriques tributaires de la gastro-épiploïque droite.

Cette anastomose, souvent unique, croise la face antérieure du pylore, c'est la « pyloric vein » de Mayo.

Les auteurs américains ont voulu faire de cette veine, la limite du duodénum et du pylore. Mais ce repère est trop inconstant dans son siège comme dans sa constitution, il ne peut servir à reconnaître le siège du pylore.

b. Dans son trajet, elle suit, de gauche à droite, le bord supérieur du pylore et du bulbe duodénal, croise la face antérieure de l'artère gastro-duodénale dans l'aire du triangle interportocholédocien, puis après un trajet ascendant, elle se jette dans la face antérieure de la veine porte à sa partie moyenne.

Au-dessus d'elle, au niveau du pylore, se trouve un ganglion inconstant sus-pylorique indépendant du groupe de la petite courbure, les vaisseaux efférents de ce ganglion allant, en effet, à la chaîne lymphatique en suivant la veine pylorique



Veines de la petite courbure. — 1. V. coronaire stomachique. — 2. V. pylorique. — 3. Art. gastro-duodénale. — 4. Triangle interportocholédocien. — 5. « Pyloric vein. » — 6. Ganglions de la petite courbure. — 7. Ganglion de la faux. — 8. Ganglion sus-pylorique.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Dépliants-cartes de la route des Alpes de Nice a Evian. — La Compagnie P.-L.-M. vient d'éditer une collection artistique en six couleurs de six dépliants-cartes correspondant aux six étapes de ses services automobiles de la route des Alpes : 1° Nice-Barcelonnette; 2° Barcelonnette-Briançon ; 3° Briançon-Grenoble ; 4° Grenoble-Annecy ; 5° Annecy-Chamonix ; 6° Chamonix-Evian.

Chaque carte, placée sous couverture rehaussée de deux aquarelles représentant des vues de la région, comporte, en outre du kilométrage dans les deux sens et du profil de la route, l'indication des points caractéristiques : villages, cols, sommets, glaciers, etc. Les sommets et glaciers visibles de cette route sont repérés par des flèches de direction, de façon que le voyageur puisse se rendre facilement compte de leur situation :

Prix de vente : 2 fr. la carte, 10 fr. la pochette de six cartes dans les agences P.-L.-M., les bureaux de renseignements et bureaux de ville du réseau. Envoi par poste recommandé sur demande adressée à l'agence P.-L.-M., 88, rue Saint-Lazare, à Paris, ou au service de la publicité de la Compagnie P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, à Paris, et accompagnée de la somme de : 2 fr. 40 par carte, 10 fr. 85 par pochette de six cartes pour les expéditions à destination de la France; 2 fr. 45 par carte, 11 fr. 05 par pochette de six cartes pour les expéditions à destination de l'étranger.

Le Direct^r-gér^t : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. G^le D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 26 octobre. — MM. Heuyer, 18; Paraf, 18,45; Kindberg, 18.

Séance du 28 octobre. — MM. François, Schulmann et A. Weill, 18,63; Bith, 18,54.

— La Réunion de la Commission chargée d'établir la liste d'aptitude pour les places de chefs de laboratoire de bactériologie des hôpitaux se réunira le lundi 11 décembre 1922, à seize heures et demie, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

MM. les docteurs en médecine et docteurs ès sciences, désireux de soumettre leurs titres à l'examen de la Commission, devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, tous les jours (les dimanches et jours de fêtes exceptés), de quatorze à dix-sept heures, du lundi 20 novembre 1922 au samedi 2 décembre inclusivement.

— Un concours pour la nomination à la place de médecin de l'hôpital d'Enfants de San-Salvadour (Var) sera ouvert le lundi 4 décembre 1922, à quatorze heures, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 13 novembre au mercredi 22 novembre 1922 inclusivement, de quatorze à dix-sept heures, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé.

— Concours de l'externat. — **Pathologie.** — Séance du 26 octobre. — Question donnée : « Technique des autopsies des cavités thoracique et cranienne. »

MM. Deléage, 8; de Ginestet, 14; Deliencourt, 15 1/2; Fredet, 17; Fromont (Marcel), 8; Mlle Dubois, 10; MM. Dreyfus, 12 1/2; Fournier, 18; Dinichert, 15; Gay, 16; Derancourt, 15; Forgeois, 13; Desprès, 12; Desormeaux, 15; Giroud, 13 1/2; Gasné, 15; Gavois et Farre, 16.

Anatomie. — Séance du 26 octobre. — Question donnée : « Parois osseuses des fosses nasales. »

MM. Rouquès, 15; Poumeau-Delille, 16; Querneau, 17 1/2; Schatz, 16; Rouart, 13; de Sèze et Pompanon, 17; Rudolf, 18; Mlle Pissot, 10; MM. Stafler, 13 1/2; Priollet, 16; Plessier, 18; Schmidt, 13 1/2; Redaud, 15; Racine, 19; Sevestre, 15; Signeux, 10; Samitca, 16; Rivoire et Regner, 17.

Séance du 27 octobre. — Question donnée : « Artère carotide externe sans les branches terminales. »

Mlle de Stankierviez, 13; MM. Roquejeoffre, 10; Attal, 16; Stéhelin, 18; Lelièvre, 14; Mlle Skwirsky, 15; Mme July, 19; MM. Rogier, 16; Sassier, 15; Schapiro, 12; Mlles Wertheimer (Marthe), 14; Wolff, 18 1/2; MM. Trubert, 10; Tortat, 14 1/2; Vezoux, 12; Stérin, 17; Mlle Wertheimer (S.), MM. Zitzermann, 14 1/2; Terme, 12.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un concours pour l'emploi d'inspecteur départemental des services d'hygiène et de la santé publique du Gers aura lieu à Paris dans la deuxième quinzaine de janvier 1921. (*J. O.*, 27 oct. 1922.)

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE. (Professeur : M. A. Chauffard.) — M. le professeur Chauffard commencera son enseignement clinique à l'hôpital Saint-Antoine, le lundi 6 novembre 1922.

Sa première leçon aura lieu à l'amphithéâtre de la clinique le vendredi 17 novembre, à 10 h. 1/2, et les leçons suivantes auront lieu dans le même amphithéâtre, à la même heure, le vendredi avec présentations de malades.

Tous les matins, à 9 h. 1/2, visite dans les salles et examen des malades au point de vue de l'établissement du diagnostic et des indications thérapeutiques.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU. (Professeur : M. A. Gilbert; agrégé : M. Maurice Villaret.

Enseignement et exercices techniques de laboratoire (à l'amphithéâtre Bichat, tous les jeudis, à 9 heures) avec l'aide de M. Henri Bénard, chef du laboratoire de bactériologie; Mlle Tissier, chef du laboratoire d'anatomie pathologique; M. Deval, chef du laboratoire de chimie; M. Paul Descomps, ancien chef de laboratoire.

Au début des leçons sera faite une présentation des cultures et préparations se référant aux malades ayant été l'objet de l'enseignement clinique antérieur.

Les élèves seront exercés individuellement aux manipulations de laboratoire dans des locaux spécialement installés pour cet usage (laboratoire des exercices techniques).

HOPITAL SAINT-ANTOINE. (Service de gastrologie du docteur Félix RAMOND.) — UNE SEMAINE DE GASTROLOGIE A L'USAGE DES MÉDECINS PRATICIENS. — Du 6 au 12 novembre, le docteur Félix Ramond, assisté des docteurs Borrien, Jacquelin, Lévy et Parturier, fera, matin et soir, une série de conférences cliniques et thérapeutiques sur les principales affections gastriques, avec travaux pratiques (tubage, chimisme, radiologie, etc.).

L'assistance aux conférences est gratuite; le droit aux travaux pratiques est de 100 fr. Se faire inscrire auprès du docteur Jacquelin, à l'hôpital Saint-Antoine.

HOPITAL LAENNEC. — ENSEIGNEMENT PRATIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le docteur Henri Bourgeois, chef de service, commencera le mercredi 15 novembre, à dix heures, une série de dix-sept leçons sur les maladies des fosses nasales, du rhino-pharynx et des sinus, avec la collaboration de MM. Ameuille, médecin des hôpitaux; Baldenweck et Le Mée, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux; Maingot, chef du laboratoire de radiologie de l'hôpital Laënnec; André Bloch, Vernet, Tarneaud, assistants du service. Le cours aura lieu les lundis, mercredis, vendredis, à dix heures, et comprendra :

1° Une consultation expliquée, d'une heure, pendant laquelle les élèves assisteront à l'examen des malades et seront exercés individuellement aux techniques cliniques spéciales;

2° Une leçon théorique, les mêmes jours, à onze heures.

Les mardis, jeudis, samedis, les élèves pourront assister aux interventions pratiquées dans le service. Ils seront admis, sur leur demande, à continuer à y travailler ultérieurement. Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs à la fin du cours.

S'inscrire à l'hôpital Laënnec auprès de M. André Bloch, assistant du service oto-rhino-laryngologique. Droit d'inscription : 150 francs (75 francs pour les auditeurs des cours précédents).

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — ENSEIGNEMENT OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — Sous la direction de M. Georges Laurens, chef du service, et avec le concours de ses assistants MM. Hubert et Girard, le fonctionnement du service est organisé de la façon suivante à partir du 1er novembre 1922 : Consultations : mardi, jeudi, samedi à 10 heures. — Opérations : vendredi 10 heures. — Petites interventions : lundi et mercredi à 10 heures. — Pansements : tous les matins à 9 h. 1/2.

Enseignement. — Deux cours cliniques seront faits à partir du mardi 14 novembre : 1° un cours élémentaire en neuf leçons à l'usage des médecins et des étudiants désirant acquérir les principes indispensables en oto-rhino-laryngologie; 2° un cours de technique oto-rhino-laryngologique en trente leçons pour les médecins désirant se spécialiser.

I. *Cours élémentaire.* — Le cours élémentaire commencera le mardi 14 novembre et finira le samedi 2 décembre. — Les leçons auront lieu les mardi, jeudi, samedi à 9 heures.

Ce cours aura un but essentiellement pratique et aura surtout en vue le diagnostic et le traitement des cas les plus fréquents dans la pratique quotidienne. Chaque séance comprendra : 1° un bref aperçu théorique avec schéma, dessins, pièces osseuses; 2° des exercices sur des appareils fantômes; 3° l'assistance à la consultation avec présentation de malades.

Droit d'inscription : 60 francs.

II. *Cours de technique oto-rhino-laryngologique en trente leçons.* — Ce cours commencera le mardi 5 décembre, les cours auront lieu le mardi, jeudi, samedi à 9 heures.

Droit d'inscription : 150 francs.

Le programme détaillé des cours est affiché dans le service.

Le nombre des places est limité à dix dans chaque cours.

Se faire inscrire dans le service du docteur Georges Laurens, le matin à l'hôpital Saint-Joseph auprès des assistants.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

BAIL A LOYER. PROROGATION

PROFESSEUR HONORAIRE AU MUSÉUM; PROFESSION D'ARBITRE ET D'EXPERT EXERCÉE DANS L'APPARTEMENT. DROIT A LA PROROGATION DE CINQ ANS. LOI DU 31 MARS 1922.

Il résulte des dispositions de l'article 3 de la loi du 31 mars 1922, portant que « sont réputés locaux à usage professionnel ceux dans lesquels les locataires exercent effectivement leur art ou leur profession, » qu'une présomption est établie en faveur du locataire et ne peut disparaître que par la preuve contraire administrée par le propriétaire. Ce principe a été consacré par la Commission supérieure de Cassation dans un arrêt du 29 juillet 1922; elle déclare :

« Vu l'article 3 de la loi du 31 mars 1922,

Attendu qu'aux termes de cette disposition, sont réputés locaux à usage professionnel au sens de l'article 56 de la loi du 9 mars 1918, les locaux dans lesquels les locataires exercent effectivement leur art ou leur profession;

Attendu que S... M..., professeur honoraire au Muséum, prétendait d'après les qualités de la sentence attaquée, qu'il avait droit à la prorogation professionnelle pour les locaux aménagés à cet effet où il exerce comme publiciste et comme arbitre et expert devant les tribunaux;

Attendu que, pour refuser cette prorogation, la sentence attaquée déclare que le locataire, âgé de quatre-vingts ans, ne fait pas la preuve que le locataire ait entendu louer pour l'exercice d'une profession, ni que l'appartement ait reçu une destination professionnelle; que le fait de son inscription sur la liste des experts et arbitres devant les tribunaux n'a pas été invoqué par S... M... lors de l'audience de conciliation; que le fait qu'il aurait sur sa table une vingtaine de dossiers correspondant à autant de missions reçues de diverses juridictions et le mettant en rapport chez lui avec le public des plaideurs a été affirmé pour la première fois à l'audience de compétence; que c'est au Muséum d'histoire naturelle que S... M... a encore son laboratoire d'après une note manuscrite remise à la Commission arbitrale; que, si S... M... a des bibliothèques spéciales à domicile, ce fait ne l'a pas empêché d'introduire dans son appartement à des prix largement rémunérateurs des sous-locataires étrangers à ses occupations scientifiques;

Mais attendu qu'en s'appuyant sur ces diverses constatations, la Commission arbitrale a interverti l'ordre de la preuve; qu'en effet, aux termes de l'article 3 de la loi du 31 mars 1922, applicable à la cause par suite de son caractère rétroactif, S... M... bénéficiait d'une présomption qu'il incombait au bailleur de détruire; qu'ainsi S... M... justifiant de sa qualité professionnelle non contestée (il n'est plus professeur) et de l'existence de dossiers afférents à cette qualité, prouvait qu'il exerçait effectivement dans les locaux; que, si la sentence prétend qu'il a conservé son laboratoire au Muséum (circonstance d'ailleurs sans antinomie avec l'exercice dans les locaux), cette affirmation ne se base que sur une note manuscrite dont la provenance n'est pas indiquée; qu'enfin la circonstance de sous-location non interdite reste sans influence sur la prorogation. »

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

Par MM. CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

GREFFES ET CULTURES DE TISSUS

Résultats éloignés de l'homotransplantation cornéenne. (A. EBELING et A. CARREL. *Journ. of exp. med.*, 1er nov. 1921.) — La transplantation homoplastique de la cornée a été souvent tentée, mais presque toujours sans succès. Cependant lorsque l'opération est pratiquée dans des conditions convenables, le fragment greffé peut garder sa transparence et prendre la courbure normale de la cornée. C'est ce qu'a démontré Zirm dans le cas suivant : Ayant réséqué un leucome, il combla la perte de substance avec un fragment de cornée normale prélevé sur l'œil énucléé d'un enfant ; environ un an après le malade voyait à travers la partie greffée. Ainsi, quoique transplanté en tissu cicatriciel, le fragment de cornée avait gardé sa transparence. Néanmoins, ce cas constitue une exception parmi d'innombrables échecs dus peut-être uniquement à une mauvaise technique. Les auteurs ont donc voulu rechercher la technique la meilleure pour que la greffe cornéenne devienne une opération régulière.

Ils ont expérimenté sur le chat. Le fragment de cornée extirpé avait une forme rectangulaire et mesurait 6 sur 8 millimètres extérieurement, 4 sur 6 du côté de la chambre antérieure. Une ouverture analogue ayant été pratiquée sur la cornée choisie pour la greffe, le transplant, qui entre temps avait été conservé dans de l'huile d'olives stérile, y fut placé et fixé par six points à la soie, quatre aux angles, deux sur les grands côtés du rectangle, chaque point ne traversant que les plans superficiels des parties affrontées.

Les résultats furent parfaits : deux ans après l'opération, la cornée transplantée était parfaitement transparente et sensible.

P. C. G.

L'endothélium dans les cultures de tissu. (Warren H. LEWIS. *Amer. Journ. of anat.*, janv. 1922, vol. XXX, p. 39.) — Les cultures sont faites de la manière courante dans le milieu de Locke-Lewis. Le matériel d'étude consiste en un foie d'embryon de poussin de sept jours. Les deux types de cellules hépatiques et endothéliales se développent vers le couvre-objet d'une façon caractéristique. L'endothélium forme un reticulum lâche de cellules allongées plus ou moins adhérentes entre elles par leurs extrémités et leurs prolongements. L'aspect de ce reticulum est variable, mais les prolongements cellulaires ne sont pas si abondants que dans les cellules mésenchymateuses multipolaires. A la périphérie et aussi comme forme de dégénérescence, les cellules s'isolent quelquefois complètement les unes des autres. Dans les cultures jeunes les mitochondries ont surtout la forme de filaments avec un nombre variable de bâtonnets et de grains. A mesure que les cultures vieillissent, les mitochondries tendent à se déplacer radialement à partir du centriole et de la centrosphère en voie d'accroissement et aussi à se fragmenter en bâtonnets et grains. Les vacuoles et les grains qui présentent une affinité marquée pour le rouge neutre (grains de dégénérescence) s'accumulent graduellement dans les cellules et présentent une tendance à s'agglomérer autour du centriole et de la centrosphère. Les cellules binucléées sont communes. Dans les cultures plus vieilles qui montrent des troubles de dégénérescence, les noyaux deviennent souvent irréguliers avec des dentelures et se divisent en plusieurs noyaux plus petits. L'ectoplasme montre des fibrilles longitudinales analogues à celles des fibres musculaires lisses après fixation. Ces fibrilles ne peuvent être vues dans la cellule vivante.

P. C. G.

GLANDES ENDOCRINES

Expérimentation de thyroïde et de glande interstitielle sur des gallinacés. (Ch. OUY-VERNAZOBRES. *Revue franç. de gyn. et d'obst.*, déc. 1921, p. 645.) — L'auteur rappelle d'abord les nombreux travaux qui ont démontré l'action du corps thyroïde sur le développement et celle des glandes sexuelles sur les caractères sexuels secondaires. Si discutables que soient encore les conceptions physiologiques touchant l'efficacité des produits endocriniens employés en thérapeutique, on ne peut refuser aux extraits de thyroïde ou de glande interstitielle une action très nette. Aussi l'auteur a-t-il étudié les effets de ces deux glandes sur le développement des poussins, à l'aide de comprimés et des lipoïdes d'Iscovesco andocrinol et thyrol.

Les doses ont été de 0,05 de thyroïde pour des poussins de 200 grammes, de 0,10 au bout de trente jours de traitement pour un poids de 800 grammes à 1 kilogramme, enfin de 1 gramme de lipoïdes pour 1 kilogramme à 1kg500. L'extrait interstitiel a été administré à la dose de 0,12 puis de 0,25 et sous la forme de lipoïdes à la dose de 1 gramme.

Les sujets d'expérience ont été choisis dans les races Leghorn dont les plumes et la crête poussent vite et Gâtinaise qui s'emplume péniblement et a des crêtes lentes.

Une remarque intéressante doit être faite. Les expériences ayant porté sur des poussins dont le sexe est difficile à reconnaître, des erreurs ont été commises si bien que parfois de la glande interstitielle a été donnée à des poulettes prises au début pour des coqs. Il y a lieu de comparer cette expérience involontaire avec celle de Pézard greffant un testicule sur une poule ovariotomisée.

De son étude expérimentale l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Les gallinacés tolèrent des doses énormes d'extrait thyroïdien et d'extrait d'interstitielle administrés par la voie gastrique.

2° L'état de santé des sujets est resté excellent et il semble que l'extrait thyroïdien ait hâté l'emplumement.

3° L'extrait d'interstitielle a provoqué la sortie de la crête chez les mâles et chez les femelles. Il a accentué la rubescence des organes érectiles chez les poulettes. Pour qu'une hormozone agisse sur un animal de sexe opposé, il n'est donc pas nécessaire — comme le dit Pezard — que cet animal ait été neutralisé.

4° Contrairement à ce qu'avait observé Iscovesco chez le lapin, l'extrait d'interstitielle, chez le coq, n'augmente pas le volume de l'organe.

P. C. G.

La rate envisagée comme glande à sécrétion interne. (Mlle L. STERN. Communication à la Société médicale de Genève. In *Revue suisse de méd.*, 21 juin 1922, n° 25.) — L'auteur a découvert dans le parenchyme splénique une substance douée de propriétés physiologiques intéressantes à laquelle il a donné le nom de « liénine ». Peut-être est-ce là l'hormone de la rate que d'aucuns considèrent depuis longtemps comme une glande à sécrétion interne.

En collaboration avec E. Rothelin et G. de Mornier, des expériences ont été faites chez les animaux, notamment le chien, le chat et le lapin. La splénectomie a été suivie d'une diminution du pouvoir hypertonisant du sang et d'une altération notable du tonus normal des fibres musculaires lisses. Ces variations physiologiques s'expliqueraient par la suppression dans l'organisme de la « liénine » consécutive à l'extirpation de la rate.

Les recherches ayant trait à l'origine de la diminution du pouvoir hypertonisant du liquide sanguin n'ont rien donné jusqu'ici de précis.

La diminution du tonus des fibres musculaires lisses a été étudiée indirectement par l'examen de l'action de l'adrénaline. Une dose donnée de ce produit a été injectée chez le même animal avant et après la splénectomie. Il est curieux de noter que les résultats observés ont été très différents suivant l'espèce animale considérée. Chez le chien et le chat, la sensibilité à l'adrénaline n'a pas été modifiée d'une façon appréciable. Chez le lapin, au contraire, il a fallu employer des doses très élevées d'adrénaline pour obtenir une élévation de pression qu'on atteignait avant l'intervention avec des doses très minimes.

Si l'on se contente de faire l'ablation de la rate, sans injecter d'adrénaline, on se rend compte que l'opération ne modifie en rien la pression sanguine.

Pour expliquer ces deux phénomènes en apparence contradictoires, l'auteur recourt à l'hypothèse suivante : L'extirpation de la rate supprime nécessairement la « liénine », mais provoque une suractivité transitoire de toutes les glandes endocrines, des surrénales en particulier. Comme il y a de ce fait une plus grande quantité d'adrénaline en circulation, la tension sanguine demeure normale ; mais si l'on essaie d'élever cette tension à un niveau déterminé, il est nécessaire d'injecter une plus grande quantité d'adrénaline qu'il n'en fallait pour obtenir le même résultat avant toute intervention.

D'autres expériences sont en cours qui tendent à éclairer certains des phénomènes si complexes de cette physiologie endocrinienne. DARIAU.

SYSTÈME NERVEUX

Les fibres nerveuses qui entrent dans la constitution des nerfs périphériques et des racines. (J. N. LANGLEY. *Journ. of physiol.*, 21 juillet 1922, vol. LVI, p. 382.) — Voici les conclusions de cet important travail :

1° Les nerfs cutanés contiennent beaucoup de fibres amyélinées, les nerfs des muscles du squelette en contiennent peu. Ce fait n'est pas en faveur de la théorie qui veut que les fibres amyélinées aient d'importantes connexions avec les fibres des muscles striés.

2° Les racines antérieures des nerfs rachidiens se distinguent des postérieures en ce qu'elles contiennent une proportion relativement élevée de fibres de 13 μ et plus de diamètre et un nombre relativement faible de fibres de 7-5 à 11 μ environ. Les régions où ces différences sont le plus marquées sont les régions cervicale basse et lombaire basse.

3° Les différents filets radiculaires présentent une constitution variable, les uns ont beaucoup de petites fibres — jusqu'à environ 6 μ — et les autres très peu. L'arrangement des fibres dans les faisceaux dépend surtout de leur nombre.

4° Il n'y a que très peu de fibres amyélinées — et probablement aucune — entrant dans la moelle par les racines postérieures.

5° Dans les racines postérieures des nerfs dont les racines antérieures ont des fibres non autonomes, il y a un nombre considérable de fibres d'environ 5 μ de diamètre avec un nombre moindre de fibres de 3 μ. Dans les racines postérieures des nerfs dont les racines antérieures ont des fibres autonomes, le nombre des fibres de 3 μ est très augmenté, mais non celui des fibres de 5 μ. Il est vraisemblable que, dans toutes les racines postérieures, les fibres de 3 μ sont celles des muscles lisses et des glandes.

6° Les racines antérieures des nerfs qui contiennent des fibres non autonomes ont des fibres du même calibre que les plus grosses fibres autonomes préganglionnaires (3-8 à 4 μ), mais elles en ont extrêmement peu qui soient du calibre des plus minces fibres autonomes (2 à 3 μ).

7° Un facteur important quant à la détermination du calibre des fibres nerveuses est la nature du tissu auquel elles se rattachent. P. C. G.

APPAREIL PULMONAIRE

Le métabolisme des graisses. Lipopexie et lipodiérèse pulmonaires. (H. ROGER et L. BINET. *Presse méd.*, 1er avril 1922, p. 277.) — Les graisses neutres qui résultent de la digestion intestinale, véhiculées par les chylifères et le tronc lymphatique sont déversées dans le sang de la veine sous-clavière gauche et franchissant le cœur droit sont lancées dans la petite circulation. On peut se demander « si le poumon n'agit pas sur les graisses comme le foie agit sur les albumines et les sucres ». Pour répondre à cette question, l'expérience la plus simple consiste à doser les graisses comparativement dans le sang des artères et dans celui des veines pulmonaires.

Pratiquement, l'auteur a recueilli le sang du cœur droit par une sonde introduite à travers la jugulaire externe et le sang de l'artère fémorale, sur des chiens ayant fait quatre heures plus tôt un repas riche en matières grasses. Les graisses presque toujours dosées par la méthode de Kumagawa étaient diminuées dans l'artère en moyenne de 9,8 p. 100. On en peut donc conclure que le poumon exerce une action *lipopexique*. D'autre part, il y a aussi une lipopexie hépatique comme le prouvent entre autres les travaux de Noël et de Drosdoff, et une fixation des graisses dans le tissu conjonctif et dans les muscles selon Terroine et Jeanne Weill.

Mais que deviennent les graisses qui se sont déposées dans les différents tissus? Elles sont détruites avec une activité plus ou moins grande selon les tissus. L'auteur a étudié cette destruction à laquelle il a donné le nom de *lipodiérèse* en dosant les graisses contenues dans les organes avant toute fermentation et après action de la diastase propre à l'organe pendant dix-huit heures, à 38 degrés. Les organes qui détruisent le plus activement les graisses sont le foie, le poumon et les ganglions mésentériques. D'ailleurs, en ce qui regarde le poumon, Gilbert et Jomier ont décrit dans les alvéoles des cellules à graisse qui, d'après Granel, ont tous les caractères de cellules glandulaires et dont Guieyesse-Pellissier et Fauré-Frémiet ont étudié l'origine, l'évolution et les propriétés histochimiques,

L'auteur s'est demandé si la graisse, comme le sucre, ne disparaîtrait pas du sang conservé hors de l'organisme. Ses recherches lui ont montré que la lipodiérèse constante et plus ou moins marquée dans le sang artériel était à peu près nulle dans le sang veineux. Ceci tient en partie, mais en partie seulement, à la présence de l'oxygène, car la destruction des graisses est avant tout un phénomène diastasique provoqué dans le sang par un ferment des hématies.

Ainsi le poumon, plus peut-être par sa position anatomique que par l'activité de son ferment lipodiérétique, joue le rôle principal dans la destruction des matières grasses. Et c'est une de ces *fonctions internes* de l'organe que nous commençons seulement à connaître.

P. C. G.

Les terminaisons des bronchioles humaines. (Herbert G. WILLSON. *Amer. Journ. of anat.*, mai 1922, vol. XXX, p. 267, 9 fig.) — En s'aidant de coupes sériées, l'auteur est arrivé à construire en cire deux modèles, négatifs de bronchioles amplifiées de 100 diamètres, l'une d'adulte, l'autre d'enfant et représentant la bronchiole avec ses rameaux dont quelques-uns figurés jusqu'à leur terminaison. Voici les faits les plus importants que cette étude a mis en évidence :

Les ramifications des bronchioles respiratoires présentent une disposition beaucoup plus complexe, irrégulière, enchevêtrée qu'on ne le dit généralement. Le mode de division des bronchioles est dichotomique jusqu'au voisinage de la terminaison et là la division devient irrégulière. L'espace sphérique ou « atrium », qu'a décrit Miller, n'existe pas. Il n'y a pas normalement de communications directes entre les alvéoles adjacentes. Les bronchioles ne diminuent pas de diamètre en approchant de la périphérie, elles conservent un calibre uniforme jusqu'à l'infundibulum, lequel d'ailleurs est généralement plus large que le canal auquel il se rattache. La règle de Water, selon laquelle les plans des dichotomies successives se coupent l'un l'autre à angle droit, se vérifie exceptionnellement. Le poumon de l'enfant a une structure aussi compliquée que celui de l'adulte. L'étendue en surface de l'épithélium pulmonaire respiratoire et non respiratoire, dans une inspiration profonde ordinaire, ne dépasse pas 70 mètres carrés.

P. C. G.

APPAREIL DIGESTIF ET ABDOMEN

L'estomac normal. (LEBON et COLOMBIER. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, juillet 1922, t. VI.) — Les auteurs donnent une étude radiologique très complète de l'anatomie et de la physiologie normales de l'estomac. Voici résumées leurs constatations les plus importantes :

L'estomac du nourrisson, avec son axe oblique de haut en bas et de gauche à droite, rappelle la forme cornemuse que les anciens anatomistes décrivaient comme forme normale de l'estomac de l'adulte.

L'estomac normal de l'adulte, au contraire, est situé verticalement dans la cavité abdominale, à gauche de la ligne médiane, et il affecte, dans la très grande majorité des cas, la forme d'un J majuscule.

Le pylore se trouve situé sur la ligne horizontale passant par le disque intermédiaire aux IIIe et IVe vertèbres lombaires, et il correspond suivant le type d'estomac normal auquel il appartient, soit à la ligne médiane, soit à l'une des deux lignes parasternales.

Le bas-fond d'un estomac normal ne descend pas au-dessous de la ligne qui réunit les sommets des deux crêtes iliaques, quelle que soit la réplétion de l'estomac.

Les contractions normales sont indolentes ; leur rythme est d'environ trois contractions par minute et elles s'éveillent dès l'arrivée du repas dans le bas-fond de la cavité stomacale. Un estomac normal ne révèle sa présence par aucun signe douloureux, « il n'est pas senti ».

Les dimensions de l'image radiologique d'un estomac normal sont telles que cette image puisse être inscrite dans un rectangle délimité ainsi sur la paroi abdominale : en haut, la ligne diaphragmatique ; en bas, la ligne bisiliaque ; à gauche, la ligne mammaire gauche, et enfin à droite, la ligne médiane ou une des deux lignes parasternales.

En attendant que les radiologistes se soient mis d'accord pour un repas-type, un tel estomac, pour être normal, devra évacuer, en moins de deux heures et demie, un lait opaque de 300 centimètres cubes composé par parties égales (en poids) de gélobarine et d'eau froide. P. C. G.

Les angles coliques chez le fœtus et le nouveau-né. (P. DESCOMPS et R. DUCASTAING. *Revue de chir.*, 1922, n° 1, p. 30, 20 fig.) — Les auteurs pensent que l'étude anatomique du fœtus, souvent sacrifiée à celle de l'embryon, permet — tout au moins en ce qui regarde le tractus intestinal — de saisir des formes de passage dont la connaissance peut avoir une portée pratique. C'est dans cet esprit qu'ils ont étudié les angles coliques sur une cinquantaine de sujets, faisant dessiner d'après nature les dispositions observées et essayant d'interpréter leurs constatatious pour aboutir aux conclusions suivantes :

I. La fixation précoce du segment préduodénal du côlon oblique marque la véritable limite entre le côlon droit et le côlon transverse.

L'angle droit comprend le coude sous-hépatique et le coude préduodénal.

Le côlon transverse se réduit à l'anse gastro-colique mobile.

L'angle gauche est à la jonction de l'anse gastro-colique et du côlon descendant.

II. L'allongement du côlon et le volume du foie commandent la *morphologie* du côlon. Les sinuosités se développent en général aux dépens de l'anse gastro-colique mobile, mais parfois aux dépens des deux coudes sous-hépatiques et préduodénal de l'angle droit.

III. L'allongement du côlon et le volume du foie commandent la *topographie* du côlon. L'angle droit est moins élevé et plus superficiel que l'angle gauche refoulé en haut et en arrière dans le sinus réno-pariétal.

IV. La complexité des formations ligamenteuses n'est qu'apparente. On peut les répartir en trois plans : superficiel pariéto-colique, moyen viscéro-colique et profond.

Les ligaments ne sont que des « degrés ou des accidents de la coalescence ». L'étude des accolements permet de comprendre le fait capital qui est la fixité remarquable de l'angle splénique.

V. La fixation de l'angle splénique est normalement consécutive à celle du segment préduodénal de l'angle sous-hépatique, mais elle s'accroît de plus en plus au fur et à mesure que l'angle gauche s'enfonce dans le sinus rénopariétal.

VI. On peut trouver chez le fœtus :

1° Des dolichocôlons plus ou moins typiques. Ces flexuosités traduisent l'allongement rapide de l'intestin dans une cavité abdominale trop étroite ;

2° L'ébauche des adossements pathologiques dits en canon de fusil. P. C. G.

La forme réelle du segment cæco-appendiculaire de l'intestin. (G. MILHAUD. *Revue de chir.*, 1921, nos 7, 8, p. 451.) — L'anatomie descriptive du segment cæco-appendiculaire dont le type classique est bien connu, a été revue et corrigée depuis vingt ans par divers auteurs : Quénu et Heitz-Boyer, Grynfeltt et Delmas, Alglave dont les travaux servent de base à l'étude de Milhaud. Les recherches de ce dernier auteur ont porté sur vingt-sept sujets d'âge différents dont le cæco-appendice a été rempli d'une solution phéniquée et isolé par section et ligature du côlon ascendant et de l'iléon. Elles permettent de poser la définition suivante :

Le segment cæco-appendiculaire est une portion infundibulaire du gros intestin limitée en haut par un plan passant au-dessus de l'abouchement iléal, terminée en bas par une extrémité effilée, borgne, dont la situation extrêmement variable donne au canal cæco-appendiculaire une forme plus ou moins infléchie que l'apparition de bosselures tend encore à modifier.

Les formes variées du cæco-appendice qu'il convient maintenant de classer ne peuvent l'être, ainsi que l'ont fait Jonnesco, Charpy et Dieulafé, d'après l'âge du sujet car les types fœtal et infantile peuvent se rencontrer à tous les âges. Le classement doit être purement morphologique. Il tiendra compte de deux éléments : 1° l'angle de Quénu et Heitz-Boyer formé par la portion supérieure qui correspond à l'abouchement du grêle et la portion inférieure qui porte l'appendice ; 2° les bosselures.

Aussi peut-on décrire :

Un type infundibulaire pur (ancien type fœtal des auteurs), rare, dont l'angle d'inflexion dépasse 90 degrés et dans lequel l'appendice a une direction descendante.

Un type infléchi monolobé le plus fréquent, comprenant : *a.* le type classique dont l'angle de Quénu et Heitz-Boyer est égal à 90 degrés et l'appendice en situation préiléale, rétro-iléale ou descendante interne ; *b.* le type à angle de moins de 90 degrés qui n'est que l'exagération de la forme précédente, rétro-iléale.

Enfin un type à base évasée, rare, présentant un angle très ouvert et une configuration bi ou trilobée.

Dans tous les cas on peut retrouver la forme fondamentale infundibulaire, qui conduit du cæcum dans l'appendice par diminution progressive du calibre. P. C. G.

Sur la fonction motrice de l'intestin. (SÉGALE. *Arch. ital. di chir.*, oct. 1921, vol. IV, p. 101 à 164.) — Dans ce très important mémoire consacré surtout à l'étude des mouvements antipéristaltiques, l'auteur passe d'abord en revue les travaux antérieurs sur la question, puis il relate ses propres expériences.

Celles-ci pratiquées sur l'intestin grêle ont consisté à inverser le sens d'un segment intestinal à l'aide de la technique suivante qui a pour avantage de ne pas tordre de 180 degrés le segment choisi : on dispose une anse en anneau, on en réunit les deux bouts au point de croisement par deux anastomoses légèrement distantes et on coupe ces deux bouts ou on les lie entre les deux anastomoses. Ainsi le contenu intestinal, pour progresser, doit cheminer au contraire du sens normal. Sur neuf chiens le segment inversé avait 30 à 50 centimètres. Sur trois chiens et un singe il comprenait la plus grande partie de l'intestin grêle.

Les animaux dont l'anse inversée est courte peuvent survivre un temps assez long, de trois à six mois. Après une période exempte de troubles graves, ils dépérissent progressivement jusqu'à la mort.

A l'examen radiologique on voit le bout afférent et la partie voisine de l'anse inversée partiellement obstruée d'abord, dilatée ensuite, on remarque en outre que l'onde péristaltique continue à se propager dans le sens initial malgré l'inversion.

A l'autopsie la dilatation qui porte sur l'anastomose supé-

rieure et sur les parties voisines de l'intestin forme un gros sac où se trouvent accumulés des corps étrangers et des matières solides. L'intestin dilaté est hypertrophié. Dilatation et hypertrophie montrent la lutte des deux forces péristaltiques opposées.

Ces résultats concordent avec ceux qu'ont obtenus les autres expérimentateurs mais ils ne sont pas toujours interprétés de même façon, car pour certains, la survie même limitée serait une preuve de l'antipéristaltisme dans l'anse inversée.

Or cette survie s'explique autrement. Il est incontestable en effet que les matières liquides ou molles peuvent franchir l'anse inversée, poussées par les mouvements du bout proximal, tandis que les substances solides en arrivant dans cette anse inversée y déterminent un péristaltisme beaucoup plus fort qui les arrête sur place ou les fait revenir en amont. Ainsi leur accumulation en un même point finit-elle par amener, après dilatation, une véritable obstruction de l'intestin. C'est par cette analyse des phénomènes dont l'intestin en expérience est le siège qu'on peut comprendre la survie aussi bien que le dépérissement progressif et la mort de l'animal. En somme il n'y a pas d'adaptation fonctionnelle de l'anse retournée se traduisant par des mouvements antipéristaltiques

Quant à l'inversion subtotale, c'est-à dire portant sur tout l'intestin grêle moins une partie du duodénum et les derniers centimètres de l'iléon, elle cause si rapidement la mort qu'il n'y a pas lieu de discuter à son sujet la question de l'antipéristaltisme.

P. C. G.

Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen. Tome I. *Région thoraco-abdominale.* Tome II, *Région sous-thoracique de l'abdomen.* (R. GRÉGOIRE, 75 et 76 fig. Librairie J.-B. Baillière et fils.) — Si l'anatomie descriptive est parfaitement définie quant à son objet et à sa méthode, l'anatomie appliquée — qu'on l'appelle topographique ou médico-chirurgicale — paraît avoir des limites beaucoup moins précises et laisser à celui qui l'enseigne ou l'expose une bien plus grande liberté. Cette liberté n'a guère été jusqu'ici qu'un choix des proportions dans lesquelles sont combinés les deux ordres de connaissances : anatomique et médico-chirurgical. La balance penche dans le sens où l'inclinent les tendances propres de l'auteur. Et cet arbitraire fait que le résultat n'est pas toujours heureux. Le livre de Grégoire nous montre au contraire que l'anatomie appliquée peut être une science vraiment homogène. Ici les notions théoriques et pratiques ne sont pas simplement juxtaposées ou artificiellement enchaînées les unes aux autres. Elles forment un tout cohérent et équilibré parce que ce sont les applications elles-mêmes qui déterminent la forme, le plan de cette anatomie, qui la remanient de façon à lui donner l'aspect même sous lequel elle se présente au clinicien et à l'opérateur et doit être connu d'eux. Grégoire, qui est à la fois anatomiste et chirurgien, a su fort heureusement ne pas se dédoubler. En outre son anatomie présente une autre qualité qui n'est d'ailleurs que le corollaire de la précédente. Elle est aussi vivante qu'il est possible, en ce sens particulier qu'elle complète ou corrige les données cadavériques, toutes les fois qu'il y a lieu, par les résultats des méthodes modernes d'exploration clinique comme la radiologie.

Il serait difficile et trop long de donner de cet ouvrage très clairement et agréablement écrit, riche — sans excès — de documents et d'observations très souvent personnels, une analyse qui ne soit pas une simple énumération de chapitres. Il vaut mieux en conseiller la lecture à tous ceux qui, apprenant ou exerçant la médecine ou la chirurgie, ont besoin de bien connaître l'anatomie pratique de l'abdomen.

P. C. G.

APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

Recherches endoscopiques sur le fonctionnement du col vésical et les rétentions incomplètes. (L. PHÉLIP. *Lyon chir.*, mars-avril 1922, t. XIX, p. 171.) — Voici un nouvel exemple du parti important que la physiologie comme l'anatomie peut tirer des nouveaux moyens d'investigation clinique. C'est à l'aide de la cystoscopie que Phélip a pu étudier avec précision l'évacuation de la vessie et le fonctionnement du col. Ses constatations, qu'il expose en détail, lui ont permis de résumer ainsi les phénomènes de l'évacuation vésicale :

1° Accolement des parois vésicales l'une contre l'autre ;

2° Contraction du trigone et abaissement de la partie antérieure de ce dernier ;

3° Ouverture du sphincter par écartement des parois latérales et abaissement du plancher ;

4° Raccourcissement de la longueur de l'urètre sus-montanal.

Il s'ensuit que tout ce qui empêche les mouvements de se produire a comme conséquence des modifications de la miction qui peuvent aller de la pollakiurie ou de la dysurie jusqu'à la rétention absolue en passant par toutes les variétés de rétentions incomplètes.

P. C. G.

Descente du cordon spermatique avec descente incomplète du testicule. (Arnold K. HENRY. *Brit. Journ. of med. sc.*, sept. 1922, p. 317.) — Le gubernaculum s'insère non seulement sur le testicule, mais aussi sur l'épididyme et le canal déférent. C'est ce qui explique que dans certains vices de développement les annexes de la glande, épididyme et déférent, peuvent faire leur descente normale dans le scrotum alors que le testicule reste en arrière.

Cette anomalie n'est pas très rare, l'auteur l'a observée quatre fois en deux ans. Dans trois cas l'ectopie testiculaire était inguinale, dans un cas elle était abdominale ; on sentait nettement le cordon dans les bourses, et chez un des malades il y avait un petit noyau scrotal adhérent au cordon qui aurait pu en imposer pour un testicule atrophié. A ces observations purement cliniques s'ajoute l'observation opératoire d'un cas semblable rapporté par Adams Mc Connel.

En dehors de son intérêt anatomique cette descente normale du cordon d'un testicule en ectopie mérite de retenir l'attention, car elle peut être la cause d'une erreur quand un noyau fibreux occupe dans les bourses la place du testicule absent, et d'autre part elle semble capable de favoriser la torsion du cordon.

P. C. G.

Une hypothèse sur la cause de la stérilité du testicule en ectopie. (F. A. E. CREW. *Journ. of anat.*, janv. 1922, vol. LVI, p. 98.) — Chez la plupart des mammifères, le testicule quitte sa situation initiale dans l'abdomen pour descendre dans le scrotum. Le processus de cette migration se trouve ontogénétiquement retourné puisque maintenant la formation du canal inguinal et du scrotum précède la descente du testicule. Cette migration n'a comporté pour l'animal ni avantage, ni désavantage, et à son sujet la théorie des causes finales est en défaut. Mais le testicule s'est adapté à fonctionner dans une région dont les conditions sont très différentes de celles de la cavité abdominale et il ne peut plus fonctionner dans sa situation primitive. La grande différence entre les deux régions est une question de température. La température à l'intérieur du scrotum est, en effet, beaucoup plus basse que celle de la cavité abdominale, et le scrotum est constitué de façon à avoir une température très régulière. La phase terminale de la spermatogenèse ne peut s'accomplir qu'à une certaine température qui est celle du scrotum et non celle de l'abdomen. C'est ce qui explique la stérilité du testicule en ectopie.

P. C. G.

Examen histologique d'un ovaire de femme greffé autoplastiquement dans l'épiploon depuis huit ans. (P. MAUCLAIRE. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, avril 1922, p. 107.) — Les greffes ovariennes ont été faites chez la femme dans des organes fort différents. Il semble que les meilleurs résultats aient été obtenus en greffant l'ovaire dans des tissus richement irrigués. L'auteur a donc pensé que l'épiploon devait constituer un milieu favorable et il a pratiqué une dizaine de fois la greffe de l'ovaire dans ces conditions.

Les femmes ainsi traitées continuent à être réglées, mais d'une façon exagérée pendant dix à douze jours.

Pour l'une d'elles, il fut possible de contrôler histologiquement le résultat huit ans après l'intervention.

En juin 1914, après castration double, un des ovaires qui paraissait sain, bien qu'entouré d'adhérences pelviennes, fut fixé dans la partie inférieure du grand épiploon. Depuis un an la malade accusait des douleurs abdominales localisées qui firent penser à la possibilité d'adhérences autour du greffon.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

SERVICES DIRECTS ENTRE L'ANGLETERRE, MARSEILLE ET LE LITTORAL DE LA MÉDITERRANÉE. — Les Compagnies de chemins de fer du Nord et de Paris à Lyon et à la Méditerranée viennent de décider la mise en marche, à partir du 3 novembre, d'un nouveau train rapide allant directement de Calais à Vintimille.

Ce train sera quotidien et comportera des places de 1re et de 2e classes, ainsi que des places de lits-salon, de couchettes et de wagon-lits, avec wagon-restaurant sur tout le parcours.

Ce rapide circulera dans l'horaire suivant :

11h	dép.	Londres	arr.	19h30
14h57	dép.	Calais	arr.	15h20
20h08	dép.	Paris P.-L.-M.	arr.	5h25
9h26	arr.	Marseille	dép.	19h35
14h30	arr.	Nice	dép.	14h
15h46	arr.	Menton	dép.	12h48

Cette amélioration complétera très heureusement les relations assurées jusqu'à présent par le train de luxe « Calais-Méditerranée-Express », pendant la saison d'hiver, par le « Bombay-Marseille-Express », train hebdomadaire correspondant aux Services maritimes de la Compagnie Péninsulaire et Orientale et, enfin, par les trains ordinaires du Nord et du P.-L.-M. dans lesquels il n'était pas possible d'organiser avec l'amplenr voulue les services directs justifiés par l'importance du mouvement des voyageurs.

Sur sa demande une nouvelle laparotomie fut faite. L'intestin était venu s'accoller au fond du pelvis et provoquait les douleurs. L'ovaire greffé, diminué de volume, était inclus dans l'épiploon, une de ses faces était visible.

Une biopsie démontra l'extrême vitalité de l'organe.

L'intérêt de cette observation est dans la rareté des examens histologiques des greffes ovariennes chez la femme, et dans le succès complet de l'opération qu'explique la vascularisation intense de l'épiploon. DARIAU.

SYSTÈME OSSEUX

Le trou de conjugaison vertébral et l'espace épidural. Etude anatomo-clinique. (J. FORESTIER. Paris, 1922, Jouve.) — Cet important travail s'ouvre par une description anatomique très détaillée du trou de conjugaison et des organes qui le traversent. Un second chapitre traite des modifications anatomo et physio-pathologiques qu'entraînent, au niveau du trou de conjugaison, l'apparition et l'évolution des malformations vertébrales.

Sans négliger l'étude des lésions du « contenant » l'auteur insiste davantage sur celles du « contenu » et parle :

Des phlébites des plexus rachidiens.

Des compressions veineuses.

Des thrombus des artères médullaires.

Des lymphangites.

Des compressions, irritations ou inflammations des nerfs.

Enfin de la propagation du processus inflammatoire aux éléments cellulo-graisseux aboutissant à l'épidurite.

Le diagnostic des lésions osseuses et articulaires est souvent difficile. La radiographie toujours délicate nécessite une technique qu'on trouvera décrite en détails.

L'exploration aux rayons de l'espace épidural devient possible si l'on injecte dans cet espace quelques centimètres cubes de lipiodol, ce corps demeurant, en effet, visible à l'écran pendant de longs mois.

Le chapitre de la clinique particulièrement important expose une revue complète de toutes les affections vertébrales et s'appuie sur une série d'observations personnelles.

L'ouvrage se termine par des considérations thérapeutiques concernant notamment les injections épidurales et la laminectomie.

La bibliographie est abondante; le texte est illustré de nombreux dessins. DARIAU.

Sur certaines irrégularités normales des dernières vertèbres dorsales. (Edgar F. CYRIAX. *Journ. of anat.*, janv. 1922, vol. LVI, p. 147.) — Les dernières vertèbres dorsales présentent fréquemment des irrégularités qu'il est facile de reconnaître à la palpation et même quelquefois à la simple inspection sur le sujet couché à plat ventre. Ces irrégularités qui méritent d'être connues parce qu'elles pourraient être prises pour des lésions pathologiques ou traumatiques n'ont jusqu'ici jamais été signalées par les anatomistes. Voici en quoi elles consistent :

1° L'apophyse épineuse de D10 est légèrement plus courte que celles des deux vertèbres voisines. Des différences de 1/8e d'inch sont tout à fait communes. Il en résulte que l'apophyse épineuse dont il s'agit semble affaissée et se trouve en retrait de la ligne joignant les apophyses de D9 et D11, si bien que l'on pourrait croire à un déplacement en avant de D10. Dans des cas plus rares, l'irrégularité porte sur D11.

2° L'apophyse épineuse de D10 a une situation plus élevée que la normale, l'espace interépineux supérieur est considérablement réduit. On peut croire à une fracture avec bascule en haut de l'apophyse.

L'irrégularité peut se rencontrer au niveau de D9 ou de D11.

D'autre part, il arrive assez souvent que le ligament interépineux qui joint l'apophyse irrégulière à l'apophyse sous-jacente, soit incurvée, c'est-à-dire concave en arrière, simulant ainsi l'atrophie ligamenteuse habituelle dans les déplacements de vertèbres. Et cette disposition bien que généralement localisée à un seul espace interépineux peut s'étendre plus bas à un ou plusieurs espaces, jusqu'au sacrum.

L'une ou l'autre de ces irrégularités se rencontre chez environ 20 p. 100 des individus. Le rapprochement de deux apophyses épineuses semble particulier à l'homme, mais la brièveté de l'apophyse épineuse de D10 ou d'une vertèbre voisine existe, quoique plus rarement, chez beaucoup de mammifères. P. C. G.

Absence totale congénitale des fémurs. (Garrido LESTACHE. In *Pediatria Española*, 28 fév. 1922.) — C'est l'observation d'un enfant de douze jours, mesurant 39 centimètres et offrant une disproportion manifeste entre la partie supérieure et la partie inférieure du corps, cette dernière paraissant anormalement petite. Du sommet de la tête à l'épine iliaque antérosupérieure on compte 28 centimètres, et 11 seulement depuis cette apophyse jusqu'à la plante du pied. Vu de dos, l'enfant a l'aspect des sujets atteints d'une luxation congénitale double de la hanche.

La radiographie montre une absence totale des deux fémurs.

La rotule existe à la hauteur de la cavité cotyloïde qui reçoit du reste une portion du tibia.

L'absence totale des fémurs est une anomalie excessivement rare.

Le sujet présente des lésions papuleuses du pli interfessier et la réaction de Bordet-Wassermann est positive.

DARIAU.

Un cas d'os vésalien du pied droit. (A. METZGER. *Bull. et Mém. de la Soc. anat. de Paris*, déc. 1920, t. XVIII, p. 530.) — Chez une femme de trente-trois ans, à la suite d'un traumatisme, on constate un gonflement du pied droit, une ecchymose et de la douleur à la palpation sur le bord interne, vers la base du 1er métatarsien. La radiographie montre un petit arrachement osseux au niveau du 1er cunéiforme, et, d'autre part, en arrière du 5e métatarsien dont le tubercule est d'ailleurs peu saillant, une petite surface osseuse, ovalaire, nettement séparée du métatarsien. A gauche, cet osselet n'existe pas, le tubercule du 5e métatarsien est seulement peu saillant.

Il s'agit évidemment de l'os vésalienum, anomalie osseuse assez rare dont l'auteur cite deux autres cas de Laquerrière et Drevon tirés de la thèse de Loyer. Cet os surnuméraire, habituellement bilatéral quand il existe, ne se signale par aucun trouble appréciable cliniquement. Mais il est important à connaître afin d'éviter des erreurs dans l'interprétation radiologique de certains traumatismes anciens du pied.

P. C. G.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1922)

Culture physique et pleurésies purulentes. — M. DAGRON approuve le traitement des pleurésies purulentes par la culture physique, et trouve l'appareil de M. Pescher excellent car il s'adresse à la fonction et non à ses agents que nous connaissons mal; c'est ainsi que l'on considère à tort comme inspirateurs forcés certains muscles de l'épaule et du cou.

Un symptôme pathognomonique des néoplasies viscérales (la langue écarlate). — M. PÉRAIRE, en examinant plus de soixante-dix cas de néoplasmes viscéraux, a observé une coloration rouge vif carminé de la langue qu'il nomme langue écarlate : ce signe lui paraît pathognomonique d'une lésion viscérale néoplasique à une période où le diagnostic est encore hésitant et peut être d'un précieux concours.

Quelques points d'étiologie et de diagnostic des salpingites tuberculeuses. — M. R. DUPONT estime que la salpingite tuberculeuse atteint surtout des sujets dont les organes génitaux sont hypoplasiques. La gonococcie n'est pas une cause prédisposante. Les signes les plus importants sont : l'amaigrissement rapide et considérable, l'aménorrhée, la présence de masses para-utérines donnant la sensation de mastic. La fièvre est généralement peu élevée; la douleur variable, presque toujours minime ou absente.

La syphilis héréditaire et les médecins d'enfants. — M. LEREDDE, à l'encontre des pédiatres qui décrivent la syphilis des nouveau-nés comme une maladie qui se voit et

dont le diagnostic est facile, sauf exception, estime au contraire que la syphilis du nouveau-né ne se voit pas, sauf exception, et que son diagnostic a pour base la découverte de l'infection chez la mère et chez le père qui doivent être examinés, dans tous les cas, par les moyens cliniques et de laboratoire. Il n'existe pas chez l'enfant de même que chez l'adulte de maladies locales, contrairement à l'enseignement classique, mais des affections localisées souvent dues à la syphilis qui doit être cherchée dans tous les cas. L'auteur fait appel aux médecins d'enfants pour résoudre dans un intérêt social et national les problèmes relatifs à la prophylaxie de la syphilis héréditaire qui tue en France chaque année 40.000 enfants avant terme et 40.000 de zéro à cinq ans.

Cinématographie cystoscopique des obstacles prostatiques. — M. Luys présente les vues animées des obstacles prostatiques vues à travers son cystoscope à vision directe. Cette méthode didactique toute nouvelle fait comprendre la multiplicité des obstacles à la miction qui viennent se présenter successivement dans le champ visuel, prostate endovésicale, saillie du lobe moyen, etc. Le forage de la prostate, détruisant par l'électrocoagulation tous ces obstacles, permet la miction facile.

Un cas d'escarre adrénalinique. — MM. Léopold Lévi et Kolb concluent, d'un cas d'escarre par injection de 250 centimètres cubes de sérum glycosé additionné de 2 centimètres cubes de la solution d'adrénaline au 1/1.000, que : 1° il faut s'abstenir d'injecter une grande masse de solution diluée d'adrénaline et d'additionner d'adrénaline le sérum glycosé ; 2° on peut invoquer l'influence de l'adrénaline dans le mécanisme du doigt mort, de la syncope locale, des spasmes vasculaires de la maladie de Raynaud : ce serait une hyperadrénalisation paroxystique.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS CARDIAQUES DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Le rhumatisme articulaire aigu est considéré en général comme une affection passagère, bénigne, d'un pronostic peu grave. Pourtant son évolution peut être assombrie par la venue de complications graves ; les complications cardiaques occupent de beaucoup le premier plan par leur fréquence et leur gravité. « Le rhumatisme articulaire aigu, disait Lasègue, lèche les jointures, la plèvre, les méninges même et mord le cœur. »

ÉTIOLOGIE. — Les complications cardiaques du rhumatisme articulaire aigu peuvent survenir, favorisées par l'hérédité cardiaque. Leur fréquence (18 à 55 p. 100 suivant les auteurs) est réglée par les lois de Bouillaud :

Première loi : dans le rhumatisme articulaire aigu, violent, généralisé, la coïncidence d'une endocardite, d'une péricardite ou d'une endopéricardite est la règle, et la non-coïncidence l'exception.

Deuxième loi : dans le rhumatisme articulaire aigu léger, partiel, apyrétique, la non-coïncidence d'une endocardite, d'une péricardite on d'une endopéricardite est la règle, et la coïncidence est l'exception.

La première loi est exacte, car le cœur est presque toujours touché dans tout rhumatisme articulaire fébrile. Mais, on peut aussi discuter la valeur de la deuxième loi, car on peut observer des lésions articulaires minimes avec un maximum de complications cardiaques. Tous les médecins d'enfants sont d'accord avec H. Roger sur la fréquence des localisations cardiaques chez les enfants qui sont atteints d'accidents articulaires souvent légers et passagers.

Plus fréquentes dans l'enfance et l'adolescence, ces complications ne sont pas influencées par le sexe.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — On peut observer de l'endocardite, de la myocardite, de la péricardite ou de la pancardite rhumatismale.

Mais alors que la péricardite et la symphyse cardiaque semblent surtout fréquentes et graves chez l'enfant, on observe plus fréquemment la myocardite, l'endocardite chez l'adulte.

1° Endocardite. — Il s'agit d'une endocardite granuleuse qui atteint avec prédilection la valvule mitrale et les sigmoïdes aortiques.

Macroscopiquement, les valvules apparaissent gonflées, tuméfiées avec de petites végétations fibrineuses.

Microscopiquement, il s'agit de tissus embryonnaires et de dépôt fibrineux. Cette endocardite est une endocardite simple, plastique et à tendance *fibreuse*. On a cependant pu signaler des cas graves d'endocardite *végétante* ou *ulcéreuse*. Mais il semble qu'on puisse incriminer dans certains de ces cas l'influence d'une infection secondaire ou d'une septicémie secondaire.

Avec Achalme, on peut distinguer trois phases dans l'évolution de l'endocardite : une phase œdémateuse, une phase de prolifération et une phase de cicatrisation. Cette cicatrisation s'accompagne presque toujours d'une rétraction fibreuse qui déforme les valvules, leur enlève souplesse et élasticité, les soude parfois l'une à l'autre. Des lésions définitives sont ainsi organisées.

2° Myocardite. — Elle est assez rare et caractérisée par un foyer d'infiltration cellulaire entre les fibres musculaires. Pour Leyde, il s'agit d'une myocardite fibreuse, relativement fréquente pour Barié, Tessier, Merklen. Elle peut ne donner que des troubles légers et transitoires ou bien produire une dégénérescence de la fibre cardiaque.

3° Péricardite. — Elle peut être *sèche* ou accompagnée d'un *épanchement*. La péricardite sèche s'accompagne de la formation d'un réticulum fibrineux avec sécrétion séro-fibrineuse peu abondante. Elle se termine souvent par la constitution d'adhérences qui peuvent être partielles ou généralisées, entraînant dans ce dernier cas la formation d'une *symphyse cardiaque*.

4° Pancardite rhumatismale. — Les trois lésions associées peuvent réaliser la pancardite rhumatismale ou grand cœur rhumatismal de Duroziez.

ÉTUDE CLINIQUE. — Le *début* exact d'une complication cardiaque est souvent difficile à préciser. Ce n'est que par l'auscultation quotidienne et systématique du cœur de tout rhumatisant fébrile qu'on arrivera à dépister une lésion cardiaque au début. Les complications cardiaques peuvent apparaître à la fin de la première semaine ou au début de la deuxième. Plus rarement elles sont tardives à la quatrième ou cinquième semaine de la maladie (Potain), à l'occasion d'une rechute ou d'une recrudescence de l'affection. On les a vues aussi précéder de quelques jours une poussée d'arthrite fébrile. Chez l'enfant, les localisations articulaires sont souvent minimes et l'enfant malade est conduit au médecin pour des troubles cardiaques dont on ne peut préciser la date du début.

Les localisations articulaires ne sont qu'au second plan. Enfin, si le mode de début est parfois bruyant, il est bien plus souvent insidieux et l'on doit le rechercher systématiquement par l'auscultation quotidienne. (*A suivre.*)

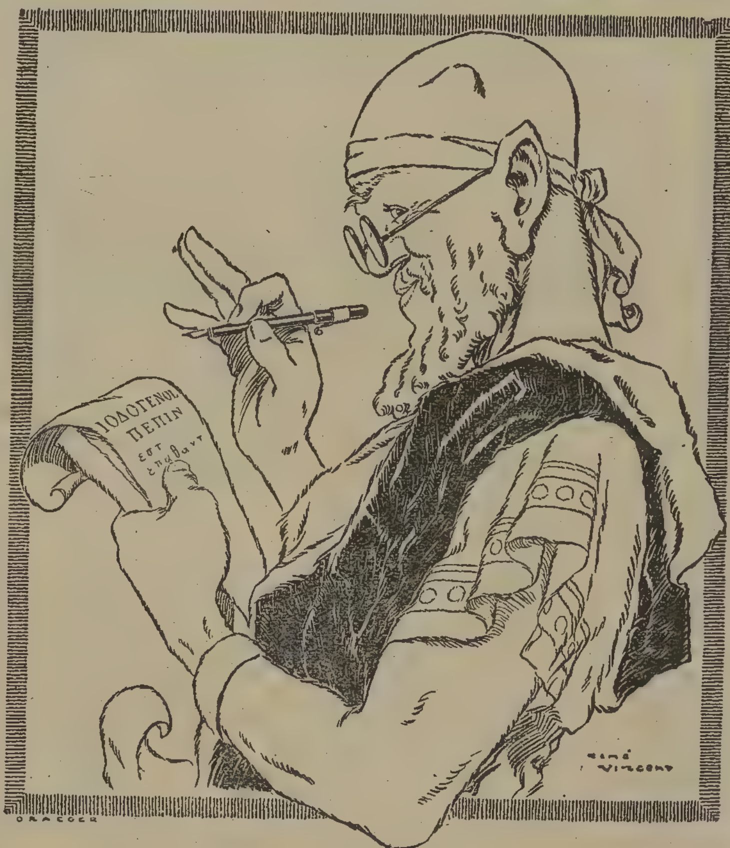
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La thoracoplastie extrapleurale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par le docteur Jean Madinier, interne des hôpitaux de Lyon, ex-médecin assistant au Sanatorium d'Hauteville. Préface du docteur Dumarest (d'Hauteville). 1 vol. de 124 pages avec figures. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

Collection des maladies de la cinquantaine. Tome : III. *L'Artériosclérose*. Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée, par le docteur Arthur Leclercq, lauréat de l'Académie de médecine, lauréat de la Faculté. In-8 carré de 200 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, G. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
RENÉ VINCENT

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le concours de clinicat chirurgical s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Daraignez, chef de clinique ; Larrieu, chef de clinique adjoint.

— Le concours de clinicat neuro-psychiatrique s'est terminé par la nomination de M. Labuchelle, comme chef de clinique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — *Institut de médecine et de pharmacie coloniales.* — Les cours de l'Institut de médecine et de pharmacie coloniales commenceront le mercredi 3 janvier 1923.

La première session sera close le 31 mars par des examens en vue de l'obtention du diplôme de médecine et de pharmacie coloniales de l'Université d'Aix-Marseille.

Des épreuves spéciales supplémentaires peuvent conférer en plus le titre de médecin sanitaire maritime.

Une deuxième session aura lieu du 1er avril au 30 juin.

L'horaire des cours sera publié avant le 1er décembre 1922.

Il est opportun de rappeler que la carrière médicale coloniale offre des attraits et aussi des situations pécuniaires avantageuses aux jeunes médecins ayant subi une préparation spéciale. Les soldes offertes par les gouvernements des quatre grande colonies et de la Nouvelle-Calédonie aux médecins de l'assistance indigène soit du cadre permanent, soit à contact limité sont déjà fort intéressantes. Des suppléments et indemnités les portent dans plusieurs colonies jusqu'à 25 et 30.000 francs.

Le gouvernement de l'Afrique du Nord et les protectorats de Tunisie et du Maroc font également appel, pour l'œuvre de colonisation, aux médecins européens spécialisés.

Enfin, les compagnies coloniales belges font également appel aux médecins français pourvus du diplôme d'études coloniales.

Tous les renseignements utiles, notamment ceux concernant les programmes, les conditions d'inscription, droits d'immatriculation, etc. ; peuvent être demandés au secrétariat de l'Ecole de médecine de Marseille, château du Pharo.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour la nomination à une place de chef de clinique à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 20 novembre 1922, à 8 h. 1/2 du matin, dans la salle des opérations de la clinique, rue de Charenton, n° 28

MM. les docteurs qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire à la direction de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, de 10 heures à midi, jusqu'au vendredi 10 novembre 1922, à midi.

— Un concours pour la nomination de six aides de clinique titulaires et de quatre aides de clinique provisoires à la clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 27 novembre 1922, à 8 h. 1/2 du matin, dans la salle des opérations de la clinique, rue de Charenton, n° 28.

MM. les candidats seront admis à se faire inscrire à la direction de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, de 10 heures à midi, jusqu'au vendredi 17 novembre 1922, à midi.

MARINE. — M. le médecin de première classe Nayrolles est nommé professeur de pathologie externe et d'obstétrique à l'Ecole du Service de santé de la marine à Bordeaux.

LE CENTENAIRE DE PASTEUR. — Le *Journal officiel* vient de donner, au titre du ministère de l'Hygiène, la composition des comités et commissions constitués à Paris et à Strasbourg pour commémorer le centenaire de Pasteur. Le comité de la célébration du centenaire a pour président le ministre de l'Hygiène et pour vice-présidents le docteur Roux, directeur de l'Institut Pasteur ; MM. Victor Bérard, sénateur et Jourdain, député. La commission d'organisation de l'exposition Pasteur, à Strasbourg, a pour président le professeur Weiss, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg ; pour vice-présidents, MM. Bosch, directeur du Service d'initiative et de propagande de la ville de Strasbourg ; Keppi, secrétaire général de la ville de Hagueneau, et le médecin inspecteur Indré, directeur du Service de santé du 21e corps d'armée.

Le commissaire général de l'exposition est le professeur Borrel.

L'ŒUVRE DE DÉFENSE SANITAIRE. — M. Paul Strauss, ministre de l'Hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, en plein accord avec le président du conseil des ministres et ses collègues des autres départements, a réuni à son cabinet les représentants des différents ministères du gouvernement général de l'Algérie et des pays de protectorat qui coopèrent à l'œuvre de défense sanitaire, à l'effet de rechercher les moyens de réaliser une liaison constante entre ces différentes administrations.

Cette liaison ne doit pas attendre une menace d'épidémie pour s'effectuer; elle doit exister d'une façon permanente et intime, dans un but de prévention.

Chacun des représentants des grandes administrations a exposé ce qui avait déjà été fait dans cette voie; à la suite de l'échange de vues qui s'est alors engagé, différentes conclusions ont été dégagées pour renforcer l'action commune et hâter la transmission des renseignements nosologiques.

Une deuxième conférence aura lieu dans trois mois.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec un regret la mort de MM. les docteurs Fumey (de Tanger), décédé à Paris, et L. Wurtz (de Compiègne).

CLINIQUE PROPÉDEUTIQUE (professeur : M. Emile Sergent). — M. Emile Sergent commencera le cours de clinique propédeutique, le mercredi 8 novembre 1922, à 11 heures, à l'hôpital de la Charité :

I. Programme général de l'enseignement.
II. Enseignement élémentaire des stagiaires.
III. Enseignement complémentaire de perfectionnement.

Un droit de laboratoire de 150 francs pour chacun de ces cours devra être versé au secrétariat de la Faculté.

COURS DE THÉRAPEUTIQUE (professeur : M. Paul Carnot). — L'enseignement de la thérapeutique se fera tous les jours, à 5 heures, au grand amphithéâtre, à partir du lundi 6 novembre 1922 :

Cours du professeur : Le professeur Carnot commencera son cours le mardi 7 novembre, et le continuera les jeudis et mardis, à 5 h.

Conférences de l'agrégé : M. Rathery, agrégé, commencera son cours le lundi 6 novembre, et le continuera les mercredis et lundis suivants, à 5 h.

— COURS COMPLÉMENTAIRE DE DIÉTÉTIQUE. — Ce cours aura lieu à partir du 10 novembre, les vendredi et samedi, à 17 h., au grand amphithéâtre.

LES RÉGIMES FONDAMENTAUX. — *Programme :* vendredi 10 novembre, à 17 h. Docteur Paisseau, médecin des hôpitaux : L'eau dans les régimes alimentaires. Régimes secs; régimes d'hydratation, cures de diurèse, etc.

Vendredi 17 novembre, à 17 h. Professeur Paul Carnot : Les sels minéraux dans les régimes. Régimes des carences minérales : régime déchloruré; régime de récalcification.

Samedi 18 novembre, à 17 h. Professeur agrégé Lemierre : Les aliments azotés dans les régimes. Régimes hypo et hyperazotés.

Vendredi 24 novembre, à 17 h. Professeur agrégé Baudouin : Les hydro-carbonés dans les régimes. Régimes hypo et hyper-sucrés.

Samedi 25 novembre, à 17 h. Docteur Jean-Charles Roux : Les graisses dans les régimes. Régimes hypo et hyper-graisseux dans les dyspepsies notamment.

Vendredi 1er décembre, à 17 h. Professeur Marcel Labbé : Les cures de jeûne.

Samedi 2 décembre, à 17 h. Professeur agrégé Rathery : Les régimes équilibrés.

COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE (prof. : M. Pierre Delbet). — M. le professeur Pierre Delbet commencera son cours de clinique chirurgicale, à l'hôpital Cochin, le jeudi 9 novembre 1922, à 10 h. du matin, et le continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE (fondation de la Ville de Paris). — M. le professeur Broca, assisté de M. Ombrédanne, agrégé, commencera un cours de clinique chirurgicale infantile, à l'hôpital des Enfants-Malades, le vendredi 10 novembre 1922, à 10 h. 1/2, et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. le professeur Broca fera la leçon du vendredi et M. le docteur Ombrédanne celle du mardi.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE (clinique Baudelocque). — M. le professeur Couvelaire reprendra son cours de clinique le vendredi 10 novembre 1922, à 16 h., et le continuera les vendredis suivants, à la même heure.

Sujet du cours pendant le semestre d'hiver : « Extraction artificielle du fœtus vivant par les voies naturelles (forceps, version, extraction du siège). Opération césarienne. »

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE (M. le professeur Pierre Sebileau, directeur des travaux scientifiques). — Un cours de médecine opératoire générale, pour 30 élèves par M. le docteur Jean Quénu, prosecteur, commencera le lundi 13 novembre 1922 à 2 h. et continuera les jours suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 100 fr. — Gratuit pour internes et externes.

Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin.

LIVRES NOUVEAUX

Oreillons, coqueluche, grippe, érysipèle médical (1), par le docteur H. Barbier. (Encyclopédie scientifique publiée sous la direction du docteur Toulouse).

Il semble qu'il n'y ait plus rien de nouveau à dire sur la plupart des maladies infectieuses. Et, pourtant, que de remarques intéressantes on peut encore faire sur la plupart d'entre elles! Leur contagiosité, l'importance que prennent, dans leur évolution et dans la production de leurs complications, des associations microbiennes ne dominent-elles pas leur étude, et n'imposent-elles pas de rigoureuses mesures de prophylaxie, applicables en tout milieu, qu'il s'agisse d'écoles, de casernes, ou d'hôpitaux? Leur pronostic ne dépend-il pas, en grande partie, de la manière dont on aura compris et réalisé l'isolement? C'est dans ce sens qu'a été rédigé l'ouvrage de M. Barbier. L'expérience de l'auteur, sa grande érudition, le soin qu'il a pris à mettre au point des questions qui lui sont familières, sont un sûr garant de l'accueil que trouvera son livre auprès du grand public médical.

BABONNEIX.

Les métaux des terres rares (2), par James F. Spencer, professeur de physique et de chimie à l'Université de Londres. Traduit, revu et augmenté par J. Daniel, ingénieur E.C.P., docteur spécial de l'Université de Bruxelles.

Les éléments constitutifs des terres rares se trouvent toujours associés d'une façon plus ou moins complète, et en raison des ressemblances qui les caractérisent, leur séparation et la préparation de leurs dérivés purs sont compliquées et délicates. Etant donnée l'importance acquise par les terres rares aux points de vue commercial, industriel et médical, importance qui croît de jour en jour, la publication du présent ouvrage, dans lequel ces substances et leurs applications sont étudiées d'une façon très complète, rendra les plus grands services aux chimistes et aux médecins.

L. G.

(1) In-16 de 308 pages. — Prix : broché, 8 fr.; cartonné toile, 10 fr. — Paris, O. Doin.

(2) Un volume de 280 pages, avec 17 figures. Prix : relié, 39 fr. 50; broché, 36 fr. — Paris, Dunod, éditeur, 47 et 49, quai des Grands-Augustins.

REVUE GÉNÉRALE

LE CHOC TRAUMATIQUE

Par le docteur Yves BOURDE,
Interne des hôpitaux de Marseille.

Définition. — La définition du choc traumatique est actuellement malaisée. Toutefois, si l'on s'en tient aux notions restées classiques jusqu'à ces dernières années, on peut dire que le mot *choc* ou *shock* est une expression commode pour désigner un ensemble d'accidents observés après des traumatismes en général considérables ou après certaines opérations graves, et caractérisés par un état d'affaiblissement, d'adynamie et de stupeur dans lesquels tombent les blessés qui en sont frappés, état survenant brusquement et amenant souvent la mort.

Synonymie. — Ce syndrome a encore été désigné sous les noms de *léthargie des blessés, commotion des blessés, collapsus traumatique, stupeur des blessés*, etc. Tous ces termes ne préjugent en rien de la pathogénie de cet accident; ils sont, comme le mot choc lui-même, vagues et imprécis; ils servent et ils ont surtout servi pendant la guerre à désigner une foule d'états disparates sans lien de parenté entre eux. Aussi a-t-on été obligé de compléter l'étude de ce syndrome et, si le mot est resté, ce qu'il signifiait autrefois ne forme plus que la minime partie des manifestations morbides qu'il englobe aujourd'hui.

En d'autres termes « le shock nerveux, à qui tout était rapporté, a vu son domaine se réduire de plus en plus, et, pendant ce temps, à ses côtés et à son détriment sinon sur ses ruines, s'est dressé un nouvel édifice » (Quénu).

Historique. — Ces quelques considérations laissent à penser que son histoire fut troublée. Il serait même imprudent de dire qu'elle est calme aujourd'hui, les récentes discussions des sociétés savantes nous prouvant le contraire.

Le mot *shock* a été créé par Travers en 1826, employé par Hunter et par tous les auteurs après lui. Observé d'abord après les accidents de chemin de fer, les écrasements de membres, les plaies par armes à feu, le choc traumatique a bientôt vu distraire de son cadre nosologique des accidents consécutifs aux catastrophes de chemin de fer et qu'Erichsen en 1866 désigna sous le nom de *railwayspine* et *railway-brain*. Ces manifestations, à la suite des travaux d'Oppenheim et Thomas, Charcot et ses élèves, rentrent maintenant dans la description de la *névrose traumatique* et ressortissent de l'hystérie et de la neurasthénie.

Plus tard, de ce syndrome choc d'origine traumatique, on rapprocha l'étude du *choc d'origine opératoire* ou chirurgicale (P. Delbet, Fizeau).

Mais sa pathogénie n'en restait pas moins fort obscure, et elle est encore actuellement un sujet de discussions passionnées.

Avant la guerre, *choc traumatique* était synonyme de *choc nerveux traumatique*. Pour en comprendre les manifestations, une foule d'observateurs et de cliniciens parmi lesquels il faut citer en premier lieu les noms de Le Dentu (1904), de Bouchard et Roger, une multitude d'expérimentateurs dont la liste serait fastidieuse à énumérer et dont nous verrons plus loin les théories, se sont acharnés à en donner les explications les plus diverses et souvent les moins cliniques.

Mais la guerre, en mettant sous nos yeux des manifestations morbides suivies depuis l'instant de la blessure jusqu'à l'issue fatale ou la guérison, en multipliant démesurément les quelques exemples du temps de paix, la guerre est venue bouleverser toutes ces théories et a fait naître une série d'enseignements plus féconds en pratique que toutes les dissertations de laboratoire.

De nouvelles formes cliniques ont été identifiées, pathogéniquement si dissemblables de l'ancien choc nerveux traumatique et pourtant si analogues en clinique que c'est un grand mérite de les en avoir dissociées. Et c'est à Quénu que revient incontestablement l'honneur de l'avoir fait, non à un laboratoire de Chicago. D'ailleurs cette esquisse de l'évolution des idées au sujet du shock sera reprise plus loin à propos de la pathogénie. Nous voulions simplement dans cet historique indiquer à grands traits comment de l'ancien shock traumatique sont nées les diverses formes cliniques que nous allons passer en revue.

Division du sujet. — Malgré des fortunes diverses le mot est donc demeuré. C'est aussi qu'il désigne un tableau symptomatique classique qui, tous comptes faits, a bien sa valeur encore, car c'est de lui que dérivent toutes les autres formes plus ou moins voisines.

C'est donc lui que, suivant la description classique, nous détaillerons en premier lieu. Nous commencerons donc par rappeler le *tableau clinique du shock*. Nous passerons ensuite à l'étude des diverses *variétés étiologiques* telles que la guerre nous les a enseignées, et telles qu'elles ont été magistralement décrites dans le *Progrès médical* du 7 mai 1921 par Guyot et Jeanneney, article auquel nous avons fait pour ce chapitre de larges emprunts. En cours de route et, pour éviter des répétitions inutiles, le *diagnostic différentiel* des états qui les simulent sera fait forme par forme.

Nous avons préféré rejeter à la fin l'étude de la *pathogénie* pour deux raisons : 1° parce que celle-ci est incompréhensible si l'on n'a pas décrit auparavant les manifestations cliniques; 2° parce que cette pathogénie est si féconde en enseignements pratiques que l'étude du *traitement* doit lui faire suite immédiatement.

Mais avant de commencer cette étude clinique, passons en revue les facteurs étiologiques du syndrome que nous étudions.

Etiologie. — Ce qui domine toute l'histoire étiologique du choc, c'est qu'il n'existe aucun rapport constant entre l'intensité de la cause et la gravité de ses effets; c'est que les causes prédisposantes ont une importance capitale (Roger).

Causes prédisposantes. — Plus un animal est élevé en organisation, plus il est sensible aux différentes causes qui peuvent produire le choc. C'est chez l'homme qu'on l'observe le plus souvent. Aussi l'expérimentation en est-elle à peu près impossible.

a. *Rôle de l'âge :* l'âge joue un grand rôle car le choc est rare aux deux extrêmes de la vie. *Chez l'enfant* il est remarquable par sa bénignité et la rapidité avec laquelle il se dissipe. Certaines opérations sont beaucoup moins choquantes chez le nouveau-né,

sans doute parce que les connexions physiologiques entre les différentes parties du système nerveux central ne sont pas encore établies. Il en est de même pour la douleur. Passé une semaine l'enfant devient d'ailleurs plus sensible au choc. Mais celui-ci sera toujours plus léger à cause de l'intégrité des viscères chez l'enfant ou l'insouciance propre à son âge.

Chez le vieillard la susceptibilité réactionnelle est considérablement affaiblie; aussi les manifestations cliniques sont-elles moins bruyantes; mais en revanche elles se prolongent plus longtemps et entraînent la mort plus souvent que chez l'adulte (Bouchard). Ajoutons toutefois que sa résistance est fonction non pas particulièrement de l'âge, mais surtout de l'intégrité de son appareil circulatoire, de « l'âge de ses artères » (Gwathmey).

b. *Influence du sexe :* la *femme* y est moins sujette à cause de la moindre activité de ses centres inhibiteurs.

c. *Influence de l'état mental :* elle est indiscutable. Tout ce qui exalte les facultés psychiques favorise le choc. Pendant la Commune, cet état morbide était beaucoup plus fréquent parmi les insurgés que parmi les troupes régulières. Durant la guerre, les violents bombardements y prédisposaient, et les officiers en étaient plus souvent frappés que les soldats. Bouchard et Roger pensent que c'est à la différence de l'état mental qu'il faut attribuer la différence des résultats qu'on obtient dans les amputations nécessitées par un accident ou une maladie chronique : dans ce dernier cas, le patient a été préparé de longue date à l'idée de perdre son membre.

d. *Influence des professions :* les intellectuels y sont donc plus prédisposés que les ouvriers manuels, — le travail le favorise plus que l'inaction.

e. *Influence du moment du jour :* les fonctions vitales ont leur maximum d'activité le matin. L'heure la plus défavorable est de minuit à 2 heures.

f. *Influence des saisons :* l'été serait la saison la plus mauvaise pour le shock opératoire (Gwathmey). Mais il est incontestable que la rigueur des hivers de guerre a favorisé cet état bien souvent.

g. *Influence de l'état de santé antérieur :* le choc est aussi fréquent, dit Roger, chez les gens vigoureux que chez les gens affaiblis; mais chez ces derniers les manifestations sont plus durables et plus graves. Toutefois la guerre a montré que l'existence d'affections chroniques plus ou moins avancées dans leur évolution : cirrhose du foie, sclérose rénale, myocardite, etc., tares inattendues parmi des hommes sélectionnés au point de vue de l'âge et de la santé, explique la différence parfois surprenante que l'on constate entre des blessés atteints de lésions semblables : le taré succombe en quelques heures, le blessé sain guérit en peu de jours (Depage). D'où importance de l'alcoolisme et des maladies antérieures. Enfin la *fatigue*, jointe au froid, aux difficultés du transport, est une cause éminemment prédisposante à l'apparition du syndrome choc.

Causes déterminantes. — Rien n'est plus variable comme cause occasionnelle d'un choc traumatique. Surtout l'action d'une même cause est loin d'être constante. Dans ces mêmes conditions on peut voir survenir tantôt un choc, tantôt des phénomènes diamétralement opposés (convulsions).

a. Les traumatismes des *centres nerveux :* cerveau, bulbe, moelle, sont souvent la cause de choc. Les coups sur le crâne, les chutes d'un lieu élevé comptent parmi les causes les plus importantes de cet état. De ces traumatismes externes on rapproche souvent les traumatismes internes, c'est-à-dire les *hémorragies* et les *embolies* des centres nerveux. Dans la production de ces accidents, Duret invoque un déplacement du liquide céphalo-rachidien vers le bulbe. Mais de toutes façons, pour que le choc apparaisse, il faut une influence brusque et violente. On sait que les désorganisations même étendues des centres sont souvent bien supportées à la condition qu'elles se développent lentement et progressivement.

b. Au choc d'origine cérébrale on rattache certains accidents d'ordre *psychique* provoqués par la frayeur, la crainte, le chagrin ou la joie. C'est là l'*émotion-choc* de Ballet, la *rupture de l'équilibre psychique* de Babinski qui pendant un court instant détruit à la fois l'équilibre psychique et l'équilibre physiologique de l'individu. Ce choc a pu donner la mort soit par syncope cardiaque subite, soit par un autre mécanisme. Les exemples historiques abondent : Sophocle mourut en recevant les applaudissements de la foule et la couronne qu'avait mérités son génie, Diagoras en apprenant le triomphe de ses trois fils aux jeux olympiques, Denys le Tyran à l'annonce que le prix de poésie d'Athènes lui est décerné, la nièce de Leibnitz en découvrant 600.000 francs dans le lit de mort du célèbre philosophe, Philippe V à la nouvelle de la défaite espagnole à Plaisance, Pitt en apprenant la victoire de Napoléon Ier à Austerlitz.

Le *rire excessif* peut devenir une cause de mort, comme ce fut le cas pour Xerxès et le poète Philemon (Valère-Maxime).

Le *choc moral* par représentation soudaine d'une idée, comme le choc traumatique trouble, à la fois, l'équilibre psychique et l'équilibre physiologique ; tous deux présentent des phénomènes cérébro-bulbo-médullaires.

L'importance de ces faits est évidente en médecine légale. Ils n'ont qu'un intérêt historique dans la question qui nous occupe.

c. Un grand facteur de choc réside dans les *excitations des nerfs sensitifs* : celles-ci expliquent en partie les accidents consécutifs au traumatisme, surtout aux blessures par armes à feu; il se produit alors une violente irritation des nerfs, de la peau, des muscles, et surtout des os. Pirogoff a vu un malade non anesthésié mourir quand il a commencé de scier l'os. Même sous le chloroforme, cette section est ressentie, car Jordan a constaté, à ce moment, un abaissement de température de un dixième de degré.

De même, agissent les excitations cutanées par agents physiques ou chimiques, surtout quand l'irritation porte sur une grande étendue du tégument (brûlures en particulier, Roger, Boyer et Guinard).

d. Les *traumatismes de l'abdomen* produisent souvent un choc abdominal qui est analogue au choc nerveux (Tixier). Ce choc est manifeste dans les éviscérations et manipulations de l'intestin.

La sensibilité du péritoine rend compte de ce choc abdominal. Ainsi, dans les cas de plaie pénétrante, on est conduit à supposer la lésion d'un organe d'après la prostration du malade (Longmore).

e. Les *opérations très délabrantes* : désarticula-

tion de la hanche, désarticulation interscapulo-thoracique sont une cause fréquente de choc opératoire.

f. Les *douleurs viscérales* peuvent produire ce syndrome : coliques hépatiques, néphritiques, étranglement interne, coups portés sur le testicule (Fischer), lésions du larynx (Brown-Séquard); appareil pulmonaire : gaz irritants, pneumothorax brusque, embolie.

g. Mais la notion capitale dans l'étiologie d'une certaine variété de shock, notion que Quénu a bien mise en relief dans les blessures de guerre, consiste :

1° Dans la *multiplicité des blessures*; 2° dans l'existence de *grands dégâts musculaires*, plaies anfractueuses, ne saignant pas, frappées d'une sorte d'asphyxie locale, aux muscles froids, ne se contractant pas au contact du bistouri, de sorte qu'il semble à l'intervention qu'on fasse l'autopsie d'un membre mort (Gatellier); 3° dans l'existence d'une *hémorragie* grave, l'état hémorragique, l'anémie aiguë conduisant insidieusement à l'état de choc; 4° enfin, pour Vallée et Bazy, dans la pullulation et l'*action microbienne* dont le rôle sera élucidé à la pathogénie.

Ces dernières conditions étiologiques ont apporté à l'étude du choc des remaniements considérables. C'est en partant d'elles qu'on est amené à l'heure actuelle à décrire, à côté de l'ancien choc nerveux traumatique dont l'étiologie vient d'être détaillée ici, toute une série d'états dont l'analogie avec le choc nerveux est incontestable, mais dont la pathogénie en diffère profondément, de même que le traitement médical ou chirurgical d'urgence. Nous y reviendrons plus loin.

h. A toutes ces conditions étiologiques il faudrait, pour être complet, ajouter l'étude de deux facteurs susceptibles de créer, à eux seuls, l'état de shock ou d'augmenter celui-ci s'il existe déjà. Nous ne ferons que les indiquer ici. Ce sont :

Le *shock diététique* de Chauvin et Œconomos, dû aux troubles dans le métabolisme engendré par toute anesthésie à cause du jeûne qui précède et suit l'acte opératoire.

Le *shock anesthésique* dont l'étude nous amènerait à comparer entre eux les divers anesthésiques, ce que nous ne saurions faire sans sortir du cadre que nous nous sommes tracé. Disons simplement que ce choc se manifeste pour Gwathmey dans trois circonstances : 1° par dose excessive; 2° par insuffisance de la dose chez un malade hâtivement endormi et que le chirurgien opère avant narcose complète; 3° par obstruction des voies aériennes (ailes du nez, occlusion des lèvres, fermeture de la glotte par chute de la langue en arrière). Mais, il s'agit là d'accidents que, seule, une confusion de termes permet d'assimiler au choc traumatique. Ils n'en sont pas moins des *conditions adjuvantes*, car il est facile de concevoir l'importance du choc anesthésique ajouté au choc d'origine traumatique ou opératoire.

Symptomatologie. — Elle a été bien étudiée par Fisher dans une leçon publiée vers 1870, et par Bouchard et Roger, auxquels nous empruntons en partie cette description. Mais nombre de notions nouvelles s'y sont ajoutées dans ces dernières années, en particulier dans l'étude de la tension artérielle.

Aussitôt l'accident produit, le blessé tombe à terre. Parfois, disent ces auteurs, l'apparition des manifestations morbides n'est pas soudaine. Chez des individus fortement surexcités, le début peut être retardé pendant un temps plus ou moins long. C'est là un fait que l'observation de guerre a bien mis en valeur : en réalité, le choc immédiat est rare, dit Quénu ; bon nombre de blessés qui, plus tard, présenteront le syndrome qu'on est convenu de désigner sous le nom de shock, n'en sont pas atteints immédiatement et les théories du shock nerveux ne leur sont pas applicables. Des hommes, évacués des postes de secours de première ligne comme blessés légers, arrivent à l'ambulance en état de choc. Nous en verrons les raisons tout à l'heure.

Quoi qu'il en soit, le malade atteint de choc présente le tableau clinique suivant :

a. Attitude. — Il est, en général, dans le décubitus dorsal. Si le cas est très grave, il garde sans bouger la position dans laquelle on l'a placé.

La motilité et la sensibilité semblent abolies.

b. Aspect. — La physionomie du blessé est déjà caractéristique de la violence de l'accident (Schwartz) : le blessé est indifférent à tout ce qui l'entoure. Pourtant, si on l'interroge avec insistance, on peut encore obtenir une réponse juste. Mais, la parole est pénible, l'articulation imparfaite, la voix imperceptible.

Face : Pâle, tirée, narines dilatées, muqueuses exsangues, lèvres légèrement entr'ouvertes et parfois plus blanches que la peau. Le visage n'a aucune expression, les traits sont tellement modifiés que les parents ou amis hésitent à reconnaître le blessé.

Yeux : Les globes oculaires sont souvent entraînés en haut et incomplètement recouverts par les paupières supérieures légèrement tombantes; on n'aperçoit que les sclérotiques. En soulevant les paupières, on constate que les cornées sont vitreuses, les pupilles dilatées et paresseuses.

Téguments : recouverts de grosses gouttes de sueur froide et visqueuse; la peau est complètement décolorée, présentant parfois une teinte légèrement cyanique et des marbrures.

c. Sensibilité. — Fortement émoussée, mais non complètement abolie. Les excitations sensorielles ne déterminent pas ou presque pas de mouvements réflexes.

d. Phénomènes bulbaires. — *Respiration* lente, irrégulière, suspirieuse, quelquefois faible et à peine perceptible ou anxieuse avec un peu d'oppression et de polypnée.

Pouls et bruits du cœur faibles, irréguliers, très fréquents. Au début, ils seraient plutôt ralentis, au moins dans les heures qui suivent l'accident.

La *déglutition* est encore possible et même assez facile. La dysphagie, quand elle existe, constitue un symptôme inquiétant, car elle indique un trouble fonctionnel du noyau masticateur, voisin du pneumogastrique.

La *tension artérielle* est abaissée. Jordan avait noté que, pendant le sciage des os ou l'ablation d'un sein les ondulations de la ligne sphygmographique du Marey devenaient toutes petites, menues.

Le blessé choqué doit être suivi « le Pachon à la main ».

Cette étude de la tension du choqué est des plus

fructueuses pour le diagnostic, le pronostic et le traitement du syndrome choc (Marion).

Un abaissement considérable est un des premiers symptômes. Blechmann a montré que les traumatismes atteignant les organes protégés par le crâne ou la cage thoracique, influencent peu la tension. Celle-ci est surtout modifiée dans les traumas des membres et de l'abdomen. Indice d'une vasodilatation passive considérable, l'hypotension évolue rapidement. En une demi-heure, on voit baisser Mn, diminuer l'indice. Mx se maintient, puis baisse à son tour, quand le myocarde fléchit. Ces modalités constituent bien le *signal d'alarme* du choc. Les tensions critiques paraissent être celles dont les oscillations systodiastoliques sont inférieures à 4-8. Nous parlerons plus loin des diverses épreuves qui permettent de tirer un enseignement diagnostique de cette étude (épreuves de Moulinier, etc.).

Enfin, un des phénomènes les plus constants, c'est l'*hypothermie*. Elle s'apprécie facilement en tâtant la peau du blessé. Dans les cas légers, le blessé se plaint vivement d'une terrible sensation de froid. La température centrale est elle-même très abaissée. Ricard a noté des températures de 35 degrés ou 35°5.

e. SYMPTOMES ACCESSOIRES. — Ce sont la *sensation de soif*, même en dehors de toute hémorragie (Hogo Stoppato); l'*absence d'émission d'urines* par arrêt ou diminution de la sécrétion rénale (Soubeyran).

Evolution. — Herbert W. Page divise l'évolution du choc, lorsque le blessé guérit, en périodes de :

1° COLLAPSUS. — De quelques minutes à une ou deux heures, exceptionnellement un ou deux jours.

2° DÉBUT DE LA RÉACTION. — Quelques minutes à quelques heures, rarement plus de deux jours.

3° RÉACTION. — Trois à dix jours. La conscience reparaît, mais les troubles intellectuels persistent, irritabilité très grande, sommeil invincible, pouls ample et fort, parfois intermittent, peau chaude et moite, constipation, rétention d'urine.

4° CONVALESCENCE. — Variable, parfois indéfinie, persistance de la céphalée, de l'irritabilité, parfois de troubles mentaux qui peuvent devenir permanents.

Formes cliniques. — *A.* SUIVANT LES SYMPTOMES. — On distingue, depuis Travers, deux grandes formes :

1° *Forme dépressive ou forme torpide* (with prostration, Wundstümper des Allemands).

C'est celle que nous avons décrite.

2° *Forme éréthique* (with excitment, Wundschrek). Cette forme est plus rare. Le blessé est agité, pousse des cris, a des nausées, des vomissements, des frissons, des mouvements désordonnés. La pâleur des muqueuses a été notée, mais le plus souvent le visage est rouge et le front chaud.

Les yeux sont brillants, les pupilles resserrées, l'intelligence alourdie.

Du côté bulbaire, on note que le pouls est petit, rapide, la respiration anxieuse, gênée, la température non abaissée.

Bien qu'on ait vu cette forme survenir chez des blessés très sobres, elle relève, en général, d'états pathologiques antérieurs (alcoolisme, albuminurie, surmenage, neurasthénie, prédisposition mentale).

B. SUIVANT L'ÉVOLUTION. — On distingue encore deux formes principales :

1° *Cas légers.* — L'intelligence n'est pas complètement supprimée, le blessé se plaint de froid, puis, après un temps variable, les phénomènes se dissipent, le malade se réchauffe, le pouls devient plus fort, plus régulier. Parfois des nausées et des vomissements sont les premiers symptômes de l'amélioration. Le malade remue, sort de son indifférence, et se plaint de lassitude et d'une violente céphalée.

Mais, parfois, cette réaction est imparfaite, le malade retombe dans la prostration et succombe ou guérit après cette rechute.

D'autres fois, survient une période d'excitation avec peau chaude, face rouge, pouls rapide et bondissant, agitation, soubresauts musculaires. Le malade est en proie à un délire violent et succombe au milieu de ces phénomènes d'excitation ou dans le coma.

2° *Formes graves d'emblée :* la mort survient au bout d'un certain laps de temps, de trente minutes à deux jours. Le choc augmente progressivement, la pâleur devient effrayante, l'immobilité est complète, l'indifférence absolue, la déglutition impossible. Les réflexes conjonctivo-palpébraux disparaissent et la mort survient sans autre agonie.

C. SUIVANT LA DATE DE DÉBUT. — C'est ici que se place l'étude des formes cliniques observées durant la dernière guerre. Le choc nerveux, qui absorbait à lui seul tout l'ensemble du syndrome choc traumatique, n'y occupe plus la place prépondérante. Il n'est plus que le « choc immédiat », le « collapsus du début » (P. Delbet), d'un intérêt pratique secondaire et d'une rareté incontestable au regard de toutes les autres formes de chocs d'origine hémorragique, toxique ou toxi-infectieuse contre lesquels la chirurgie possède à l'heure actuelle des moyens d'action puissants, alors qu'elle est désarmée ou presque devant le choc nerveux immédiat.

Avec Guyot et Jeanneney nous distinguerons trois grandes formes : *choc nerveux*, *choc hémorragique* et *choc toxique*, auxquelles il est impossible de ne pas ajouter à leur exemple et malgré les réserves que cette forme comporte une quatrième grande forme : celle du *choc infectieux*.

1° *Choc immédiat, choc nerveux.* — Il apparaît dans la première heure qui suit le traumatisme et comporte deux variétés : le *grand choc* par inhibition ou épuisement, le *petit choc* des refroidis.

A. Le *grand choc* ou *collapsus du début* de Delbet frappe surtout les polyblessés, les commotionnés, les grands contusionnés. Sa détermination est analogue à l'action d'arrêt des plombs de chasse sur le gibier.

Ce qui le caractérise, c'est la brusquerie de son début, avec cet état grave d'emblée qui constitue la « stupeur des blessés ».

Il s'agit d'un blessé dont le pouls s'accélère, la pression baisse, et dont l'état général s'aggrave plus ou moins rapidement.

Ainsi s'installe cet état de dépression que nous avons décrit à propos du tableau clinique général du shock : le blessé est inerte, grippé, blême, les lèvres cyanosées, les yeux mi-clos, les pupilles contractées, les réflexes diminués, le réflexe oculo-cardiaque aboli (Dorlencourt). Les mains sont gla-

cées, le pouls petit, la respiration superficielle. La pression minima tombe à 5.

L'épreuve de Moulinier rend compte de l'insuffisance vasomotrice. La tension est très basse, le bras étant élevé. Elle augmente beaucoup si le bras est placé au-dessous du plan du cœur.

Le blessé peut néanmoins guérir, et alors, en général l'amélioration est brusque, si brusque qu'on ne peut s'empêcher de penser que c'est quelque inhibition ou quelque action d'arrêt qui cesse brusquement.

Le *petit choc nerveux secondaire* survient plus tardivement. Il est fréquent en hiver lorsque les moyens de transports sont lents, inconfortables. Ces shockés sont des refroidis, des fatigués, des « voiturés », des algides. Ils geignent et grelottent, leur pouls est petit. Cet état cesse en général brusquement.

Diagnostic différentiel. — En présence de ces états, il faudra éviter la confusion avec :

Etats agoniques : consécutifs à des broiements d'organes essentiels, des éviscérations. Le choqué n'est pas un mourant, il a quelque lucidité.

Etats émotionnels : le choc nerveux émotionnel peut compliquer certains accidents bénins chez des pusillanimes (paniques, batailles). Partout on cite le cas de Page concernant un employé de chemin de fer dont le shock apparent ne s'accompagnait que de l'écrasement du bout de sa botte.

Certains états émotionnels revêtent la *forme comateuse* (Demaye) avec obnubilation, mutisme, excitation motrice intermittente, réflexes normaux, pression instable et céphalée.

Syncope : début foudroyant avec perte de connaissance, arrêt de la respiration et du cœur. Puis se fait le retour à l'état normal après un instant.

Commotion cérébro-médullaire : le choc nerveux est un phénomène purement réflexe, tandis que la commotion est un fait d'abord purement mécanique, résultat du choc du liquide céphalo-rachidien dont le coup de bélier intéresse d'abord le bulbe principalement et ensuite d'une façon plus ou moins forte le reste du myélencéphale ; elle se complique en même temps de troubles vaso-moteurs (Duret).

Kocher fait d'ailleurs de la commotion faible, de la commotion pure (Reine Commotion des Allemands), un trouble vasculaire cérébral produit par irritation des nerfs sensibles de la dure-mère et assez comparable au choc traumatique. Et de fait, la mort peut survenir dans certains traumatismes craniens sans lésions matérielles des centres nerveux ; il s'agit alors de lésions physio-pathologiques des centres qui sont désorganisés, désorientés, profondément troublés dans leur fonctionnement. Nous avons montré ailleurs (1) que dans ces cas, l'intervention, même lorsque la présence d'un hématome intracranien semble expliquer ces troubles, ne donne souvent pas les résultats attendus.

Quoi qu'il en soit, la commotion vraie se distingue du shock par une perte de connaissance absolue et plus ou moins durable :

Du côté bulbaire, par une respiration et un pouls ralentis (sauf dans les cas de commotion forte avec pouls irrégulier de paralysie vague). La tension artérielle reste ordinairement élevée et forte, sauf dans les instants qui précèdent la mort. La température est d'abord abaissée, puis dépasse bientôt 37 degrés ;

Du côté des yeux, myosis, inégalité pupillaire.

Le liquide céphalo-rachidien est hypertendu, hyperalbumineux, formule bien mise en lumière par Lecène et Bouttier.

Du reste chez des polyblessés cet état s'associe souvent à celui du choc. Ce sont des cas où des traumatismes très graves sont accompagnés d'un choc cranien avec commotion. Mais on est alors en présence d'une commotion avec stupeur dont les effets sont beaucoup plus prolongés que ceux d'une commotion non compliquée (Duret).

Asystolie traumatique : se produit chez des sujets à myocarde taré. L'oscillomètre montre un cœur forcé avec le tableau clinique habituel.

Embolie graisseuse : se produit plusieurs heures après le traumatisme. Son début est soudain par dyspnée, expectoration muqueuse, signes de congestion puis d'insuffisance cardiaque.

Etats algides : dans lesquels l'organisme en souffrance réagit par de l'hypertension, parfois suivie d'hypotension. Il en est ainsi dans les coliques hépatiques ou néphrétiques.

2° *Choc primitif. Choc hémorragique.* — Vers la fin de la première heure, toujours dans la période primitive, le blessé qui a beaucoup saigné ne peut plus compenser son hémorragie. L'hémorragique devient un shocké. A ce facteur étiologique anémie aiguë viennent s'ajouter l'émotion, le froid, la douleur, les difficultés et les fatigues du transport.

Les prodromes consistent en malaise, angoisse, soif d'air, sensation de froid.

Le blessé ne peut plus fuir le lieu de sa blessure, il tombe prostré, inerte, déjà choqué.

A la période de shock il a une pâleur extrême, la peau froide, souvent visqueuse, les lèvres décolorées, une dyspnée très marquée, un état syncopal. « De l'air et à boire » sont les deux seuls cris du blessé.

Il présente une hypotension dont P. V. bonne au début décroît ensuite.

A l'épreuve de Moulinier, la Mx le bras étant élevé est égale à la Mx le bras étant au niveau du cœur.

L'épreuve de la compression abdominale de Delaunay est sans influence sur l'amplitude de l'indice chez les hémorragiques purs, — elle détermine une augmentation manifeste de l'indice chez le shocké.

Le réflexe oculo-cardiaque n'est pas toujours aboli, il est par contre souvent retardé.

Bientôt les signes d'hémorragie sont masqués par ceux du choc qui passe au premier plan. Aussi quelques heures après l'accident ne peut-on plus dépister le facteur perte de sang que par un diagnostic anatomique : plaie qui intéresse le trajet d'un paquet vasculaire (Duval), exploration oscillométrique de la perméabilité vasculaire négative (Jeanneney).

Diagnostic différentiel. — Dans la pratique civile, le choc ne peut être confondu avec l'*anémie aiguë :* l'hémorragique pur est agité, assoiffé, carphologique, d'une blancheur marmoréenne. Ses pupilles sont immenses, sa face est blafarde, angoissée, ses ailes du nez battantes, ses carotides frémissantes. Enfin l'examen du sang selon la technique de Depage et Govaertz confirme le diagnostic.

Mais en temps de guerre, la distinction est souvent plus difficile. Soubeyran indique les signes différentiels suivants :

(1) Bourde (Yves). Considérations sur quelques cas de traumatismes craniens sans fracture, *Th. de Montpellier*, 1922.

α. Si on assoit le blessé, la tendance à la syncope est plus grande chez l'hémorragique;

β. Le pouls de l'anémié aigu est variable suivant la position du blessé. De plus il est instable;

γ. Le facies est pâle chez l'anémié, livide et plombé dans le choc;

δ. Les anémiés sont agités, les choqués aplatis.

ε. Les anémiés bénéficient beaucoup plus du sérum et de la transfusion.

3° *Choc primitif retardé. Choc toxique.* — C'est « la *toxémie traumatique à syndrome dépressif* » de Quénu.

Le blessé qui a échappé au choc nerveux et hémorragique est encore menacé par une autre variété de choc que nous allons développer.

Ce *choc toxique* survient chaque fois qu'il y a de gros délabrements musculaires, des chambres d'attrition profondes et multiples.

Il apparaît en général à la fin de la période primitive, celle qui précède la période d'infection, de la sixième à la septième heure.

On lui distingue deux variétés suivant le mode de début :

1. *Début brusque.* — Il est assez rare. Après l'ablation d'un garrot, apparaissent de la dyspnée, de la toux, des vomissements, parfois un frisson. Le facies devient terreux, la tension baisse, la torpeur du choc s'installe. Il s'agirait d'un véritable choc anaphylactique à début brusque dû à l'ablation d'un garrot.

2. *Début lent.* — Le plus souvent précédé de prodromes : le blessé, même en été, se plaint du froid, sa physionomie s'altère, ses traits se tirent, ses joues se décolorent. A la période d'état : le pouls est petit, filiforme, très rapide. La tension minima s'abaisse jusqu'à 6 centimètres Hg, puis c'est Mx qui faiblit. Cette dissociation de Mx et Mn indique une insuffisance progressive du myocarde. P. V. se rétrécit et devient inférieure à 2. L'indice décroît et tombe au-dessous de 1.

L'épreuve de Moulinier révèle une chute extrême de Mx, Mn et Io en position élevée. Ces valeurs augmentent si le bras est au-dessous du plan du lit et surtout si on comprime l'abdomen et les membres inférieurs.

L'hypothermie est marquée. La température axillaire tombe à 35 degrés.

Le blessé est en proie à une lassitude profonde, et présente l'aspect clinique d'une appendicite toxique ou d'une insuffisance surrénale aiguë, tous symptômes apparus pendant son transport.

Deux signes sont importants : les coliques et les vomissements répétés, bilieux, parfois porracés et noirâtres, avec du hoquet.

L'examen du sang montre une polyglobulie capillaire, une hypoglobulie veineuse, et une azotémie marquée. La plaie ne saigne pas, est insensible ; les prélèvements restent négatifs.

L'état général reste très grave, puis en quelques heures, la mort survient.

Parfois, on peut assister à la guérison, grâce à une intervention précoce. Alors, la sécrétion urinaire augmente, le facies s'éclaire, la fatigue s'efface.

Le blessé reste deux ou trois jours subictérique, puis guérit. Néanmoins, il conservera longtemps de la déficience hépatique ; la moindre anesthésie peut lui être mortelle.

Le *diagnostic* est à faire avec :

Insuffisance surrénale. — Hypotension, douleurs épigastriques, vomissements, coliques, asthénie, raie blanche de Sergent ; l'hypotension cède à l'adrénaline.

Intoxications : α. Exogènes : Surtout par l'oxyde de carbone ; sang rutilant, céphalalgie intense, le sujet a été brusquement abandonné par ses forces.

β. Endogènes : dilatation aiguë de l'estomac, paralysie intestinale, comas toxiques.

Septicémie. — La septicémie péritonéale suraiguë a souvent été taxée autrefois de choc. Le cœur y est particulièrement frappé, le pouls monte et faiblit à mesure. Le facies est un peu différent. Néanmoins, le tableau en est analogue à celui du choc et Delbet a déduit de cette notion la théorie du choc toxique.

Gangrène gazeuse. — Surtout dans les formes œdémateuses, hypertoxiques. La différenciation est souvent difficile, lorsqu'il s'agit de petits foyers limités.

4° *Choc infectieux.* — C'est le *choc septique* de divers auteurs. Pour beaucoup, il doit être éliminé du cadre nosologique du choc. Or, souvent moins de trois heures après la blessure, on trouve des germes abondants, surtout anaérobies (Picqué). D'autre part, on peut admettre que le choc primitif prédispose à l'infection en paralysant nos défenses.

Ce choc septique commence dans la période secondaire (Vallée et Bazy). Son début, en général lent, fait suite au choc nerveux, hémorragique ou toxique sur lequel le choc infectieux se greffe.

Quelquefois, au contraire, il se manifeste alors que les phénomènes de choc se sont dissipés.

A la période d'état :

Au niveau du foyer traumatique les muscles sont altérés, grisâtres, se détachant comme de l'étoupe ou une étoffe brûlée et dégageant une odeur écœurante. Souvent du reste, les infections les plus redoutables se manifestent par les désordres locaux les plus discrets, et souvent même sans porte d'entrée extérieure, par voie hématogène (Bazy).

L'état général est singulièrement grave, le pouls petit, mais peu rapide. L'anesthésie est ici d'une gravité exceptionnelle.

D. Suivant l'étiologie. — 1° *Choc nerveux pur.* — Succédant à une impression morale inattendue, à une émotion. C'est celui dont nous avons cité les exemples historiques. Pour certains auteurs, il doit être distrait du cadre du choc traumatique.

2° *Choc d'origine traumatique proprement dit.* — C'est celui que nous avons longuement étudié jusqu'ici.

3° *Choc chirurgical ou opératoire.* — Ses causes sont très complexes : hémorragie, exposition des viscères à l'air, manipulation des viscères, facteur nerveux, toxique, microbien même, action du choc diététique et du choc anesthésique.

Les symptômes habituellement observés sont les suivants :

a. Chute de la pression artérielle.

b. Faiblesse de réaction des centres nerveux aux divers stimulants.

c. Rapidité et faiblesse du pouls.

d. Superficialité de la respiration.

e. Diminution des réflexes cutanés.

f. Transpiration notablement accrue avec peau froide et moite.

g. Abaissement de température.

h. Etat particulier du sujet qui, le choc anesthésique mis à part, est déprimé, mais calme et cons-

cient et qui, parfois, n'accuse ni gêne ni douleur, mais seulement une sensation de faiblesse considérable.

Le diagnostic se pose avec :

La *syncope anesthésique retardée*, qui ne se voit qu'après des séances longues à grande dépense de chloroforme et dans laquelle les injections stimulantes, les toni-cardiaques, la chaleur, l'oxygène produisent des résultats bons et rapides.

Et surtout l'*hémorragie* : alors les toni-cardiaques et les moyens de remplissage vasculaire n'ont qu'une action tout éphémère et le collapsus progresse malgré les injections; il faut attacher une signification importante à la douleur survenue assez brusquement et qui ne cède pas à une dose suffisante de morphine, à la rapidité et la petitesse du pouls, surtout à l'agitation inquiète de l'opéré. Il ne faut pas trop compter sur des signes classiques, mais trompeurs, tels que bourdonnements d'oreilles et obnubilation visuelle (Forgue et Massabuau).

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1922)

Avitaminose et inanition. — MM. Emile-F. Terroine et H. Barthélemy. Si l'inanition se surajoute indubitablement aux phénomènes d'avitaminose, ni la mort, ni les accidents nerveux ne peuvent être purement et simplement réduits à des accidents d'inanition.

Phonation et audition téléphonique. — M. Marage.

Sur le fonctionnement du tissu adipeux; recherches sur la glande nuchale des rongeurs. — M. A. Policard.

Séparation des globulines du sérum de cheval. — M. Vila.

Un cas de rage chez une lionne. — MM. Y. Manouelian et Jules Viala. Cas typique de rage, confirmé expérimentalement, observé pour la première fois semble-t-il, chez un lion.

Sur un mode inédit de préparation des vaccins. — M. René Zivy obtient une stérilisation complète de cultures émulsionnés dans l'eau physiologique par gels (— 18°) et dégels (+ 16°) successifs.

Porteurs sains de bacilles pesteux. — MM. Marcel Leger et A. Baury. Des sujets, jouissant d'une bonne santé apparente, peuvent héberger dans leurs ganglions indolores et non enflammés, des bacilles de Yersin virulents. Ce sont vraiment des porteurs sains, impossibles à dépister cliniquement et qui doivent certainement jouer un rôle dans le maintien de l'endémicité et aussi dans la dissémination à distance du mal.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1922)

La suppression du ministère de l'Hygiène. — M. Hayem. Il serait question, dit-il, sous prétexte d'économies, de supprimer le ministère de l'Hygiène. Il semble bien qu'il est du devoir de l'Académie de protester contre ce projet. Il serait plutôt indiqué de créer, à côté du ministère de l'Hygiène, un ministère de la Santé publique.

En conséquence, M. Hayem propose de nommer une commission qui serait chargée d'éclairer les pouvoirs publics sur la nécessité, non seulement de conserver mais plutôt d'étendre encore les attributions du ministère de l'Hygiène.

Cette proportion est renvoyée à la section d'hygiène, à laquelle sera adjoint M. Hayem.

Le levulose dans le traitement du diabète. — M. Desgrez, en son nom et au nom de ses collaborateurs, MM. Bierry et Rathery fait, sur ce sujet, une communication d'où il résulte que l'emploi thérapeutique du levulose, associé au phosphate de soude et à la date de 20 à 50 grammes par jour, a le pouvoir d'abaisser notablement la quantité d'acide β-oxybutyrique et d'éviter ainsi les accidents de l'acidove. Ce traitement améliore sensiblement l'état général des diabétiques.

M. Achard fait ressortir l'importance de cette communication. Il rappelle les expériences et les recherches qu'il a faites, sur le même sujet, avec ses collaborateurs, expériences qui datent de plusieurs années et qui confirment les conclusions de M. Desgrez, à savoir que le levulose associé au phosphate de soude et à la levure de bière n'augmente pas la glycosurie et procure une notable amélioration de l'état général des diabétiques.

L'examen médical des chauffeurs déjà adopté par certains pays (1). — M. Fiessinger, qui a été récemment victime d'un grave accident d'automobile, sollicite l'adhésion de l'Académie à une réforme d'hygiène sociale. Il veut dire l'examen médical des chauffeurs. Ils ont un permis de conduire, mais ce permis ne spécifie que leurs aptitudes techniques. Il ne tient nul compte de la santé de l'intéressé et ses infirmités demeurent négligeables. Il y a là un gros péril dont les accidents journaliers confirment l'importance. Joignons l'âge trop jeune. Il faut attendre vingt et un ans pour avoir droit de vote, mais dès la dix-huitième année un gamin dispose du pouvoir d'écraser les passants.

L'infirmité la plus répandue s'attache à l'organe de la vision. Les myopes sont légion. Aux oculistes de décider quel degré d'affaiblissement visuel établira la limite? Et si le binocle ou les lunettes providentielles sont cassés en cours de route, qu'adviendra-t-il? A côté des myopes, les sourds. Ils n'entendent pas l'appel avertisseur de l'auto qui s'avance dans un tournant. Tant pis pour les victimes!

Sourds et myopes sont en état d'émulation perpétuelle. Plus rares les manchots. Mais il en existe et qui ont des permis. De même ceux qui ne disposent que d'une jambe pour appuyer sur les pédales des freins. Il y a quelques semaines, dans Paris, un chauffeur était atteint d'une crise d'épilepsie à son volant. D'autres hésitent et sont incapables d'une décision d'urgence. D'autres, pris de boisson, conduisent leurs véhicules à tort et à travers. Laissera-t-on la population exposée aux maladresses des manchots et des mutilés, aux syncopes des épileptiques, à l'indécision des psychopathes et aux caprices des ivrognes.

Jamais il n'a été question de maladies du cœur et de l'aorte. Pourtant des chauffeurs sont morts subitement et la voiture brisée a parfois tué ou blessé grièvement ses occupants. Qui a songé aux hypertendus formidables et aux aortiques? Nombre d'entre eux se font un sport favori de l'automobile. Il existe une loi pour la déclaration des maladies infectieuses. Où est la loi qui mettra les voyageurs ou passants inoffensifs à l'abri des chauffeurs infirmes ou malades? Si la population est reconnaissante à l'Académie de la préserver de la typhoïde ou du choléra, elle demande au surplus à garder l'usage de ses membres. Une jambe, un fémur ou un crâne fracassé, méritent-ils moins l'attention que telle maladie infectieuse qui, comme la scarlatine, est tout de même moins redoutable? Parmi les membres de l'Académie, deux au moins ont déjà été écrasés par les chauffeurs et ont succombé sur le coup. Ces pertes ont mis en deuil le corps médical tout entier. Mais les chauffeurs responsables n'ont, ce semble, passé par aucun examen médical particulier.

C'est pourquoi, ajoute M. Fiessinger, l'Académie voudra peut-être m'excuser si je me permets de soumettre à sa haute approbation les trois propositions suivantes :

1° Un permis de conduire ne sera pas délivré avant l'âge

(1) Uruguay, Argentine.

de vingt et un ans, les qualités de réflexion et de jugement étant aussi nécessaires pour conduire une auto que pour déposer un bulletin de vote.

2° Ceux qui sont affligés d'une diminution de la vue et de l'ouïe seront soumis à un examen annuel des spécialistes. Les manchots, les grands mutilés, les épileptiques, les alcooliques, les ivrognes se verront refuser ou retirer leurs permis.

3° Tous ceux qui conduisent passeront devant une Commission médicale tous les trois ans en moyenne. Le cœur sera ausculté, la tension artérielle prise, le système nerveux examiné, et une nouvelle autorisation de circulation ne sera délivrée que pour une période que la Commission d'examen jugera sans danger.

— Les propositions de M. Fiessinger sont renvoyées à une commission dont il fait partie avec MM. Quénu, Vaquez et Balthazard.

Nous félicitons vivement M. Fiessinger d'avoir porté si nettement devant l'Académie cette question du danger des automobiles qui devient chaque jour plus grave et plus menaçante.

Opothérapie embryonnaire. — M. Carnot a fait de nombreuses expériences sur l'emploi d'un sérum embryonnaire qui lui aurait donné de bons résultats. La substance d'un embryon d'animal contiendrait des éléments d'une grande activité vitale et réparatrice.

Quelques remarques sur l'usage interne de la teinture d'iode chez les enfants — M. P. Nobécourt. La teinture d'iode à 1 p. 10, sans iodure et récemment préparée, administrée dans du lait, au début des repas, est généralement bien tolérée par les enfants. On prescrit des doses d'abord faibles, puis progressivement croissantes jusqu'à 250 ou 300 gouttes (4 ou 5 grammes de teinture, c'est-à-dire 0g40 ou 0g50 d'iode) à des enfants de dix à quinze ans. La limite de la tolérance est indiquée par l'anorexie.

Quand les circonstances sont favorables, ce traitement détermine une amélioration très appréciable de l'état général; le poids augmente et l'augmentation peut atteindre plusieurs kilogrammes en quelques semaines. En même temps la peau devient plus ferme, le teint se colore, la vitalité reprend. Cette action s'observe notamment chez les enfants qui ont de l'hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx, des adénopathies simples du cou et du médiastin.

La teinture d'iode ne lui a pas paru, en général, posséder d'action anti-infectieuse. Il est difficile d'apprécier ses effets sur les processus tuberculeux.

De l'influence des radiations sur la marche du cancer. — M. Benoit.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1922)

Sur les lysines du bactériophage de d'Hérelle. — M. Hauduroy. D'Hérelle a essayé d'expliquer le mécanisme du phénomène qu'il a découvert en isolant par précipitation par l'alcool des substances qu'il a nommées les lysines. Or, si l'on répète son expérience avec du bouillon ordinaire, on obtient les mêmes résultats. C'est que l'alcool seul avait exercé une action d'arrêt. La contre-épreuve est facile à faire en éliminant par le chauffage l'alcool qui est resté accolé au précipité. A aucun moment on ne peut mettre en évidence de substances lytifiées. L'hypothèse de d'Hérelle sur le mécanisme du phénomène est donc inexacte.

Sur le syndrome humoral de la sclérose en plaques. — MM. R. Targowla et S. Mutermilch. L'inoculation à divers animaux de laboratoire du liquide céphalo-rachidien d'un malade atteint de sclérose en plaques, de même que la recherche directe du spirochète sont restées sans résultat. Par contre, il existait une formule humorale assez caractéristique : à la réaction de fixation négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, à une très faible réaction albumino-cytologique, s'opposait une floculation accentuée de réactions colloïdales (benjoin et élixir parégorique); il y avait, en outre, de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Les auteurs insistent sur l'intérêt clinique de ce syndrome humoral qui paraît très fréquent, une telle association ne s'observant pas dans la syphilis du névraxe.

Sur les ferments oxydants nucléaires et cytoplasmiques, et sur leur importance physiologique. — M. Prenant. De ses recherches cytologiques sur les ferments oxydants dans la série animale, l'auteur conclut que, contrairement à ce que l'on a souvent affirmé, ni dans le noyau ni dans le cytoplasma, les réactions microchimiques de ferments oxydants ne suffisent à mettre en évidence les centres d'oxydation physiologique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Consultations oto-rhino-laryngologiques du praticien, par le docteur G. Portmann, chef de clinique oto-rhino-laryngologique, à la Faculté de médecine de Bordeaux. Préface du professeur E.-J. Moure. Un volume in-8 de 264 pages avec 38 figures. — Prix : 14 francs; franco, 15 fr. 40. — Paris, G. Doin.

Nuevas orientaciones en sueroterapiz antituberculose, por el profesor Francisco Sugranes Bardagi y doctor Juan Riera Vaquer. — Imprenta Gisbert nueva de San Francisco 22, Barcelona.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 2 novembre. — MM. Salmon, 19,54 ; Nathan, 18,45 ; Dumont, 19,72 ; Bloch (Marcel), 18.

Séance du 4 novembre. — MM. Lévy (Fernand), 19 ; Lecomte, 20 ; Donzelot, 19 ; Leblanc, 19,30 ; Tzanck, 19.

Liste des candidats admissibles à la deuxième épreuve :

MM. Bouttier et Lecomte, 20 ; Dumont, 19,72 ; May, 19,63 ; Salomon, 19,54 ; Leblanc, 19,30 ; Lévy (F.), Donzelot et Tzanck, 19 ; Weill (A.), François et Schulmann, 18,63 ; Bith, 18,54 ; Nathan et Paraf, 18,45.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — **Pathologie.** — Séance du 3 novembre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic des cavernes pulmonaires. »

MM. Fouquet, 18 ; Farrando, 14 ; Gaston (Jean), 15 ; Gibert (Ed.), 17 ; Fort (Pierre), 14 ; Gallais (Pierre), 16 ; Elbaz, 15 1/2 ; Eliascheff, 14 ; Drouhart, 15 ; Falaise, 17 ; Durrbach, 15 ; Delvaille, 16 ; Dragomiresco et Frémont, 17 ; Demailly, 13 ; Garnier, 18 1/2 ; Gibert (Henri), 16 ; France, 14 ; Duhamel, 17.

HOPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-BRIEUC. — Deux places d'internes sont vacantes en ce moment à l'hôpital de Saint-Brieuc.

Pour renseignements, s'adresser au directeur.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — M. Raynaud, agrégé près la Faculté de médecine d'Alger, est nommé, à partir du 1er novembre 1922, professeur de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées à ladite Faculté, en remplacement de M. Gillot, appelé à d'autres fonctions.

— BORDEAUX. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à partir du 1er novembre 1922, à MM. Carles et Petges, agrégés près la Faculté de médecine de Bordeaux.

— MONTPELLIER. — La chaire de médecine légale et toxicologie de la Faculté de médecine de Montpellier est transformée en chaire de médecine légale et médecine sociale.

— M. Euzière, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé, à partir du 1er novembre 1922, professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses à ladite Faculté, en remplacement de M. Mairet, admis à la retraite.

— M. Grynfeltt, agrégé, professeur sans chaire à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé, à partir du 1er novembre 1922, professeur d'anatomie pathologique à ladite Faculté, en remplacement de M. Massabuau, appelé à d'autres fonctions.

— M. Leenhardt, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé, à partir du 1er novembre 1922, professeur de clinique des maladies des enfants à ladite Faculté (fondation de l'Université), en remplacement de M. Baumel, admis à la retraite.

— La chaire de pathologie interne de la Faculté de médecine de Montpellier, est transformée en chaire de pathologie médicale et clinique propédeutique.

— M. Rimbaud, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé, à partir du 1er novembre 1922, professeur de pathologie médicale et clinique propédeutique à ladite Faculté.

— TOULOUSE. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à partir du 1er novembre 1922, à MM. Garipuy, Escande et Dieulafé, agrégés près la Faculté de médecine de Toulouse.

— M. Morel, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Toulouse, est nommé sur sa demande, à partir du 1er novembre 1922, professeur de clinique médicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Mossé, admis à la retraite.

— M. Dalous, professeur de médecine légale et déontologie à la Faculté de médecine de Toulouse, est nommé sur sa demande, à partir du 1er novembre 1922, professeur de thé-

rapeutique à ladite Faculté, en remplacement de M. Saint-Ange, admis à la retraite.

HOMMAGE AU PROFESSEUR EHLERS. — Les amis du professeur Ehlers (de Copenhague) — à l'occasion de la remise solennelle à la Sorbonne, de son diplôme de docteur *honoris causâ* de l'Université de Paris — lui offriront un banquet le dimanche 26 novembre 1922, à 20 h., dans les salons de l'Union Interalliée, 33, faubourg Saint-Honoré.

Prière d'envoyer son adhésion au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln (VIIIe) ou au docteur Thibierge, 64, rue des Mathurins (VIIIe). La cotisation est de 50 fr.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui sera une séance de l'École d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 20 novembre 1922, au Cercle militaire, à 21 heures.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Le Service de santé de l'armée », par M. le médecin inspecteur général Sieur, président du Comité consultatif du Service de santé.

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DE PARIS. — La Société tiendra sa séance plénière annuelle, le dimanche 19 novembre 1922, à la Faculté de médecine (grand amphithéâtre), selon le programme suivant :

Le matin, à 10 h. 30 : Conférence de M. le docteur Cauchoix, chirurgien des hôpitaux de Paris « L'Exophtalmos pulsatile ».

Le soir, à 14 h. 30 : Rapport sur « Les Cataractes secondaires » (avec projections), par M. le docteur Morax. Discussion du rapport.

La discussion est ouverte à tous les confrères, même étrangers à la Société, qui voudront bien au préalable se faire inscrire auprès du Secrétaire général le docteur P. Bailliart, 15, rue Saint-Simon (Paris-VIIe).

IXe CONGRÈS D'HYGIÈNE. — Le IXe Congrès d'hygiène vient d'inaugurer ses travaux à l'Institut Pasteur sous la présidence de M. Paul Strauss, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

Reçu par M. Risler, président du Congrès, par MM. les docteurs Roux, directeur de l'Institut Pasteur, Calmette, Louis Martin, Couvelaire, etc., le ministre rappela que le mouvement sanitaire actuel a pris naissance à la Commission des logements insalubres de Paris où siégeaient les hommes comme du Mesnil, Nappias et au sein de la Société de médecine publique promotrice du Congrès. Il faut se reporter à cette époque pour apprécier l'effort réalisé en matière d'hygiène et le ministre évoque au milieu des applaudissements la mémoire des Siegfried, Proust, Henri Monod et de A. J. Martin qui rapporta à la Société de médecine publique le premier projet d'où devait sortir la loi du 15 février 1902.

La Société de médecine publique fut, dit le ministre, au point de départ de toutes les réformes sanitaires et les hommes de la première heure voient ce qui a été fait, ils se souviennent avec émotion des luttes qu'il a fallu soutenir pour obtenir la loi de 1902, si méconnue aujourd'hui et qui à côté de progrès incontestables a créé dans l'opinion une agitation si féconde Il convient aujourd'hui de la compléter. Il faut le faire en tenant compte de l'état des mœurs, dans le cadre des institutions existantes et en consacrant la situation des hygiénistes au concours desquels il faut faire chaque jour un appel plus pressant.

L'Institut Pasteur s'est assuré dans l'histoire des conquêtes sanitaires une place glorieuse, non seulement il s'est illustré par des découvertes immortelles, mais il a groupé tous les savants, il a attiré à lui tous les chercheurs ; les hommes éminents qui le dirigent ont su mettre au point bien des efforts dispersés.

L'Alliance d'hygiène sociale a, de son côté, puissamment aidé à ce mouvement, et comment ne pas saluer au passage les noms de Casimir Périer, de Cheysson, de Risler et combien d'autres.

Il faut encourager ce mouvement et dès que les nécessités financières le permettront, se préoccuper de l'amélioration des logements, de l'embellissement des cités et dès l'instant, s'attaquer à la dépopulation. Ce dernier problème devra être envisagé sous ses deux aspects essentiels. Sans doute, il faut lutter contre la mortalité infantile, et ici les progrès de la science n'ont pas de limites, mais s'efforcer d'accroître par tous les moyens le nombre des naissances.

C'est à y travailler que doivent s'unir tous les hommes de cœur, que travaille la Société de médecine publique et à cet égard le Congrès d'hygiène aura certes le plus heureux effet.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de MM. les docteurs Davenport (de Paris) et Hobbs (de Bordeaux).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

VOYAGEUR. ACCIDENT DE CHEMIN DE FER
WAGON ARRÊTÉ EN DEHORS DES QUAIS

L'affluence des personnes qui voyagent en chemin de fer est de nos jours considérable ; les trains ont souvent une longueur qui dépasse sensiblement celle des quais d'embarquement et de débarquement. La question s'est posée de savoir si une Compagnie de chemin de fer était en faute lorsque, par suite de l'importance d'un train ou de toute autre circonstance, des voyageurs sont amenés à descendre d'un train en dehors des quais, et s'il est résulté de ce fait un accident.

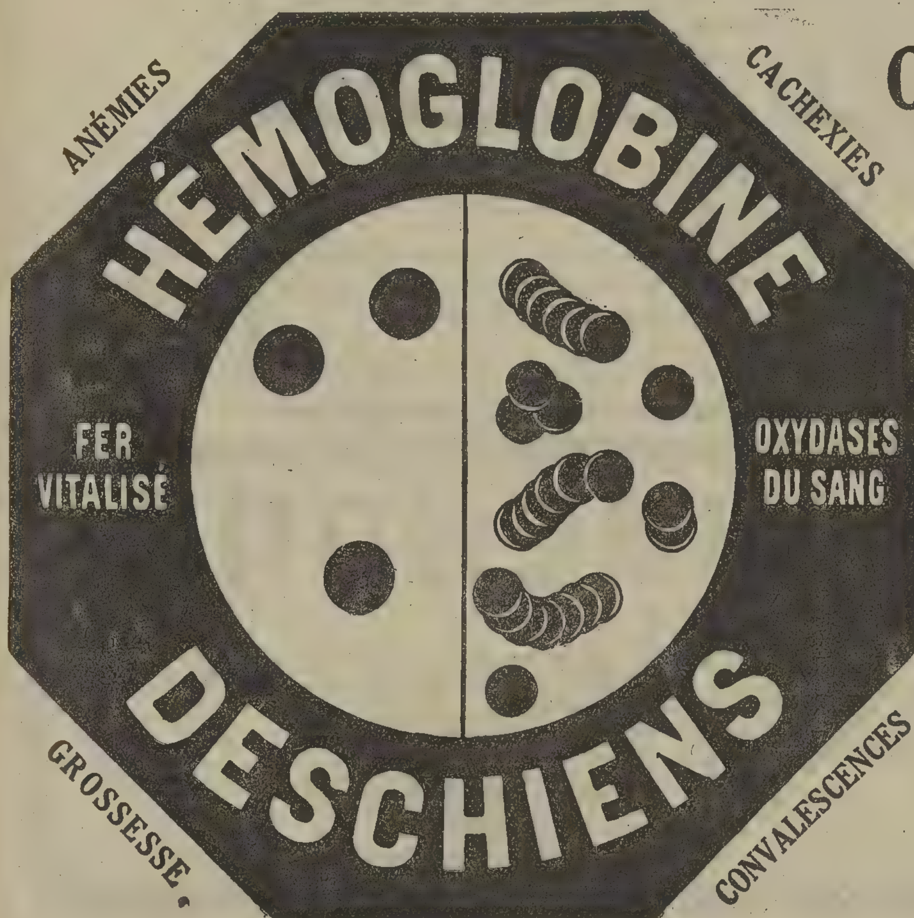
La Cour de Montpellier a répondu négativement par un arrêt du 7 avril 1922 dans ces termes :

« Attendu que le Tribunal a judicieusement réfuté le grief fait à la Compagnie d'avoir utilisé des wagons non destinés habituellement au transport des voyageurs, mais qu'elle avait été régulièrement autorisée à aménager à cet effet, et celui du non-éclairage des wagons, dès lors que vu l'heure et l'époque de l'année, il ne faisait pas encore nuit lors de l'arrivée du train de Port-Vendres ; qu'il reste à se demander si le fait de n'avoir pas arrêté à quai le wagon dans lequel se trouvait le sieur C... peut, comme l'ont pensé les premiers juges, être imputable à faute à la Compagnie.

Attendu qu'il n'a été justifié de l'existence d'aucune disposition légale ou réglementaire imposant à la Compagnie l'obligation d'avoir des quais de telle longueur que tous les wagons d'un train de voyageurs puissent à l'arrêt y faire face ; que, dès lors, la Compagnie n'est pas en faute si, par suite de l'importance du train ou de toute autre circonstance, des voyageurs sont amenés à descendre de leurs wagons en dehors des quais ;

Attendu au surplus qu'il ne résulte pas des circonstances de la cause que ce soit le fait de la non-mise à quai du wagon sur lequel le sieur C... se trouvait, qui ait été générateur de l'accident ; que celui-ci eût pu également se produire au cas où ledit wagon eût bordé le quai, puisqu'il est en réalité provenu d'un geste irréfléchi ou imprudent du voyageur qui, au moment de quitter le wagon, a maladroitement introduit son index dans un anneau fixé, d'après ses propres déclarations dans l'enquête reçue par le juge de paix d'Argelès, à la paroi intérieure du wagon ; qu'il n'y a donc pas lieu de retenir dans la cause, comme l'a fait le Tribunal, la responsabilité de la Compagnie du Midi, alors que des faits et des documents du procès résulte la démonstration d'un fait personnel de la victime et non d'une faute du transporteur. »

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.



ANÉMIES
HÉMOGLOBINE
CACHEXIES
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE.
CONVALESCENCES

XXIIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

(Paris, octobre 1922) (1)

TROISIÈME SÉANCE

Trois cas d'urétrite due à l'oïdium albicans. — M. GIRARD (de Toulon) rapporte ici trois cas d'urétrite aiguë due au muguet, écoulement purulent très net. Chez deux d'entre eux le parasite était directement dans les frottis de la goutte; chez un autre, il y avait un très long filament qui, seul, comportait le mycélium et les bouquets de spore; aucun traitement ne fut institué, la guérison spontanée survint environ huit à dix jours après avec raréfaction régulière du parasite.

Etude de 313 cas d'urétrite simple au point de vue de l'étiologie et du traitement. — M. Jules JANET (de Paris). Sur ces 313 cas suivis depuis plus de quatre ans, 21 seulement ont été atteints ultérieurement de blennorragie, ce qui prouve surabondamment que l'urétrite simple est une affection bien autonome qui doit être différenciée de l'urétrite chronique et de la gonococcie latente.

Dans des cas très rares (3 p. 100 tout au plus) ces urétrites simples masquent des gonocoques latents.

M. BONNEAU (de Paris) rapporte trois cas d'urétrites primitives amicrobiennes : un cas par oxalurie intense guéri par l'hydrate de magnésie par la bouche; deux cas d' « état variqueux de l'appareil génital » caractérisé par une grosse prostate molle, un méat violacé bleu, turgescent, un varicocèle extrêmement marqué. La guérison fut obtenue par la cure chirurgicale de ce varicocèle.

N. NOGUÈS. Dans les cas d'urétrites simples, où l'examen microscopique ne montre ni gonocoques ni aucune autre variété de micro-organismes, ne fait aucun traitement local au début.

Action du thorium X dans les blennorragies chroniques. — M. AVERSENQ (de Toulouse) a expérimenté en urologie, et en particulier dans les urétrites chroniques, les injections intra-urétrales de thorium X. Ce sel radioactif est caractérisé par sa richesse en rayons α, rayons peu pénétrants et d'une grande puissance d'ionisation, et par sa rapidité à perdre la radioactivité. Ces caractéristiques indiquaient son emploi en thérapeutique.

Dans la thérapeutique des blennorragies chroniques, l'auteur propose, sans interrompre le cours du traitement habituel de l'urétrite, d'injecter 25 à 100 micros de thorium X; l'injection doit être gardée un quart d'heure au maximum dans l'urètre antérieur et une demi-heure dans l'urètre postérieur. Ces séances doivent être espacées d'une semaine. Si au bout de trois séances au maximum la disparition des gonocoques n'est pas obtenue, il faut avoir recours à l'*ionisation*.

Par ces procédés, l'auteur a vu la flore microbienne diminuée de 80 p. 100 et souvent le gonocoque disparaître en une séance. Trois séances au maximum lui ont enfin assuré la guérison.

Le traitement de la blennorragie par la diathermie. — M. ROUCAYROL (de Paris) communique les résultats qu'il obtient, depuis dix ans, en soignant la blennorragie, chez l'homme et chez la femme, au moyen de la diathermie endo-urétrale et endovaginale.

L'auteur se sert de thermophores de différentes formes, à l'intérieur desquels cheminent des couples de soudures froides d'une grande sensibilité qui permettent ds connaître instantanément et à différents niveaux, la température exacte des tissus. Grâce à cet outillage perfectionné, on peut traiter les malades avec des courants de haute fréquence, dont on mesure exactement la puissance et la durée.

M. REYNÈS (de Marseille), tout en enregistrant les bons effets de la diathermie, trouve exagérées les conclusions de M. Roucayrol. La diathermie n'est pas seule à guérir le blennorragisme masculin ou féminin, dans ses lésions et ses conséquences possibles de stérilité. Tous les urologues, tous les gynécologues, les chirurgiens, les médecins ont guéri partout des blennorragiques, les ont assainis et leur ont assuré toutes les fonctions génitales de reproduction. Il y a une exagération évidente à prétendre le contraire, au profit de la diathermie.

M. H. MINET (de Paris). Les résultats sont-ils les mêmes quand on emploie contre la blennorragie la diathermie seule, que quand on y associe les lavages, et M. Roucayrol fait-il cette association?

En ce qui concerne l'historique de la méthode, il ne me semble pas juste de la donner comme personnelle à M. Roucayrol, et si nous n'avons pas actuellement de contact scientifique avec les urologistes allemands, ce n'est pas une raison pour faire le silence sur leurs travanx, dont les premiers résultats, à ma connaissance, furent discutés au Congrès allemand en 1913, et suscitèrent d'ailleurs de leurs auteurs de prudentes réserves sur la constance de l'efficacité des applications.

Contribution à l'étude de la vaccination des urétrites. — M. MARINGER (de Paris), après une année d'étude systématique, au moyen des cultures de la flore urétrale pathologique et de sa vaccination, arrive aux conclusions suivantes :

La flore pathologique des urétrites est multiple, même lorsque le gonocoque domine.

Cette flore est dans la majorité des cas formée de : gono-strepto, staphilo, entérocoques en groupements variés auxquels se surajoute, exceptionnellement, le coli, voire le pneumocoque.

Les vaccins les plus efficaces auxquels l'auteur s'est arrêté, parce que mieux supportés et exempts de complications, répondent aux conditions suivantes :

Entièrement détoxiqués (lavés et chauffés à 100 degrés).

Polymicrobiens-polyvalents. Riches en corps microbiens.

L'action sur les lésions chroniques se marque par des phénomènes décongestifs d'abord, puis par une action en quelque sorte fondante des scléroses même qui semblaient organisées.

La durée moyenne des infections est très raccourcie.

Les complications sont, pour ainsi dire, inexistantes.

La guérison clinique a toujours été obtenue pour les infections avec présence de gono et strepto.

Les seuls échecs sont avec le staphylo et l'entéro, qui ne sont « presque jamais » détruits par les vaccins actuels de l'auteur.

Dans les cas aigus, la guérison a été obtenue toujours avec des vaccins atteignant 5 à 10 milliards de corps microbiens par vaccination. Un seul échec avec un vaccin inférieur à 8 milliards.

Vaccinothérapie et sérothérapie dans le traitement de la blennorragie et de ses complications. — M. LE FUR (de Paris) confirme par une importante statistique les idées qu'il a déjà soutenues l'année dernière au Congrès de Strasbourg, émises par Stérian, à savoir la *non monospécificité du gonocoque* dans la blennorragie, mais, au contraire, l'importance des « microbes associés » et particulièrement du staphylocoque dans la blennorragie. Toute vaccinothérapie ou sérothérapie devra tenir compte de cette donnée capitale, pour être vraiment efficace. C'est ainsi qu'en ce qui concerne les *vaccins*, l'auteur n'emploie que les *autovaccins* ou les *stocks-vaccins* comprenant la principale flore microbienne de l'urètre blennorragique (gonocoque, staphylocoque, entérocoque, b. pseudo-diphtérique). Il en a ainsi obtenu d'excellents résultats avec une proportion de guérisons bien supérieure à l'emploi du vaccin antigonococcique pur.

En ce qui concerne les *sérums antiblennorragiques*, il n'a utilisé que le *sérum Stérian, sérum polymicrobien antiblennorragique* préparé à l'aide d'un *antigène multiple*. Il a ainsi traité avec un succès complet et rapide deux volumineuses prostatites, une double orchiépididymite et une polyarthrite blennorragique. MM. Marion, Floriand, Cunéo, Wiart, Vaquez, Babinski ont rapporté des cas semblables. Le total des cas traités par son sérum s'élève, d'après Stérian, à *241 cas avec 222 guérisons*, soit *99 p. 100 de guérisons*, comprenant surtout des arthrites, orchites, annexites, et aussi de nombreuses

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 84, p. 1349.

conjonctivites blennorragiques avec succès presque constants (Constantinesco, Morax, Rochon-Duvigneaud, Dupuy-Dutemps, Duverger). Ce sont là des résultats impressionnants qui justifient l'emploi de la sérothérapie dans le traitement des complications de la blennorragie.

Tuberculose de l'urètre avec rétrécissement tuberculeux. — M. J. Duvergey (de Bordeaux). Un homme de cinquante-deux ans est vu avec un état général déplorable : fistule anale, double tuberculose épididymaire, tuberculose prostatique, pyurée, rétention incomplète. L'exploration urétrale permet de constater un rétrécissement de la région périnéo-bulbaire. L'urine renferme du bacille de Koch. Azotémie, 2g89. Mort le 20 mai 1922 en azotémie.

A l'autopsie, tuberculose des deux reins, des uretères, de la prostate et des épididymes. Lésions granuleuses, ulcératives et cicatricielles de l'urètre au niveau des portions membraneuse et spongieuse.

Les lésions urétrales ont été étudiées avec soin par M. le professeur Sabrazès qui a constaté des lésions scléreuses au niveau du point rétréci et des tubercules au niveau des granulations.

Cette observation rare confirme les enseignements qui se dégagent de l'étude de celles qui ont été publiées; en particulier la contamination de l'urètre par les lésions rénales primitives; la bénignité relative du rétrécissement tuberculeux.

Syphilis primaire du méat et de l'urètre. — M. Girard (de Toulon) rapporte vingt-quatre cas de chancres syphilitiques du méat et de l'urètre, dont sept coexistant avec la blennorragie. Pour ces derniers les lésions furent beaucoup plus graves, mutilantes et sclérosantes. L'urétrotomie interne ne donne que des résultats insuffisants, avec dilatation difficile, retour rapide de la sténose, en même temps perte de substance assez considérable au niveau du méat et du gland. Chez presque tous il faut refaire des interventions tardives pour libérer l'urètre et le rendre plus perméable, tandis que dans les cas où la blennorragie n'existait pas, l'urétrotomie fut faite souvent, mais avec d'assez bons résultats consécutifs, et même souvent la dilatation suffit à entretenir le calibre du canal et du méat.

Hypospadias balanique. — M. Marion (de Paris) décrit un procédé pour la cure des hypospadias balaniques. Ce procédé, déjà employé par Dean Beavan et par Chocholka et qu'il a modifié, consiste en une autoplastie prenant un lambeau à la face inférieure de la verge, enroulé autour d'une sonde et introduit dans une tunnellisation du gland. L'opération est complétée par un enfouissement de la région sous une suture aux tubes de Galli.

Disjonction traumatique de la symphyse pubienne et lésions de l'urètre et de la vessie. — M. Rafin (de Lyon) rapporte trois observations de disjonction pubienne ayant eu des conséquences différentes sur la vessie et l'urètre.

Bien que moins fréquente que les fractures du bassin, la disjonction pubienne ne doit pas être négligée, et M. Rafin en a recueilli dans la littérature trente-six observations.

Les lésions de l'urètre et de la vessie coexistaient dans moins de la moitié des cas, sans que de l'importance de l'écartement constaté à la radiographie on puisse conclure à l'existence d'une lésion urinaire.

La disjonction elle-même ne paraît pas avoir une grande importance pour l'avenir des blessés. Quand elle existe, et en dehors des cas où le trauma est rapidement suivi de mort, c'est la lésion urinaire qui domine la situation.

Deux cas de rupture traumatique de l'urètre périnéo-bulbaire traités par la méthode Pasteau Iselin. — M. Jeanvoine (de Charleville) rapporte deux cas de rupture traumatique de l'urètre périnéal chez des malades traités par la méthode de Pasteau et Iselin. Après deux ans pour l'un et un an pour l'autre, les résultats se maintiennent excellents. Il insiste sur la nécessité de faire au périnée une large bouche n'intéressant que des tissus souples non contus et non infiltrés et sur ce fait qu'il ne faut pas se presser de fermer par une autoplastie la fistule périnéale.

M. Genouville (de Paris) regarde aussi le procédé d'urétroplastie de Guyon-Pasteau-Iselin comme excellent dans la cure des vieux rétrécissements. Il l'a appliqué entre autres chez un vieux rétréci devenu infranchissable. Il fit la cystostomie avec cathétérisme rétrograde, puis le Guyon-Pasteau-Iselin en deux temps espacés de quatre mois. Le résultat fut excellent, et le rétréci, revu à intervalles éloignés, est maintenu, depuis trois ans, à un calibre qui dépasse le béniqué 50.

De l'urétromètre comme explorateur de l'urètre. — M. Delcroix de Coster (de Bruxelles) croit que les urétromètres, et, en particulier, l'urétromètre d'Olis sont un peu négligés en France et en Belgique. Il l'utilise comme un explorateur de Guyon, et seulement dans le sens du retour.

Après une anesthésie de l'urètre antérieur à l'aide d'une solution de novocaïne à 1 p. 100 appliquée pendant cinq minutes, l'auteur introduit jusqu'au fond du bulbe l'instrument fermé et revêtu d'une gaine en caoutchouc souple.

Il recherche d'abord le signe de Bazy pour une olive 30, puis ouvre celle-ci à 35 ou 40, de manière à traverser l'urètre périnéal à frottement doux; dans des cas qu'il n'a pas eu de raisons de considérer comme anormaux, il a observé l'arrêt de la boule au niveau de l'angle pénio-scrotal au calibre 34 et même au 33, élargissant à nouveau l'olive jusqu'au 35, il la conduit doucement jusqu'au rétrécissement post-naviculaire.

L'instrument fournit des indications intéressantes :

1° Dans les cas de méats étroits où l'exploration est impossible et l'endoscope généralement insuffisant;

2° Dans les cas d'urètres péniens beaucoup plus étroits que le bulbe;

3° Pour l'appréciation des résultats des dilatations, et spécialement des dilatations hautes;

4° Pour le contrôle du signe de Bazy dans les rétrécissements d'un calibre supérieur à 17 Charrière.

En résumé, l'urétromètre d'Olis devrait faire partie de l'arsenal de tout urologue. Pour certains cas rares, il y aurait peut-être lieu de le munir d'une bougie conductrice de Maisonneuve.

M. Noguès, dans le cas douteux de spasme et de rétrécissement se sert d'une boule exploratrice introduite à la suite d'un conducteur.

Quelques rétrécissements congénitaux. — M. Stobbaerts (de Bruxelles). Exposé de sept cas de rétrécissements congénitaux et des conclusions qu'il est permis d'en tirer au point de vue étiologique et thérapeutique.

M. Bonneau (de Paris) rapporte une observation de rétrécissement congénital très serré de l'urètre chez une femme de trente-quatre ans, indemne de toute urétrite.

Physiologie pathologique des sphincters lisses de l'urètre dans le cas de rétrécissement de cet organe. — M. Denis Courtade (de Paris): Il existe au niveau de la région membraneuse deux sphincters : un extérieur, strié, l'autre plus interne et formé de fibres lisses. Ce dernier est souvent une cause d'arrêt dans le passage des bougies exploratrices, et on peut croire à un rétrécissement infranchissable ou très serré.

Le passage d'un courant galvanique négatif le fait le plus souvent disparaître.

QUATRIÈME SÉANCE

Quelques observations sur les folliculites uro-génitales de la femme. — M. Hamonic (de Paris). Les minuscules localisations du gonocoque dans les follicules uro-génitaux expliquent les contaminations blennorragiques par des femmes qui offrent les apparences de la guérison.

Les follicules les plus souvent infectés sont ceux qui avoisinent le méat.

Le symptôme caractéristique est la *gouttelette de pus* obtenue par la pression digitale.

En s'hypertrophiant, les follicules donnent naissance, tantôt à des *grains saillants*, tantôt à certains *polypes du méat* qui ne sont que des *adénomes*.

En suppurant, la folliculite produit de petits *abcès miliaires* et à leur suite de petites *ulcérations grisâtres bordées de rouge*.

Rarement des *fistules vestibulo-urétrales*.

La *folliculite disséminée de la vulve* est plus rare.

A la longue, l'hypertrophie des follicules s'y traduit par des saillies comparables à des *œufs d'insectes* qu'on observe surtout sur la muqueuse des petites lèvres.

La folliculite du *col utérin* est très fréquente.

Les *folliculites urétrales* sont très rares en raison de la brièveté du canal et du peu d'importance des lacunes de Morgagni.

L'*urétroscope* permet de voir les *petites zones* rouges ou érodées correspondant aux follicules malades.

Toute *folliculite*, surtout si elle est de nature *blennorragique*, doit être détruite car elle constitue un danger permanent de contamination.

Recherches anatomiques sur les vésicules séminales. — M. Pasteau (de Paris). Trois points sont étudiés : la *loge vésiculaire* et sa conséquence au point de vue de l'extirpation des vésicules en fin de prostatectomie ; la *constitution de la vésicule* par un tube vésiculaire présentant des plicatures ; le *calibre du tube vésiculaire* avec ses prolongements et ses diverticules multiples, au milieu desquels on peut constater parfois que des canaux dits secondaires peuvent avoir une longueur qui dépasse celle du canal principal.

M. Hogge (de Liége) pense que les vésicules séminales sont des glandes annexes de l'appareil génital, connu chez la plupart des mammifères, mais qu'elles ne constituent pas des réservoirs de sperme (ou du moins de spermatozoïdes), au même titre par exemple que la vésicule biliaire pour la bile.

M. Maurice Chevassu estime : 1° que la vésicule séminale n'est pas un réservoir de sperme ; ce rôle est dévolu à l'ampoule déférentielle, très semblable d'aspect à la vésicule, et avec laquelle on la confond souvent en clinique ; 2° que si l'injection de collargol dans le canal déférent, au niveau du funicule, parvient bien à l'urètre en traversant l'ampoule déférentielle, il n'est pas démontré qu'elle pénètre toujours, ni même souvent, dans la vésicule séminale ; 3° que le cathétérisme des canaux éjaculateurs est assez souvent réalisable, du moins au moyen de l'urétrocystoscope de Mac Carthy.

Petit kyste suppuré de l'épididyme et neurasthénie urinaire. — M. Reynard (de Lyon). Une lésion minime peut, dans le domaine génital ou urinaire, engendrer des troubles neurasthéniques considérables pouvant toucher à l'hypocondrie.

Un homme de vingt-cinq ans, vigoureux, sans antécédents d'aucune sorte, souffre depuis deux ans de courbature, lassitude extrême, pollakiurie douloureuse, irradiation pénible dans le testicule et le cordon du côté malade. A l'examen il s'agit d'un petit noyau arrondi, situé à la queue de l'épididyme, déterminant une réaction vive à la pression. Troubles hypocondriaques. L'opération montre un petit kyste de la grosseur d'un grain de plomb contenant une goutte de pus. L'examen de celui-ci par les cultures et l'inoculation sont négatifs. Guérison parfaite par l'intervention.

Hydrocèle biloculaire énorme simulant une ascite. — M. Charles Perrier (de Genève). Observation d'une hydrocèle scrotale gauche volumineuse ayant débuté il y a une douzaine d'années ; depuis deux à trois mois, augmentation plus rapide du volume du scrotum et de l'abdomen. Scrotum gros comme une tête de nouveau-né, oblong.

L'abdomen paraît rempli de liquide. Flot net. Matité généralisée, sauf sous les côtes et *dans le flanc droit jusqu'en arrière*.

On avait tout d'abord pensé à une hydrocèle communiquant avec une cavité péritonéale ascitique, mais les particularités de la percussion orientent vers une hydrocèle biloculaire de grand volume. Les examens radiographiques avec repas opaque confirment cette idée en démontrant le refoulement à droite, en haut et en arrière de tout le paquet intestinal.

Opération. Laparotomie sous-ombilicale. La poche est située au-dessous et en dehors du côlon descendant qu'elle repousse vers la droite. Après incision longitudinale du péritoine sur le bord externe gauche de la poche on peut relativement facilement décoller celle-ci. Une seconde incision scrotale inférieure permet d'isoler la poche. La poche enlevée on voit à nu le rein et l'uretère gauches, les muscles iliopsoas, etc. Drain scrotal. Suites opératoires simples.

Examen histologique : hydrocèle avec phénomènes inflammatoires dans la portion scrotale. Les sacs extirpés contiennent encore 10 litres de liquide, ce qui fait un total de près de 20 litres.

Les arrêts de développement occasionnant la lésion que nous venons de décrire sont connus. Mais, à notre connaissance, dans la littérature, le cas le plus volumineux contenait 3 litres et demi. La difficulté était la distinction avec une hydrocèle communicante. Le signe à rechercher et qui donne la clef du diagnostic est le *refoulement et la fixation* du paquet intestinal du côté opposé à l'hydrocèle. Ce signe ne pourrait pas exister avec une hydrocèle communiquant avec une ascite.

Fistule urinaire scrotale à travers le canal déférent. — M. Bonneau (de Paris). Homme de trente ans, atteint de tuberculose génitale, ayant subi onze ans avant une résection de l'épididyme droit suppuré et fistulisé, voit sa fistule se reproduire et par là s'écouler de l'urine d'une façon presque continuelle. L'opération, précédée de la pose dans le trajet fistuleux d'un crin de Florence coloré en bleu et pénétrant à 25 centimètres de profondeur dans le déférent, consiste à disséquer le déférent dans le canal inguinal, à en réséquer toute la partie funiculaire, puis à en fixer le moignon lié par un fil non résorbable, à la surface du grand oblique. Malgré l'élimination du fil le tarissement complet de la fistule urinaire est obtenue.

La gonococcie peut-elle être génitale d'emblée? — M. Paul Lebreton (de Paris). A cette question, qui peut au premier abord paraître paradoxale et même un peu révolutionnaire à l'heure actuelle, l'auteur répond par l'affirmative en se basant pour cela sur deux observations absolument probantes.

La première observation, personnelle à l'auteur, concerne un jeune étudiant en médecine qui, *sans aucune urétrite prémonitoire*, fut pris, à partir de 1917, d'une série d'accidents urinaires et génitaux, cystite par poussées, abcès de la prostate, que l'on dut ouvrir par périnéotomie, épididymite droite à répétition, poussée de vésiculite, etc., que l'on finit, faute de symptômes urétraux primitifs, par rattacher à l'existence d'une *tuberculose génitale*.

Ce malade étant venu trouver l'auteur au mois de juin dernier, celui-ci lui conseilla de faire faire une culture de sperme qui donna des *colonies importantes de gonocoque* (Perrari). Un traitement autovaccinal, selon la méthode personnelle de l'auteur, fut dès lors appliqué et donna les meilleurs résultats.

Le malade, revu tout récemment, peut être considéré comme définitivement guéri.

La deuxième observation, due à l'obligeance de M. Guépin, a trait à un homme de soixante-quatre ans qui vint le consulter en 1914 pour être opéré d'un *néoplasme prostatique* diagnostiqué par plusieurs spécialistes éminents.

Cet homme n'avait eu d'autres antécédents vénériens qu'un très léger suintement, après un coït douteux à l'âge de dix-huit ans, suintement qui n'avait d'ailleurs duré qu'une journée et n'avait pu être ramené par une épreuve de vin et de bière.

Quoi qu'il en soit, Guépin, à la suite d'un massage de la prostate, fait sortir par l'urètre du pus abondant jaune foncé, Au bout de quelques semaines, le malade accepte de faire faire une culture du suc prostatique, qui montre la présence de *gonocoques*.

Après un traitement approprié appliqué par Guépin, le malade a tout à fait guéri, il n'a plus de difficultés pour uriner, l'urine est devenue claire, et la prostate a repris sa forme normale et toute sa souplesse.

Il y aura donc lieu de recourir de plus en plus à cette méthode de diagnostic si sensible qu'est la culture du sperme, laquelle servira d'ailleurs de base au traitement, en fournissant les éléments de l'autovaccin que l'auteur continue à employer avec succès dans tous ces cas douteux ou difficiles.

Urétroscopie postérieure. — M. Heitz-Boyer (de Paris) parle des avantages de l'urétroscopie pour le diagnostic de l'hypertrophie de la prostate au début et la découverte des tumeurs vésicales avoisinant la région du col vésical.

M. Pasteau (de Paria) estime que l'exploration urétrocystoscopique doit être réservée à certains cas déterminés.

M. Maurice Chevassu n'est pas d'avis de pratiquer l'urétrocystoscopie systématique de toutes les hypertrophies prostatiques, mais pense qu'au cas de diagnostic difficile,

surtout au début, cet examen peut rendre service. La transformation du cylindre urétral en une fente antéro-postérieure dès qu'apparaissent les « joues » latérales des adénomes, provoque un « enfouissement » du véru qui est caractéristique.

M. Noguès (de Paris) a, depuis longtemps, muni d'un mandrin conducteur l'urétroscope d'Otis, puis celui de Mac Carthy.

Sur la simplification de la prostatectomie transvésicale. — M. Pasquereau (de Nantes) estime qu'il faut simplifier la prostatectomie hypogastrique en ne s'écartant pas de la méthode Freyer. L'*incision* sera *petite*; il sera préférable de morceler l'adénome énucléé plutôt que d'agrandir l'incision pour l'extraire en bloc.

L'énucléation se fera sans précipitation. L'excès de vitesse opératoire est souvent la cause des hémorragies consécutives, plus graves qu'un léger surplus d'anesthésique.

On ne *liera pas les déférents.* L'orchite est rare et peut être traitée par les moyens habituels. L'éjaculation, bien qu'intravésicale, n'est pas négligeable.

Enfin, on s'efforcera de *ne pas mettre de sonde urétérale à demeure* pour terminer la cicatrisation sus-pubienne. Cette sonde ne fait pas gagner de temps mais peut exposer à des complications hémorragiques et infectieuses.

Sept nouveaux cas de suture précoce de la vessie après la prostatectomie sus-pubienne. — M. Ch. Viannay (de Saint-Etienne). Depuis sa communication sur le même sujet au Congrès d'urologie de Strasbourg, Viannay a continué à suturer la vessie après la prostatectomie et il apporte 7 nouvelles observations avec 7 succès. Ces 7 cas, joints aux 8 de l'année précédente, permettent de se faire une idée de la méthode, d'après une série de 15 cas.

Mortalité nulle. La durée de la période de cicatrisation a été en moyenne de trois semaines, avec des durées moindres : vingt jours, quinze jours; enfin, dans deux cas qui détiennent le record de la cicatrisation rapide après la prostatectomie : *une semaine.*

Il n'y a eu aucune fistulisation durable.

L'un des principaux avantages a été *la mise au sec rapide* des malades. De ce fait, la suture précoce transforme véritablement les suites opératoires de la prostatectomie : *elle réunit avec unanimité les suffrages des opérés et du personnel soignant.*

L'an dernier, Viannay avait insisté surtout sur la « suture primitive retardée », qu'il a pratiquée le premier en s'inspirant de la pratique de Pierre Duval pour les plaies de guerre. Accessoirement, il avait envisagé aussi la « suture primitive immédiate » et ce procédé lui avait paru recommandable, appliqué après le deuxième temps de la prostatectomie. Depuis un an, Viannay a pratiqué 5 fois cette suture primitive immédiate et son impression sur ce procédé, basée maintenant sur 7 cas, est encore plus favorable qu'elle ne l'était l'an dernier.

Viannay réserve actuellement la suture primitive retardée aux cas dans lesquels l'énucléation des adénomes provoque une abondante hémorragie : alors, il tamponne la loge prostatique et suture la vessie deux ou trois jours plus tard, après avoir retiré le tamponnement. Dans les cas où l'hémorragie est minime, il pratique plus volontiers la suture immédiate. Au total, en se basant sur une série de 15 cas, sans un seul décès, sans une seule fistule, Viannay se déclare plus *suturiste* que jamais.

MM. Gayet (de Lyon) et Pasteau (de Paris) protestent contre la tendance à fermer la vessie après la prostatectomie. Ils y voient des dangers, comme l'hémorragie, et peu d'avantages puisque le temps de cicatrisation dure de deux à trois semaines.

Tube laveur urétro-sus-pubien pour prostatectomie. — M. Maurice Chevassu présente un nouveau type de la sonde à irrigation continue urétro-sus-pubienne qu'il emploie depuis plus de dix ans après la prostatectomie.

Cette sonde, en caoutchouc rouge à grand diamètre, présente trois orifices à sa partie moyenne. Lorsqu'elle est en place, une extrémité sort par le méat, l'autre par l'orifice sus-pubien, les orifices moyens sont dans la cavité de prostatectomie.

Elle permet, avec une simplicité extrême, toutes les manœuvres d'irrigation, non pas du sommet de la vessie, comme font plus ou moins toutes les sondes sus-pubiennes, mais de la base vésicale même et surtout de la cavité de prostatectomie.

Elle permet de supprimer le douloureux tamponnement hémostatique que la plupart emploient après la prostatectomie, en le remplaçant par une grande chasse évacuatrice des caillots, faite trois ou quatre heures après l'opération, et suivie de l'installation d'une irrigation continue à la fois hémostatique, désinfectante et drainante au point déclive. Grâce à elle, M. Chevassu n'a jamais perdu un prostatectomié d'hémorragie, et la plupart de ses opérés sont « à sec » dans leur pansement.

M. R. Bonneau a parfois associé, après la prostatectomie, les avantages du tamponnement qui arrête l'hémorragie à ceux du drainage en déclive qui empêche le malade de se mouiller. En fin d'opération, il pose par l'urètre une béquille qui apparaît dans la loge. Puis, il tasse en rond la mèche de gaze autour du bec de la sonde qui émerge du tamponnement.

129 cas de prostatectomie hypogastrique. — M. A. Giuliani (de Lyon) apporte sa statistique opératoire de prostatectomies hypogastriques. Le 1er août 1922, le nombre de ses opérés s'élevait à 129, avec une mortalité opératoire de 19, soit 14,72 p. 100.

Elève de Rafin, M. Giuliani suit, en général, la ligne de conduite de son maître : opération en deux temps le plus souvent, anesthésie mixte par infiltration et un peu de kélène pour l'énucléation, tamponnement, lavages biquotidiens par l'urètre et drainage pendant quinze jours en moyenne.

Un cas d'hémorragie grave chez un prostatique, deux semaines après la cystostomie. — M. Ch. Viannay (de Saint-Etienne). L'opinion à peu près unanime des urologistes est que la cystostomie exerce, sur la vessie des prostatiques distendus, une action décongestionnante et hémostatique. Aussi M. Viannay ne fut-il pas peu surpris d'observer chez un prostatique à qui il avait pratiqué le premier temps de la prostatectomie, une hémorragie grave qui survint à la fin de la deuxième semaine après la taille, alors qu'auparavant, ce malade n'avait jamais saigné. La prostatectomie, suivie du tamponnement de la loge prostatique, mit fin à cette hémorragie. Le malade guérit; mais il présenta encore, dans le cours de la période de cicatrisation, deux hémorragies secondaires de moindre importance que la première.

La raison de cette tendance à l'hémorragie fut donnée par l'examen de la pièce. Il s'agissait d'une grosse prostate molle pesant 100 grammes et l'analyse histologique (Devuns) démontra qu'il s'agissait d'un *adénome très proliférant, peut-être au seuil de la malignité.*

CINQUIÈME SÉANCE

Traitement d'urgence des rétentions rénales septiques aiguës. — M. Escat (de Marseille) a en vue les cas où l'état général très grave, la fièvre élevée, les conditions opératoires locales apparentes, difficiles, réalisent seules les indications classiques de la néphrotomie d'urgence.

La néphrotomie d'urgence est efficace, surtout en cas d'uronéphrose infectée, de pyonéphrose calculeuse ou non calculeuse (tuberculose exceptée) à poche uniloculaire, d'accès facile sans extériorisation du rein, et favorable au débridement et au drainage régulier.

Elle est parfois évitable ou retardée avec avantage par le cathétérisme de l'uretère et le drainage du bassinet. Il faut opérer si l'évacuation franche de la poche ne fait pas fléchir les accidents aigus dans les vingt-quatre heures.

La pyélotomie d'urgence a été utilisée deux fois par l'auteur dans deux cas de calcul du bassinet avec rétention purulente aiguë. Le résultat parfait dans un cas fut bon, mais éphémère dans l'autre, il s'agissait d'un rein unique et d'autres lésions intestinales et pelviennes, suite d'hystérectomie.

La *néphrectomie d'urgence*, en cas de pyélonéphrite suraiguë ou aiguë et de rétention de pus ou de caillots, peut être indiquée, si on est fixé sur l'existence et la valeur de l'autre rein : huit cas de néphrectomies d'emblée malgré température de 39 à 40 degrés ont donné huit succès à l'auteur.

La néphrotomie largement évacuatrice d'emblée, complétée

dans la même séance par la néphrectomie sous-capsulaire rapide, est, pour l'auteur, l'opération de nécessité pour certains gros reins adhérents de pyélonéphrite chronique en poussée aiguë, surtout avec poches multiloculaires, tuberculeuses ou non. On évite ainsi : 1° les difficultés et le choc d'une néphrectomie immédiate extracapsulaire; 2° les risques de la néphrostomie et du drainage atypiques des grandes pyonéphroses multiloculaires; 3° la néphrectomie secondaire.

M. Maurice Chevassu (de Paris) est systématiquement opposé aux néphrectomies à chaud et s'efforce autant que possible de ramener « à froid » les poches rénales suppurées soit par le cathétérisme urétéral, soit par une néphrostomie minime, pratiquée sous anesthésie locale ou avec quelques bouffées de chlorétyle.

Abcès métastatique du rein. — M. A. Bœkel (de Strasbourg) relate l'observation d'une jeune fille qui, à la suite d'un *furoncle,* fut prise subitement de violentes douleurs dans la région lombaire droite. Température élevée, tuméfaction notable du rein droit, pas de pus dans l'urine vésicale ni dans les urines des deux reins recueillies par cathétérisme urétéral bilatéral. Une intervention est pratiquée sous anesthésie générale. Il existait un *phlegmon périnéphrétique en communication avec un abcès circonscrit développé dans la substance corticale du pôle inférieur du rein.* Incision large de drainage; guérison rapide et définitive.

Cette observation constitue un exemple d'*abcès rénal métastatique.*

Deux cas de fistules réno-intestinales. — M. S. Œconomos (d'Athènes) communique deux observations de pyonéphrose compliquée de fistule réno-intestinale et ayant abouti à la mort.

Il insiste sur la rareté de cette complication, sur son diagnostic facile en général et son pronostic très grave. Le traitement de la fistule réno-intestinale doit consister en la néphrectomie qui constitue la seule chance de salut.

M. Maurice Gérard (de Lille) relate une observation de fistule réno-intestinale. Il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans environ, opérée en août 1913, pour un abcès périnéphrétique gauche, d'origine imprécise. Les années de guerre empêchèrent de pratiquer les explorations itératives qui avaient été prévues.

En 1921 cette malade fut revue par M. Lambert (de Lille), pour une fistule intestinale qui s'était établie au niveau de l'incision faite lors de la première intervention, et qui, par l'exploration radiographique se manifesta comme intéressant le côlon descendant. L'exploration du rein gauche par cathétérisme urétral démontra que le rein avait une fonction totalement abolie.

A l'intervention, il fut enlevé par l'incision lombaire habituelle une poche sacculaire, qui représentait les restes d'un rein totalement atrophié. La communication fistuleuse avec le côlon fut facilement isolée et obturée par ligature. La malade guérit assez simplement de l'intervention.

Enervation du rein pour néphralgie rebelle. — M. Thévenot (de Lyon) rapporte un cas d'énervation chez une femme de quarante et un ans, atteinte de rein mobile depuis vingt ans avec crises douloureuses atroces depuis un an, il n'y avait pas trace d'hydronéphrose. Le résultat se maintient excellent depuis l'opération qui date de deux mois et demi. A cette occasion l'auteur insiste sur la difficulté de l'intervention, en raison de la disposition irrégulière des nerfs et de leur adhérence aux vaisseux, surtout à la veine rénale; sur l'innocuité de cette résection au point de vue fonctionnement rénal, et cite des expériences inédites de Rochet et Latarjet. Il considère cette méthode comme le procédé de choix contre les douleurs violentes des reins mobiles, des petites hydronéphroses et de toutes les névralgies rénales.

Tuberculose rénale et radiographie. — M. Desnos (de Paris). Une femme de vingt-six ans présentait de la pollakiurie depuis près de dix ans sans autres symptômes que de vagues douleurs lombaires; les urines s'infectèrent à la suite de lavages vésicaux dans les dernières années et la cystite devint d'une intensité telle que tout repos devint impossible; l'état général restait bon cependant. En janvier 1922, l'exploration externe du rein et des uretères ne révélait qu'un peu de sensibilité et d'augmentation de volume du rein droit. Cathétérisme urétéral impraticable en raison de l'intolérance vésicale. Un cobaye sacrifié vingt-huit jours après l'inoculation était resté indemne. Une radiographie pratiquée alors montra une ombre épaisse de 6cm4 à contours arrondis, et peu mamelonnée, sillonnée de lignes courbes qui donnaient l'impression de trois calculs juxtaposés.

Le résultat de la constante d'Ambard étant satisfaisant (0,076), Desnos se proposa de faire une néphrolithotomie ou une néphrectomie suivant l'état du rein. Celui-ci mis au jour apparut avec de grosses bosselures qui le remplissaient et le distendaient. La néphrectomie se passa sans incident de même que la guérison.

Incisé, le rein enlevé était rempli d'une matière caséeuse très dense, mastic épais qui paraissait en voie de caséification sur certains points et occupait les trois quarts de l'organe.

L'erreur à laquelle l'image radiographique mena aurait peut-être pu être au moins soupçonnée en considérant le teint de l'opacité inégale et presque transparent en certains points.

Lithiase rénale de nature exceptionnelle. — M. Thévenot (de Lyon) communique l'histoire d'une femme atteinte de coliques néphrétiques banales, sans calculs visibles à la radiographie, et chez laquelle la néphrotomie permit d'enlever une centaine de petits calculs. Ceux-ci ont la consistance molle du mastic de vitrier et se dessèchent en laissant de minuscules grains durs et noirs. Ne renfermant ni éléments cellulaires plus ou moins déformés, ni cristaux minéraux, solubles en partie dans l'éther, ils sont formés de chaux et de magnésie, sous forme de carbonate ou de phosphate, probablement combinés à une matière organique dont la constitution chimique est encore mal définie.

M. Thévenot range ce cas, en raison des réactions chimiques, dans le groupe des calculs d'urostéalithe. Il rappelle les sept cas connus antérieurement sans pouvoir apporter de données plus précises, ni sur la pathogénie de ces calculs, ni sur l'état du rein malade.

Rein très calculeux sans grands symptômes cliniques. — M. Pasquereau (de Nantes). La malade n'avait jamais eu d'*hématuries*, mais seulement de vagues douleurs avec un empâtement au niveau de la région lombaire. Le *cathétérisme urétéral* a permis de se lancer sans arrière-pensée dans une opération que la physiologie pathologique urinaire nous montre si dangereuse lorsqu'elle n'est pas pratiquée à bon escient.

La *néphrectomie* ne fut suivie d'aucun incident.

Calculose rénale bilatérale, pyélotomie droite, néphrectomie gauche. Guérison. — M. Afuentes (de Madrid) rapporte une observation en faisant remarquer qu'on doit toujours opérer d'abord sur le côté le moins malade.

Pyélo-néphrite et urétérite calculeuses bilatérales. — M. Micolich (de Trieste) rapporte une observation de destruction à peu près complète des reins sans aucun symptôme clinique.

Néphrectomie pour lithiase vingt ans après une taille pour calcul de 485 grammes. — M. Genouville (de Paris) rapporte l'observation d'un homme opéré vingt ans avant de taille hypogastrique par calcul de 485 grammes, onze ans plus tard de néphrolithotomie du rein droit pour trois calculs réno-urétéraux et auquel il a, en décembre 1921, pratiqué la néphrectomie du même rein pour calculs.

L'observation tire son intérêt de l'évolution typique de cette lithiase unilatérale, consécutive à une fièvre typhoïde (1896), et qui a peu à peu amené la destruction complète, anatomique et fonctionnelle, du rein.

La néphrectomie enleva par morcellement un petit rein scléreux et la guérison est, cette fois, définitive.

A propos de trois cas de cancer du rein. — M. Le Fur (de Paris), à propos de trois cas de néphrectomie pour cancer du rein, émet quelques considérations cliniques et opératoires. Il insiste sur la *latence* souvent très grande des néoplasmes rénaux qui trompe le malade et même le médecin, l'*irrégularité des hématuries*, parfois complètement absentes, parfois d'une abondance considérable; un de ses malades dut être

opéré d'urgence, il était véritablement saigné à blanc. L'évolution de ces tumeurs est parfois très lente : dans un de ses cas, la première hématurie remontait à vingt ans. Les *formes symptomatiques* sont très variables : le cancer du rein affectait la forme hématurique dans un cas, douloureuse dans un cas, de rein mobile dans deux cas. La *fonction uréique* qui souvent n'est pas très atteinte, malgré une destruction presque complète du rein, est parfois cependant réduite à un chiffre infime.

Les *récidives* sont toujours à craindre.

La *voie* à recommander est la voie lombaire dans presque tous les cas, sauf pour les énormes tumeurs.

L'excision de la graisse périrénale doit être pratiquée avec soin. En revanche, l'ablation des ganglions n'est pas à recommander, si elle doit entraîner de grands délabrements. Un fait à noter est que ce ne sont pas toujours les opérations les plus complètes et les plus complexes qui s'accompagnent de moins de récidives.

Un de ses cas les plus anciennement guéris concerne une simple néphrectomie sous-capsulaire.

L'étude de l'hypertrophie compensatrice des reins par l'épreuve de la phénol-sulfone-phtaléine et la K. d'Ambard. — M. Tardo (de Palerme) présente graphiquement réunis dans un même tableau vingt et un cathétérismes urétéraux exécutés à l'aide de l'épreuve de la phtaléine. Pour la connaissance de la répartition réelle dans les deux reins de la perte de fonction et la notion de l'hypertrophie compensatrice, lorsqu'elle existe, l'épreuve de la phtaléine est aujourd'hui la seule qui peut nous rendre des services intéressants. L'auteur montre sur le tableau tous les degrés de la perte fonctionnelle selon la progression de l'affection, de la lésion débutante à l'abolition de la fonction. Dans les cas de lésions bilatérales, si les deux reins sont attaqués en même temps, on voit une perte de fonction progressive des deux côtés. Si le deuxième rein est au contraire attaqué depuis longtemps, en l'absence d'autres troubles et de néphrite, ce rein aura déjà assumé une fonction compensatrice. Et cette fonction peut être de degré variable et avoir une valeur qui va de celle d'un rein à celle de deux reins. Donc, dans les lésions bilatérales, on peut avoir une élimination presque normale de phtaléine, comme on a souvent une K. de peu supérieure à 0,070. L'auteur relève que lorsqu'il s'agit d'un fonctionnement rénal peu modifié, les deux épreuves, phtaléine et K, donnent des résultats parallèles alors qu'au contraire, quand les lésions sont graves et compliquées, le parallélisme n'existe pas toujours.

L'expérience future dira dans ces cas quelle est la valeur respective de ces deux épreuves.

Trois cas d'uretère double. — M. André Boeckel (de Strasbourg) présente les *aquarelles cystoscopiques* et les *urétéro-pyélographies* ayant trait à ces trois cas.

Les deux premiers ont été déjà publiés à la Société française d'urologie (séance du 8 mai 1922, rapport de M. Papin).

Observation résumée du troisième cas. — Homme de vingt-huit ans, se plaignant de douleurs lombaires existant depuis deux ans du côté gauche. A la cystoscopie, on découvre *deux orifices urétéraux à gauche*, un orifice à droite. Cathétérisme des deux uretères gauches : urines de bonne qualité, pas de pus. A droite : rein fonctionnant bien.

L'*urétéro-pyélographie gauche* montre bien l'existence de *deux uretères s'entre-croisant deux fois* comme c'est la règle et de *deux bassinets*; l'un, supéro-interne, de petite capacité, l'autre inféro-externe *légèrement hydronéphrotique*.

L'auteur explique cette petite rétention par la compression exercée par le premier de ces uretères sur son congénère.

Le malade est traité par une série de *calibrages* de l'uretère comprimé, suivis de *lavages* du bassinet dilaté.

Les *douleurs ont rétrocédé*; tout permet d'espérer une guérison complète (malade encore en traitement).

Ce n'est que dans des cas d'hydronéphrose plus importante de l'un des bassinets qu'une néphrectomie partielle serait indiquée (voyez la récente thèse de Franco sur ce sujet).

Prolapsus et diverticule de l'extrémité inférieure de l'uretère. — M. H. Minet (de Paris). La coexistence de ces deux affections dans une vessie est exceptionnelle; dans le cas de M. H. Minet le prolapsus seul donnait lieu à des symptômes, par suite de son invagination dans l'urètre féminin, qui se réduisit d'ailleurs spontanément. Il se présenta alors au cystoscope sous l'aspect d'une petite tumeur polypoïde, lisse, douée de motilité qu'on éveillait par le contact et qui témoignait de la présence de fibres musculaires dans sa paroi creusée d'une cavité centrale parsemée de taches ecchymotiques; il ne semble pas que cet aspect puisse être celui d'un diverticule dont une partie se serait sphacélée à la suite de l'urétérocèle, et les symptômes d'une telle élimination n'ont pas existé.

Le diverticule et le prolapsus ont tous deux été traités par la destruction diathermique; le résultat de cette opération très facile est parfait, quoiqu'on ait cru inutile de la poursuivre jusqu'aux derniers vestiges de muqueuse.

R. DIDIER.

XXXIe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Paris, 2-7 octobre 1922)

COMMUNICATIONS DIVERSES

Vers intestinaux et appendicite. — M. E. Tailhefer (de Béziers) rapporte l'observation très intéressante d'un méfait des vers intestinaux (ascaris lombricoïde) à la suite d'une opération d'appendicite. Des vomissements bilieux très abondants apparurent chez sa malade douze jours après l'opération, sans aucun symptôme de péritonite ou d'occlusion et durèrent quatre jours; ils disparurent instantanément après la mise en position de la malade en plan incliné qui provoqua l'expulsion par la bouche d'un long ver de 18 centimètres.

L'auteur attire l'attention : 1° sur ce traitement très simple du plan incliné qui explique l'arrêt des vomissements bilieux par le décollement du ver fixé au débouché du canal cholédoque et gênant l'écoulement biliaire; 2° sur la fréquence, chez l'homme de tout âge, des ascaris dont les œufs sont apportés par l'eau, les aliments crus, les mains sales, dont les embryons, d'après les travaux les plus récents, pénètrent par les veines intestinales dans la veine porte et la circulation générale, se fixent parfois dans les tissus. Ces vers n'atteignent leur complet développement que dans l'intestin grêle où ils arrivent après être sortis des vaisseaux sanguins au niveau des alvéoles pulmonaires, après avoir suivi la voie de la trachée jusqu'à l'isthme du gosier et pénétré avec la salive dans le tube digestif.

ACTUALITÉS

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Un numéro récent du *Bulletin médical* a été consacré à l'hypertension artérielle; la question mérite d'être étudiée très complètement, car les malades, aujourd'hui fort instruits de tout ce qui concerne la pression artérielle, connaissant les dangers auxquels expose l'hypertension, suivent de près les résultats fournis par la mesure de leur pression; ils se réjouissent de la baisse, s'inquiètent de la hausse. Les sphygmomanomètres leur inspirent le même respect et la même crainte que le thermomètre aux mères de famille anxieuses près d'un enfant fébricitant.

Pour bien soigner un hypertendu, il faut d'abord rechercher pourquoi et comment il l'est devenu. Voyons donc, guidés par A. Clerc (1), l'étiologie et

(1) A. Clerc. Le problème de l'hypertension artérielle permanente en clinique, *Bull. méd.*, 1922, n° 31.

la pathogénie de l'hypertension. Il s'agit, le plus souvent, d'un homme de cinquante à soixante ans, appartenant à une famille où l'hypertension artérielle se rencontre fréquemment, où l'on meurt d'hémorragie cérébrale : c'est un préoccupé, un surmené, assez fréquemment un syphilitique, quelquefois un saturnin, un alcoolique, un grand fumeur; dans d'autres cas, l'hypertendu est un diabétique, un obèse fort mangeur. L'hypertension, plus rare chez les femmes, coïncide alors, le plus souvent, avec des pertubations génitales : grossesses répétées, fibrome et surtout ménopause (Vaquez et Lecomte).

Quel est, chez l'hypertendu, l'état des artères? Comment fonctionnent les reins? Pendant longtemps, on a mal distingué l'hypertension artérielle et l'artériosclérose. Clerc fait remarquer que les lésions des grosses et des petites artères n'offrent, au point de vue de leur intensité, aucun parallélisme avec l'hypertension. Les observations sont nombreuses où, en dépit d'un épaississement artérioscléreux généralisé, le sphygmomanomètre n'a rien révélé d'anormal. La théorie vasculaire de l'hypertension artérielle, mettant au premier plan le barrage opposé à la libre progression du sang par l'épaississement des vaisseaux, ne peut donc expliquer bon nombre d'hypertensions.

Et la théorie rénale? D'après Clerc, les troubles de l'élimination urinaire se rencontrent chez au moins 80 p. 100 des malades dont la tension artérielle est augmentée. Tantôt le syndrome de néphrite hypertensive est complet, tantôt l'insuffisance rénale demande à être recherchée et décelée par les diverses épreuves aujourd'hui classiques. Mais, il ne faut pas croire que l'hypertension artérielle et l'insuffisance rénale marchent de pair au point de vue de l'intensité. Malgré ces réserves, on attribuera un rôle important aux reins, soit par gêne de la circulation artérielle au niveau des reins (action discutable), soit plutôt par rétention de produits hypertenseurs.

Il existe donc des hypertendus sans artériosclérose et sans néphrite chronique. C'est l'hypertension primitive, la plus fréquente même, d'après Mougeot. A celle-ci s'applique la théorie humorale : troubles des glandes endocrines dont la sécrétion est hypertensive; ce sont surtout les glandes surrénales et Vaquez, dès 1904, a expliqué l'hypertension artérielle par une hyperplasie des capsules surrénales amenant une hypersécrétion de ses produits, d'adrénaline vaso-constrictive. Objections, réponses à ces objections n'ont pas manqué ; le problème ne paraît pas définitivement résolu.

N'oublions pas enfin le rôle, sans doute très important, du système nerveux : excitabilité exagérée des centres vaso-constricteurs, hypertonie de tout le système sympathique. Une expérience de Tournade et Chabrol est extrêmement curieuse : l'excitation du nerf splanchnique d'un chien fait monter la pression artérielle d'un autre chien en communication vasculaire avec le précédent par une anastomose veineuse surrénalo-jugulaire, comme si l'irritation du splanchnique provoquait l'hypersécrétion de produits hypertenseurs diffusibles et capables de passer de l'animal donneur à l'animal récepteur.

Donc, encore des obscurités dans la pathogénie de l'hypertension artérielle. Au point de vue clinique, les symptômes de l'hypertension artérielle, les accidents qui en dépendent sont bien connus (1). Il faut instituer une thérapeutique qui retarde le plus possible l'échéance de ceux-ci. Mougeot (2) va nous donner les directives du traitement.

Comme régime alimentaire, l'hypertendu pur, n'ayant pas de rétention azotée et pas d'insuffisance rénale, ne doit pas être mis au régime hypoazoté strict et complètement déchloruré. On veillera surtout à lui interdire les substances excitantes du système nerveux : café, thé, alcool, vin pur, épices, viandes noires. Les aliments d'origine animale seront consommés au seul repas de midi, dans un état de fraîcheur parfaite, à la quantité maximum de 80 à 100 grammes ; le soir, repas végétarien. Heitz insiste beaucoup sur la modération dans la quantité des aliments ; les hypertendus obèses devront maigrir et, chez eux, le régime des fruits, tel que l'a préconisé Surmont, sera utile trois jours de suite, une fois par mois.

La quantité des boissons sera très surveillée, conformément aux conseils donnés par Huchard et Fiessinger : 300 centimètres cubes par repas, 1 litre 1/2 par 24 heures. Il sera parfois utile de faire boire entre les repas (Marcel Labbé), de préférence en position couchée, Lemoine et Linossier ont, en effet, montré que la diurèse est plus rapide dans cette attitude qu'en position debout. Le malade absorbera un verre d'eau le matin, au lit, une demi-heure avant de se lever.

Un exercice physique modéré ; pas de surmenage. Quelquefois une cure de repos au lit, car, chez un surmené, le repos au lit, plusieurs jours de suite, abaisse la pression de 3 à 4 centimètres (Heitz). Pas d'efforts violents; attention aux rapports sexuels qui peuvent provoquer une hémorragie cérébrale.

Parmi les nombreux médicaments préconisés comme hypotenseurs, Mougeot en retient trois : les nitrites, le benzyle et le citrate de soude. Il ne dit rien des iodures; Heitz les indique pour les cas où il y a hyperviscosité du sang et aussi comme ayant peut-être une certaine influence sur la nutrition des parois artérielles. D'après Clifford Albutt, leur inutilité n'est pas démontrée.

Parmi les nitrites, le nitrite d'amyle est indiqué dans les crises hypertensives, la trinitrine et le nitrite de soude dans l'hypertension permanente.

Mougeot formule :

Nitrite de soude..................	0g05
Extrait de gui....................	0g07

pour une pilule kératinisée n° 30. Trois par jour.

Le nitrite de soude peut encore s'employer par voie sous-cutanée; en injectant chaque jour 5 centimètres cubes d'une solution au centième dans du sérum physiologique, on évite les troubles stomacaux que provoque parfois ce médicament. D'après Heitz, les nitrites ont une action hypotensive réelle, mais c'est une action fugace.

Le benzoate de benzyle n'est pas toxique, est bien toléré par voie stomacale. Posologie : quatre doses de XX à XXV gouttes d'une solution alcoolique au cinquième. Laubry et Mougeot en ont obtenu de bons résultats; ils utilisent aussi la voie hypodermique, avec une solution de benzoate de benzyle dans de

(1) LUTEMBACHER. Les accidents cardiaques de l'hypertension artérielle, *Bull. méd.*, 1922, n° 31. — DONZELOT. Les accidents de l'hypertension artérielle permanente, *Bull méd.*, 1922, n° 31.

(2) MOUGEOT. La thérapeutique de l'hypertension artérielle, *Bull. méd.*, 1922, n° 31. — Voir aussi : HEITZ. Hypertension artérielle. Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, t. IV, p. 768.

l'huile d'olive, à la dose de II à IV gouttes par centimètre cube. Expérimentalement, l'alcool benzylique a une action hypotensive très manifeste.

Le citrate de soude est un médicament facile à manier; on en donne 3 à 10 grammes par jour. Moricheau-Beauchant a relaté des observations très favorables. L'indication majeure paraît réalisée par l'hypertension pléthorique avec hyperviscosité de Martinet.

Deux autres médicaments ont été récemment essayés : la teinture d'ail (Loeper et Debray), XX à XXX gouttes d'une macération à parties égales de gousses d'ail fraîches bien mondées, chaque jour en une fois, pendant deux à quatre jours; la pepsine en injection sous-cutanée (Loeper et Mougeot), à la dose de 1 centimètre cube d'une solution à 20 p. 100 filtrée sur bougie (soit 0g20 de pepsine). Les résultats ont été très satisfaisants et encouragent à poursuivre ces recherches.

Les agents physiques sont des adjuvants précieux de la médication hypotensive. L'hydrothérapie, sous forme de douches, exige des précautions car, au début d'une douche, chaude ou froide, il y a vasoconstriction et par conséquent hypertension. Les bains de vapeur, les bains d'air surchauffé, les bains de lumière déterminent une vaso-dilatation des vaisseaux cutanés et la pression tend à s'abaisser. Le massage de l'abdomen, les mouvements passifs des membres avec résistance du malade sont hypotenseurs. L'électricité a été essayée et la haute fréquence ou d'Arsonvalisation eut une grande vogue pendant quelques années; celle-ci améliore certains phénomènes pénibles de l'hypertension artérielle sans abaisser la pression. Avec la diathermie, Duhem a obtenu des résultats qui n'ont pas été retrouvés aussi nettement par Bordet (1).

Plusieurs stations hydro-minérales attendent, l'été, les hypertendus qui se dirigent, selon la prescription médicale, vers une cure de diurèse, vers Bourbon-Lancy ou vers Royat. La cure de diurèse se fait à Aulus, Evian, Martigny, Capvern, Vittel; elle sera prudente, surveillée de près par le médecin qui observera si la quantité d'eau éliminée après chaque ingestion représente un volume suffisant. En buvant trop et en urinant peu, l'hypertendu s'exposerait à la pléthore, à la dilatation cardiaque. A Bourbon-Lancy se rendront les malades qui en sont encore à un stade précoce de leur affection, lorsque la pathogénie se résume dans des spasmes vasculaires. Les bains carbo-gazeux de Royat ont une action vaso-dilatatrice très manifeste, et, à cette station, les malades peuvent aussi faire une cure de diurèse.

Avec un bon régime, une hygiène méthodique, quelques médicaments, avec l'emploi prudent des agents physiques, avec une cure hydro-minérale, on peut donc arriver à faire baisser la pression, à maintenir l'hypertendu en équilibre pendant des années; un jour vient où des accidents éclatent (insuffisance cardiaque, urémie, apoplexie, angine de poitrine, œdème pulmonaire). D'autres indications thérapeutiques se posent alors; même à ce stade, un malade, judicieusement et énergiquement soigné, peut encore avoir une longue survie.

M. BRELET.

(1) LEREBOULLET et HEITZ. Les maladies du cœur et des vaisseaux en 1922, *Paris méd.*, 1922, n° 26.

NOTES DE PRATIQUE

CHORÉE DE SYDENHAM

Traitement causal (songer à la syphilis).

Instituer la cure mixte d'arsenic et de vanadium par la Vanadarsine : X gouttes par jour données en deux doses avant les deux principaux repas. Augmenter cette dose de II gouttes par jour jusqu'au total de X gouttes. On continue vingt jours, on interrompt dix jours et l'on reprend.

Pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 6 AU 11 NOVEMBRE 1922)

THÈSES

Mardi 7 novembre. — Jury : MM. Chauffard, président; Gilbert, Duval et Nobécourt. — M. BOGDANOVITCH (V.). Contribution à l'étude de l'influence du moral sur le physique. — GLOVER (Henri). L'auscultation électrique en physiologie et en clinique. — M. SORDINA (Théodore). L'anesthésie de l'urètre. — M. ROUSSEAU (André). De la sigmoïdite hypertrophique. — M. COJAN (Noël). Contribution à la pathogénie de l'énurésie.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS CARDIAQUES DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU[1]

I. Les péricardites rhumatismales. — a. La *péricardite sèche* est la lésion la plus fréquente chez l'enfant. C'est aussi la plus grave. Souvent il s'agit d'une péricardite sèche localisée; plus rarement la péricardite est généralisée, ce qui est alors extrêmement grave.

Le début peut être aigu, fébrile. Il peut s'annoncer aussi par des palpitations, par des douleurs précordiales, intenses, irradiées le long du nerf phrénique (points phréniques de Guéneau de Mussy). On note de l'oppression, de la dyspnée. Mais ces symptômes avertisseurs peuvent manquer et la découverte d'un frottement péricardique à l'auscultation est souvent le premier symptôme.

Ce *frottement péricardique* apparaît du reste du jour au lendemain. Il est très variable dans ses modalités; son timbre est d'abord doux, comme le froissement d'un billet de banque. Puis il devient de plus en plus rude, pouvant affecter le *timbre* d'un véritable râclement de cuir neuf. Le *siège d'auscultation* ne répond pas à un orifice du cœur. Son siège de prédilection est la base du cœur. On doit donc le rechercher surtout au niveau de la base, au milieu du bord gauche du sternum, ou plus rarement dans la région sus-apexienne.

Il ne coïncide pas avec un *temps cardiaque*. Il est *méso-systolique* et peut créer avec les deux bruits normaux du cœur des rythmes spéciaux, par exemple un bruit de galop péricardique. Dans certains cas on peut entendre un bruit double, bruit de va-et-vient péricardique, bruit de locomotive.

On note l'absence de *propagation*; le frottement naît et meurt sur place.

Il est *superficiel* et semble sous l'oreille. Il augmente par la position penchée en avant, par la pression du sthétoscope.

Dans certains cas, le frottement est tellement marqué qu'il devient perceptible à la palpation (frémissement péricardique). On peut aussi percevoir des frottements pleuraux. Au bout de quelques semaines, le frottement s'atténue et disparaît, c'est la guérison; ou bien il se produit une exsudation séro-fibrineuse et ainsi se constitue une péricardite avec épanchement.

b. *Péricardite avec épanchement.* — Dans ce cas, le frottement péricardique du début s'atténue, puis disparaît. La pointe du cœur est moins nettement perçue, elle est comme engluée. Puis le *choc de la pointe disparaît* en même temps que se produit un affaiblissement des bruits du cœur qui semblent s'éloigner.

Lorsque l'épanchement est constitué, il y a une augmentation de la matité précordiale et la pointe du cœur bat audessus du niveau inférieur de la matité. Si l'épanchement augmente et dépasse 400 grammes, on peut delimiter sur le bord gauche de l'aire de matité cardiaque l'encoche de Sibson. C'est une aire de matité en forme de brioche. Enfin, dans certains cas rares, on a vu coexister un frottement avec un épanchement assez important.

Quand l'épanchement a atteint un volume moyen, des *troubles fonctionnels* peuvent apparaître : douleurs précordiales pouvant rappeler celles de l'angor pectoris; troubles de compression divers, troubles pulmonaires, dyspnée, troubles circulatoires, signes de compression du phrénique (hoquet, points douloureux de Guéneau de Mussy). A l'auscultation du thorax, on peut constater des signes pleuro-pulmonaires : matité, souffle à la base du côté gauche simulant l'existence d'une pleurésie. Mais si l'on place l'enfant penché en avant, en position genu-pectorale, la matité postérieure disparaît ainsi que les autres signes pleurétiques. Ce sont les signes pseudo-pleurétiques de Pins.

La ponction exploratrice peut cependant, dans certains cas, montrer la présence d'un peu de liquide sérofibrineux dans la plèvre : le rhumatisme a frappé, dans ce cas, à la fois le péricarde et la plèvre (pleurésie en galette de Lasèque).

L'épanchement péricardique peut, s'il est abondant, tuer le malade par syncope ou bien se résorber progressivement. Le frottement alors reparaît tardivement.

Evolution. — Lorsque le liquide disparaît, le danger est dans la formation d'adhérences; celles-ci sont minimes et alors peu graves ou bien elles peuvent être étendues, généralisées même, et alors elles aboutissent à la constitution d'une *symphyse cardiaque rhumatismale.*

c. *Symphyse cardiaque rhumatismale.* — Cette symphyse cardiaque se constitue sournoisement, insidieusement, après la disparition des phénomènes aigus. Il n'est pas rare qu'il se produise en même temps de l'hypertrophie cardiaque et de la dilatation secondaire.

Cliniquement, cette symphyse reste latente bien peu de temps. Au bout de quelques mois, se manifestent des accidents asystoliques.

A l'examen, on constate une voussure précordiale, un retrait présystolique de la pointe, une ondulation, une reptation de la paroi précordiale. A la percussion, on note une augmentation de la matité du cœur, matité fixe, considérable; le cœur semble énorme, avec immobilité de la pointe dans les diverses positions du malade. A l'auscultation, les bruits sont assourdis, on peut entendre des souffles multiples, parfois même un bruit de galop.

Les *signes fonctionnels* peuvent manquer au début, la maladie évoluant insidieusement jusqu'à l'apparition brutale de la crise d'asystolie. Ou bien, on voit apparaître des palpitations, de la dyspnée d'effort, des douleurs angineuses, l'enfant est souvent pâle, blafard, avec les lèvres et les extrémités cyanosées. On constate souvent une *congestion passive du foie.* Cette hypertrophie hépatique précède même l'apparition des œdèmes. Elle est d'ailleurs d'emblée définitive, fatale à brève échéance; son évolution coupée de brèves accalmies aboutit fatalement à la mort, souvent subite.

Cet aspect clinique et cette évolution sont spéciales à la symphyse rhumatismale.

La *symphyse cardiaque partielle* est assez fréquente. Elle peut passer inaperçue, n'être qu'une découverte d'autopsie, et ne donner lieu à aucun symptôme clinique. *(A suivre.)*

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 85, p. 1375.

LIVRES NOUVEAUX

Comment sauvegarder les bébés ? Enseignement de l'hygiène infantile donné à l'Institut de puériculture et à la Goutte de lait de Belleville (1), par le docteur G. Variot.

Nul n'ignore les beaux travaux qui ont fait de M. G. Variot l'un des premiers parmi les médecins qui s'occupent des maladies des enfants du premier âge. Aussi personne n'était-il plus qualifié que lui pour exposer les mesures à prendre pour sauvegarder les bébés. Ces mesures, il les a indiquées oralement dans les conférences qu'il a faites, dix ans de suite, à l'Institut de puériculture des Enfants-Assistés. Il se décide aujourd'hui à en faire le sujet d'un livre qui est appelé, étant donné la compétence toute spéciale de l'auteur, au plus grand succès. Il y étudie, entre autres questions d'actualité, les *erreurs à éviter dans l'alimentation infantile et les divers laits qui conviennent aux nourrissons*; les *abus de la balance dans le contrôle de l'allaitement*; ceux, non moins importants, que cause la *doctrine de la suralimentation*; les *obstacles à l'allaitement*; le *contrôle de l'allaitement au sein par la balance* et la *toise*; la *technique de l'allaitement artificiel*; la *dentition* et le *sevrage*; l'*enseignement de la puériculture*, etc. Le livre se termine par la reproduction d'une *conférence populaire aux mères sur l'allaitement, et par les instructions aux mères pour allaiter et nourrir leurs enfants.* Faut-il rappeler que ces instructions, tirées à 400.000 exemplaires, ont servi de modèle à bien des médecins, de guide à bien des mamans et contribué à sauver bien de jeunes et précieuses existences ?

L. Babonneix.

(1) In-8 de 400 pages. — Paris, 1922, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

LE SAMEDI 2 DÉCEMBRE 1922

à 14 h. 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, 3, avenue Victoria, à l'adjudication en un seul lot, et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *Bandages, Pessaires, Bas élastiques, etc.*, nécessaires au service de cette Administration pendant l'année 1923. L'importance du marché est évaluée avant adjudication à *150.000 fr.* pour l'année.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation de ladite Administration, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au samedi 25 novembre inclus.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La période pré-opératoire, par M. Charles LEFEBVRE, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Toulouse. 1 vol. de 260 pages, avec figures. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Le service de santé de la IIIe armée pendant la bataille de France, par M. le médecin inspecteur général BASSÈRES. In-8 de 282 pages avec 4 cartes et 3 graphiques. — Prix : 10 fr. — Paris, Charles-Lavauzelle et Cie.

La santé et la guerre, cadre actif et de complément, secours auxiliaires, par le docteur P. BOULOUMIÉ. In-8 de 222 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Charles-Lavauzelle et Cie.

De l'insuffisance quantitative du sang. Essai de physiologie et de pathologie comparées, par M. J.-M. DUPUY, vétérinaire. 1 vol. de 64 pages. — Prix : 4 fr. — Paris, A. Maiolne et fils.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
Pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 7 novembre. — MM. May, 19,80; Bouttier, 19,90; Lecomte, 20.

— Concours de l'externat. — **Pathologie.** — Séance du 7 novembre. — Question donnée : « Diagnostic des hémorragies intestinales. »

MM. Glaise, 14 1/2; Gloppe, 14; Fallex, 13 1/2; Gaston (René) et Gasiglia, 16; Mlles Dreyfus, 18; Gautheron et MM. Baron, 16; Bertrand (P.), 14 1/2; Beaufils, 12; Mlle Bégaud, 14 1/2; MM. Brion, 15; Albot, 14; Bourgois (M.), 12 1/2; Ayzac, 18 1/2; Anchel, 13 1/2; July, 14.

Anatomie. — Séance du 6 novembre. — Question donnée : « Muscles obturateurs et leurs nerfs. »

MM. Varé, 10; Ventre, 15; Le Buanec, 10; Viriot, 12; Longuet, 18 1/2; Stuhl, 14; Verbot, 17; Vaché, 13 1/2; Tubiana, 15; Vannier, 16; Mlle Vidal, 15 1/2; MM. Timsit, 10; Tchou et Vincent, 12; Weill (Jean), 15.

Séance du 8 novembre. — Question donnée : « Articulation tibio-tarsienne sans la physiologie. »

MM. Pecker, 16; Vezin, 13 1/2; Veuillot, 17; Malpart, 15; Vial et Mme Trivas, 16; MM. Vidal-Naquet, 17; Thoyer, 19; Mesplomb, 18; de La Vayron, 16; Surpas, 14; Briault, 16.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — *Concours de l'internat.* — Le jury est composé de MM. Verger, Dubreuilh, Lacouture, Chavannaz, Dubourg, Darget, Andérodias. Suppléants : MM. Moussous, Micheleau.

Concours de l'externat. — Le jury est composé de MM. Venot, Parcelier, Charbonnel, Desqueyroux, Creyx. Suppléants : MM. Verdelet, Bardon, Bonnin.

Concours de médecin résidant. — Le jury est composé de MM. Bousquet, Leuret, Lagrange, Pousson, Denucé, Andérodias, Péry. Juges suppléants : MM. Micheleau, Guyot, Lacouture, Rivière.

— Lyon. — *Concours de l'internat.* — A la suite du concours ont été nommés :

Internes titulaires : MM. Desjacques, Delore, Josserand, Mlle Chevassus, MM. Pigeaud, Gardère, Peycelon, Labry, Mayoux, Lépine, Chaix (René), Beaupère, Rollet, Ducroux, Morel, Petouraud, Albertin, Pouzet, Vincent.

Internes provisoires : MM. Dechaume (Michel), Chaix (André), Mlle Depuiboubé, MM. Rougy, Sors, Condamin, Martin, Volle (Clément), Kuentz, Mlle Schœn, MM. Amouroux, Clavel, Enselme, Sabathier, Lesbore, Mollard, Croizat, Ronchot, Chavent, Mme Creyssel, M. Lainé.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Des concours seront ouverts à Paris, en 1923, pour l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie dans les conditions énoncées ci-après.

Ils comprendront les sections suivantes : 1° anatomie; 2° histologie; 3° physiologie; 4° physique médicale; 5° chimie médicale; 6° parasitologie et histoire naturelle médicale; 7° médecine; 8° anatomie pathologique; 9° pharmacologie; 10° maladies mentales; 11° chirurgie; 12° ophtalmologie; 13° obstétrique; 14° pharmacie et histoire naturelle.

Un arrêté ultérieur fixera le nombre des places d'agrégés qui seront mises au concours pour chaque section, la date des épreuves, le nombre et la composition des jurys, ainsi que le mode de désignation des juges.

LE CENTENAIRE DE PASTEUR. — La cérémonie qui aura lieu à l'Académie de médecine, le 26 décembre, et qui sera la première en date de celles qui doivent commémorer le centenaire de Pasteur, comportera des rapports qui étudieront le développement de l'œuvre pastorienne dans les divers chapitres des sciences médicales. Les rapporteurs seront : pour la biologie générale, M. Delezenne; pour la médecine, M. Widal; pour la chirurgie, M. Delbet; pour l'obstétrique, M. Wallich; pour la médecine vétérinaire, M. Barrié; pour l'hygiène, M. Calmette.

Cette séance remplacera la séance solennelle annuelle. Les prix seront seulement proclamés au cours de la séance du 12 décembre.

LA COMMISSION D'ÉTUDE DU CANCER. — Le docteur Louis Martin, membre de l'Académie de médecine, sous-directeur

de l'Institut Pasteur ; MM. Mesnil, membre de l'Institut, chef de service à l'Institut Pasteur ; Molliard, doyen de la Faculté des sciences, sont nommés membres de la Commission d'étude du cancer.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Sont promus à la classe immédiatement supérieure de leur grade, à dater du 1er novembre 1922, les fonctionnaires de l'inspection de l'Assistance publique dont les noms suivent :

Inspecteurs. — A l'ancienneté : MM. les docteurs Le Même et Le Roy.

Au choix : MM. les docteurs Gourivaud, Pigot et Lassort.

POUR LE RELÈVEMENT DE NOS LABORATOIRES SCIENTIFIQUES. — La Bienvenue française, association destinée à favoriser les échanges intellectuels entre nations, réunissait ces jours derniers, dans une salle de l'Institut de France, les représentants de la grande presse et de la presse scientifique. Sous ses auspices, un certain nombre de savants, membres de l'Institut, exposèrent aux représentants de la presse la grande misère de nos laboratoires et lui demandèrent leurs concours pour le relèvement et le perfectionnement de cet outillage indispensable à la vie et à l'avenir de notre pays.

Comment remédier à cet état de choses?

Les finances de l'Etat ne permettent aucun relèvement de crédit; reste l'action individuelle dont l'Institut Pasteur et les laboratoires de Nancy sont un merveilleux exemple. Enfin, l'action collective, le concours unanime du grand public. En Amérique, les universités sont subventionnées par des particuliers; les laboratoires créés par des personnalités en vue. Les différents orateurs ont demandé aux représentants de la presse de créer un courant d'idées pour intéresser le grand public, les grosses fortunes, les grands industriels au développement des universités, au développement de nos laboratoires.

Après quelques mots de bienvenue de M. Widor, secrétaire perpétuel de l'Académie des Beaux-Arts, MM. Picard, Haller et Moureu parlèrent, le premier au nom des mathématiciens, les deux autres au nom des chimistes, montrant le rôle primordial joué par la chimie pendant la guerre, et le grand rôle qu'elle doit jouer dans la paix et le relèvement national. M. Lacroix parla au nom de la physique; le général Ferrié, de la géographie et de la télégraphie sans fil; M. Rateau, de la mécanique; M. Mangin, du muséum d'histoire naturelle; enfin, le professeur Widal montra l'importance primordiale jouée par le laboratoire dans la médecine moderne comme dans l'hygiène et la santé publiques.

Quelques mots de M. Appell, vice-recteur de l'Université, clôturèrent cette séance.

La Bienvenue française organisera, pour le jour anniversaire du Centenaire de Pasteur, une journée nationale en faveur des laboratoires français. Tous les savants, membres de l'Institut, appuient cette demande auprès du ministre dont le concours est assuré. La presse médicale française tiendra à honneur de seconder cet effort.

Marcel GIRARD

Nous avons annoncé, il y a quelques jours, la mort de M. Marcel Girard, étudiant en médecine, décédé victime du devoir professionnel. L'Association générale des étudiants veut bien nous communiquer les discours prononcés aux obsèques par M. le doyen de la Faculté de médecine et le président de la section de médecine de l'A. Nous tenons à reproduire ces discours, pieux hommage rendu à la mémoire du jeune confrère disparu :

Discours prononcé par M. le professeur Roger, doyen de la Faculté.

Madame,

Permettez-moi, au nom de la Faculté de médecine, de ses maîtres et de ses élèves, de vous exprimer la part bien vive et bien sincère que nous prenons à votre douleur. Je sais quels sacrifices vous vous êtes imposés pour donner à votre fils une instruction solide et une éducation parfaite. Vous avez cru que vos efforts allaient être récompensés. Par son travail, par la droiture de son caractère, par son dévouement, Marcel Girard avait su conquérir l'estime de ses chefs, la sympathie et l'affection de ses camarades. Aussi l'émotion fut-elle profonde, quand on apprit qu'il était atteint d'un mal implacable, contracté auprès de ceux auxquels il donnait ses soins. C'est que l'hôpital n'est pas seulement la grande école où l'on apprend à soulager ceux qui souffrent, c'est aussi la grande école où l'on apprend l'abnégation et l'héroïsme. Dans leur tâche quotidienne, en se penchant sur la souffrance, nos élèves savent qu'ils risquent de contracter les maladies contre lesquelles ils veulent lutter. Combien ai-je vu mourir de mes camarades d'études, de mes collègues d'internat et plus tard, de mes élèves, emportés en pleine jeunesse par la tuberculose! Girard va grossir la foule des héros anonymes qui ont succombé dans l'accomplissement de leur devoir. Son sacrifice n'aura pas été inutile : car aucun acte de dévouement n'est perdu ici-bas. Son souvenir survivra pieusement conservé par ceux qui l'ont connu. Il restera comme le symbole de l'abnégation et du devoir.

Aussi est-ce avec une profonde émotion que je m'incline devant le cercueil de notre jeune camarade et que j'adresse à la mère qui pleure son fils unique, non des consolations — il n'en est pas à de pareilles douleurs — mais l'expression sincère de ma profonde et respectueuse sympathie.

Mot d'adieu prononcé par M. Crouzat président de la section de médecine de l'A.

Mon cher Marcel,

Le 23 octobre, tes camarades de la Section de médecine de l'Association générale des étudiants ont eu la douloureuse mission d'ajouter ton nom à la liste déjà trop longue des étudiants morts « victimes de leur devoir ».

En prononçant auprès de ta tombe le dernier adieu, je voudrais, cher ami, retracer ta vie, mais cette vie n'est-ce pas ta jeunesse?

Pour nous autres étudiants, elle commence au jour où tu vins chez nous, dans notre vieille maison de la rue de la Bûcherie.

Aussitôt démobilisé, tu es venu t'y inscrire. Tu pensais, en effet qu'il était bon de se serrer les coudes et pour cela de s'unir afin d'avoir dans ces temps difficiles des avantages matériels et moraux.

Quand on est seul, on se sent tout petit; quand on est beaucoup, on se sent très grand.

Et c'est ainsi que tous les jours tu fréquentais notre foyer estudiantin. Aussitôt arrivé tu montais à la Bibliothèque puis muni de livres, tu te rendais dans nos salles de travail.

Mais au mois de juillet, nous n'avons plus rencontré l'excellent camarade que tu étais.

Une terrible maladie contractée au chevet des malades venait de te terrasser.

Malgré les soins que te prodiguèrent le service médical et le personnel infirmier de M. le docteur Pissavy, la rapide évolution du mal ne laissait plus d'espoir.

Tu t'en vas à vingt-quatre ans. Ton dévouement est châtié par un cruel et injuste destin.

Sur ta tombe nous déposons des fleurs. Les deux inscriptions qui les recouvrent sont un gage de fidèle et sincère amitié.

Adieu, mon cher Marcel.

Au nom des étudiants en médecine de l'Association générale des étudiants, j'adresse à Mme veuve Girard, au commandant Girard et à toute la famille de notre regretté camarade l'expression de notre respectueuse et bien vive sympathie.

REVUE GÉNÉRALE

LE CHOC TRAUMATIQUE[1]

Par le docteur Yves BOURDE,
Interne des hôpitaux de Marseille.

Pathogénie. — De nombreuses théories ont été proposées pour expliquer la genèse du choc traumatique. Les autopsies ne nous montrant, d'une façon générale, aucune lésion suffisamment constante, c'est à l'analyse détaillée des symptômes et à l'expérimentation qu'il faut s'adresser pour connaître la cause de la mort par le shock. Or, nous avons vu que le choc nerveux traumatique absorbait, à lui seul autrefois, toute la description de ce syndrome. Les théories classiques jusqu'à 1917 ou 1918, visent donc essentiellement l'étude de la physiologie pathologique du choc nerveux traumatique. Nous les passerons en revue en premier lieu; nous exposerons ensuite sous la rubrique *théories actuelles*, toutes celles qui sont nées de la guerre et qui correspondent aux autres formes cliniques du choc (hémorragique, toxique, septique), les précédentes conservant toute leur valeur en ce qui concerne le choc nerveux.

A. Théories classiques. — Dans le chaos de ces théories, parfois très dissemblables, souvent complètement opposées, nous distinguerons, avec Lecène, deux grands groupes dans lesquels elles rentreront presque toutes :

a. La première théorie admet que *le choc est produit par une paralysie réflexe du centre vaso-moteur bulbaire sous l'influence de l'excitation intense des nerfs sensitifs.*

Pour Fischer (1870), le choc est une paralysie réflexe des vaso-moteurs, particulièrement du splanchnique. François Frank, en 1876, démontra qu'une excitation intense du trijumeau et de l'auriculaire peut déterminer le choc. De même Richet et Reynier, par les dilacérations du sciatique, Galeazzi par les écrasements de membres.

D'autre part, le choc expérimental est provoqué par l'excitation forte des *grands plexus sympathiques.*

Brown-Séquard, Goltz et Tarchanoff le démontrent en présentant l'épigastre d'une grenouille, Guinard et Tixier par l'éviscération prolongée et les manipulations de la masse intestinale.

Des extrémités nerveuses lésées ou irritées, cette excitation remonte vers le centre réflexe du mésocéphale. Ainsi se produit un réflexe inhibiteur qui influence le cœur et les poumons, qui agit sur les vaso-moteurs, et sur les nerfs calorifiques et trophiques.

b. La seconde théorie reconnaît comme cause du choc, *une paralysie primitive réflexe des nerfs vaso-moteurs périphériques avec, secondairement, une* CHUTE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE *amenant l'anémie des centres bulbaires.*

C'est là la théorie de Léonard Hill, Moll et surtout Crile (1903), théorie qui considère la chute prolongée et prononcée de la pression sanguine comme dominant toute la pathogénie du shock.

Cette hypotension artérielle est due pour Crile à l'épuisement des centres vaso-moteurs de la moelle ; la suppression du système régulateur artériel qui résulte de cet épuisement détermine un afflux sanguin dans le grand réservoir que constituent les viscères abdominaux, d'où hypotension.

Les tissus ne sont plus alors suffisamment oxygénés.

La *désoxygénation* est donc un des principaux résultats du choc. Nous verrons que tous les auteurs américains n'acceptent pas cette théorie.

Quoi qu'il en soit l'impotence vaso-motrice et l'hypotension qui en résulte, voilà le fait principal. Pour Janneway et Ewing cette impotence serait aussi périphérique, locale. Ainsi s'expliquerait le trouble apporté dans les *échanges nutritifs* (Bouchard, Roger, Galeazzi), qui constitue la base de la *théorie de l'arrêt de la nutrition* de Roger, dont le plus puissant argument consiste dans l'état du sang veineux qui est rouge, à peine plus foncé que celui des artères. La cause en est, ainsi que le pensait Brown-Séquard, à l'*inhibition des échanges,* les échanges nutritifs ne se produisent plus dans les capillaires.

De cette hypotension artérielle, dont l'intensité et la durée commandent la gravité clinique du choc découlent les symptômes observés : le cœur compense par la multiplicité des systoles leur moindre efficacité; de la faiblesse de la circulation dans le réseau périphérique résultent la pâleur des téguments et le refroidissement des extrémités, dus également à l'inhibition des échanges et à l'arrêt de la nutrition.

A la théorie de la désoxygénation de Crile, il faut opposer celle d'Henderson pour qui le choc est dû non à une paralysie vaso-motrice, mais au contraire à une hyperactivité des centres vaso-moteurs provoquée par le déficit cellulaire en gaz carbonique. Ce déficit est provoqué par l'énergie de la ventilation pulmonaire stimulée par la douleur et diminuant la teneur du sang en Co^2. C'est la théorie de l'*acapnie* de Mosso.

Mais en clinique il faut joindre à ces théories l'action de conditions secondes : hémorragie, anesthésie, longue durée d'une intervention, alcoolisme, dépression psychique. Les *facteurs psychiques* aussi bien que les facteurs physiques ont une action importante. C'est de cette idée qu'est née l'*association anocive* de Crile qui ajoute l'anesthésie locale à l'anesthésie générale pour « bloquer » la voie nerveuse centripète tout en empêchant l'épuisement des centres nerveux par excitation psychique.

En résumé ces deux grands groupes de théories considèrent le choc traumatique comme un puissant réflexe dynamo-vasculaire, que les troubles vaso-moteurs soient secondaires comme dans le premier ou primitifs comme dans le second. Il résulterait de l'irritation des nerfs sensitifs (choc périphérique) ou des nerfs splanchniques (choc viscéral) exerçant une action inhibitrice énergique et persistante sur tous les centres bulbo-médullaire en particulier sur les centres vaso-moteurs. D'où ses effets sur le cœur, les vaisseaux, la respiration. Le choc est d'origine purement réflexe.

B. Théories actuelles. — Elles en diffèrent profondément.

En réalité, dit Quénu, le choc immédiat est rare et bon nombre de blessés qui plus tard présenteront le syndrome choc n'en sont pas atteints immédiatement. Des blessés évacués des lignes en bon état arrivent à l'ambulance avec un facies plombé,

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, n° 86, p. 1381.

un pouls rapide, de l'hypotension, alors que rien ne laissait prévoir cette subite aggravation.

Aussi Quénu écrit-il :

1° Le syndrome du shock instantané, du véritable shock nerveux ressemble à d'autres états qui se sont installés autrement et dont on n'a pas connu la date d'apparition. Conservons donc le mot shock en y ajoutant les qualificatifs qui indiquent sa variété d'origine et son étiologie probable et dans ce sens qualifions-le de nerveux, d'hémorragique, de septique, de complexe, etc.;

2° L'état hémorragique conduit insidieusement, sournoisement à l'état de choc si bien qu'il est difficile de faire à un moment donné la distinction entre les deux;

3° Le choc primitif s'observe spécialement dans les plaies qui s'accompagnent de grosses lésions musculaires (fesse, cuisse, jambe, racine du membre supérieur, etc.).

De ces trois données on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Il ne saurait donc s'agir d'inhibition initiale, l'instantanéité étant caractéristique des phénomènes d'inhibition;

2° Il ne s'agit pas d'infection car il apparaît précocement une heure à trois heures après la blessure;

3° Le syndrome hypotensif a été observé en dehors de toute hémorragie;

4° Il existe donc un *choc par intoxication chimique*. Quénu pense qu'il convient donc de distinguer :

a. *Les shockés nerveux* : à ceux-là s'applique la définition du choc communément admise jusqu'à nos jours. C'est un « syndrome immédiat, syndrome dépressif engendré instantanément par une action violente exercée sur un nerf périphérique. » (Quénu.)

b. *Les shockés hémorragiques* : l'hémorragie est grave non seulement par son importance mais encore par sa brutalité; elle tue très vite par anémie aiguë et quand cette anémie n'est pas suffisante pour amener une mort rapide, elle détermine un état d'instabilité, une sorte de sensibilisation, pour tous les accidents qui s'accumulent : froid, douleurs du transport, etc. « C'est un syndrome primitif. » (Quénu).

c. *Les shockés par toxémie traumatique* : dans cette variété, le shock ne dépend ni de l'état commotionnel, ni de l'hémorragie, ni du refroidissement; il dépend de la nature de la blessure, de la contusion, de l'écrasement des tissus.

Ce shock, par sa date d'apparition, par son allure clinique, ressemble à une intoxication. L'aspect du shocké a été comparé par W. Cannon à celui d'un cholérique.

Le syndrome n'est donc ni immédiat comme dans le choc nerveux, ni secondaire comme dans le choc septique; il est primitif comme dans le choc hémorragique.

Or la physionomie clinique de ce choc, son analogie avec certains états engendrés par des intoxications microbiennes ou purement chimiques, la période spéciale à laquelle il apparaît, sa dissociation possible d'avec l'état hémorragique et l'état septique, la fréquence particulière de son apparition dans les plaies contuses des masses musculaires, toutes ces raisons militent en faveur d'une pathogénie purement toxique.

Il s'agirait de phénomènes d'intoxication générale due à la résorption de substances albuminoïdes et graisseuses mises en liberté par l'écrasement des tissus et ayant pénétré plus ou moins rapidement dans la circulation et ce, avant l'intervention microbienne. Expérimentalement, du reste, Richet et P. Delbet ont montré que les autolysats du muscle d'une espèce sont toxiques pour les animaux de la même espèce.

d. *Les shockés par infections* : c'est un syndrome secondaire qui entre en scène à partir de la sixième heure. Pour Henri Vallée et Bazy, la toxémie consécutive à la résorption des produits d'autolyse septique du muscle doit être absolument exceptionnelle. Dans l'immense majorité des cas, c'est aux germes microbiens ou pour mieux dire aux toxines qu'ils secrètent et aux poisons qu'ils produisent en désintégrant les albumines musculaires qu'il faut attribuer l'apparition du choc toxique. La notion de l'intervention microbienne dans la genèse des accidents du shock toxique rend si bien compte des phénomènes observés, elle est si compréhensive, si claire, si satisfaisante à l'esprit qu'on se trouve invinciblement attiré vers elle.

Facteurs secondaires. — Le facteur local n'est pas tout. Il entre dans la pathogénie du shock des facteurs individuels dont le rôle n'est pas négligeable.

a. Le shock traumatique s'accompagne toujours de *lésions hépatiques*. Le trouble du métabolisme azoté qui a son point de départ dans le muscle et qui produit chez les shockés une rétention d'azote résiduel tel qu'on n'en voit dans aucun état pathologique, à sa répercussion directe dans le foie, et c'est la résistance plus ou moins marquée qu'oppose l'organe hépatique à l'intoxication qui constitue le facteur individuel.

b. Il en résulte une surproduction et une rétention dans l'organisme d'un produit dont la présence exagérée à la valeur d'un signal d'alarme; c'est l'urée. Il existe donc, du fait de cette *uréogénie traumatique* une élévation du taux de l'urée urinaire et de l'urée sanguine.

En même temps on constate une augmentation de l'acidité apparente des urines et de l'ammoniaque.

c. Enfin Cannon a montré qu'il existe une augmentation graduelle de l'*acidose* qui, arrivée à son point critique, tend à abaisser la pression sanguine jusqu'à ce que l'animal tombe dans le shock.

Disons du reste que c'est à Cannon que revient le mérite d'avoir *expérimentalement* mis hors de doute l'origine toxémique du shock. Cannon provoque le développement de ce syndrome non plus comme on le faisait avant lui en manipulant l'intestin ou en excitant directement les plexus nerveux, mais, instruit par l'expérience de la guerre, en écrasant les parties molles d'un membre. Ses expériences confirment donc pleinement les idées de Quénu sur le choc traumatique.

Telles sont les idées actuelles sur la pathogénie de ce syndrome. Mais chaque théorie n'a sans doute pas une valeur absolue.

« Un certain éclectisme est donc indispensable : collapsus immédiat, syndrome primitif d'intoxication, syndrome secondaire d'infection, tous ces facteurs interviennent, et le shock semble résulter d'une série de causes qui rapidement se succèdent en accumulant leur effet propre » (Acquaviva).

Traitement. — Aussi est-il difficile de poser des règles extrêmement précises dans le traitement du choc traumatique « Force nous est donc, dit Tuffier,

de renoncer pour son traitement à la notion si féconde de la pathogénie et à nous contenter du traitement symptomatique, je dirais presque empirique. »

A. C'est ce TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE que nous mettrons en œuvre avant tout.

1° *Contre le refroidissement* : le cerceau électrique, les douches d'air chaud;

2° *Contre l'adynamie* : l'éther, l'huile camphrée. Les médicaments même les plus actifs ne produisent que peu d'effet. C'est seulement dans les cas légers, a dit Jordan, que le brandy grise et que l'opium fait dormir.

Néanmoins Deaner emploie la strychnine à la dose d'un milligramme toutes les heures;

3° *Contre l'hypotension* : les injections de solutions salines ont été employées par voie sous-cutanée, intraveineuse, rectale. Marquis préconise même la voie intrapéritonéale. On emploie les formules de sérum de Ringer, de Locke, de Hedon. Delaunay a insisté particulièrement sur la valeur du sérum de Locke gommé.

On a également employé la digitale, la caféine, la spartéine, l'hypophysine (O'Conor, Wray), l'adrénaline (qui n'a qu'un effet passager), on devra toujours lutter contre l'anémie des centres bulbaires par la position basse de la tête (Porter).

Enfin Crile fait remonter la pression par l'emploi d'un caleçon pneumatique qui comprime la moitié inférieure du corps, refoule le sang et fait remonter la pression;

4° *Contre l'hémorragie* : la transfusion du sang donnera d'excellents résultats. En cas de collapsus circulatoire uniquement traumatique, son action est bien moins favorable.

5° *Contre l'acidose* : on luttera par les injections intraveineuses de bicarbonate de soude (Wertheimer, Fabre et Clogne).

6° *Contre l'intoxication* : le foyer d'attrition étant un lieu d'élaboration de produits toxiques, on luttera contre l'intoxication par :

a. L'*usage du garrot* préconisé par Quénu comme barrière à la résorption toxique.

b. La *sérothérapie antigangréneuse* : au point de vue préventif (Vallée et Bazy).

On y adjoindra bien entendu le sérum antitétanique.

c. L'acte chirurgical.

B. L'ACTE CHIRURGICAL. — La question du moment de l'intervention a été et reste encore des plus discutées.

« Pratiquer une opération grave dans ces conditions, c'est multiplier considérablement les risques de mort » (Le Dentu).

« Il ne faut jamais pratiquer d'intervention chirurgicale sérieuse chez un blessé en état de shock » (Lecène).

Voilà les idées d'avant-guerre.

« Dans ces graves délabrements, l'état de shock devient non pas une contre-indication, mais une indication opératoire » (Tuffier).

« L'opération immédiate et radicale est le seul moyen de venir définitivement à bout de la toxémie traumatique » (Vallée et Bazy).

Aucune règle n'est donc absolue.

Cependant il sera indispensable de faire disparaître tout d'abord les décollements cutanés, de poser des pinces hémostatiques sur toute source d'hémorragie, de placer des drains fenêtrés au contact des masses musculaires.

Faut-il faire plus et décider une opération sur le champ?

La question a été discutée dans le travail de notre excellent ami E. Acquaviva qui conclut ainsi :

« Vouloir attendre la disparition du shock pour intervenir est une formule aussi absolue que de décider l'amputation immédiate. Il faut de toute nécessité instituer un traitement symptomatique et pathogénique. On ne doit pas s'y attarder et saisir le moment où l'acte chirurgical ne devra plus être différé. S'il est permis de raisonner avec des chiffres en clinique, on ne dépassera pas, lorsque l'état de shock persiste, la douzième heure qui suit le traumatisme. »

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie complète antérieure à 1919 est contenue dans la thèse de G. Oulié (Paris).

ACQUAVIVA. De l'amputation de cuisse dans le traitement des grands écrasements du membre inférieur avec état de shock, *Th. de Montpellier*, 1922.

BOSQUETTE et MOULONGUET. Notes cliniques sur le shock traumatique, *Lyon chir.*, 1919.

BOVIS (DE). Sur le choc chirurgical, *Semaine méd.*, 1914, p. 313.

CANNON. Studies in experimental traumatic shock, *Arch. of surg.*, janv. 1922.

DUVAL et GRIGAUD. La théorie chimique du shock toxique et la toxémie microbienne, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1er avril 1919, p. 565.

DURET. *Traumatismes cranio-cérébraux*, t. II, p. 1048.

DELBET et VEAU. *Choc nerveux traumatique*, in Le Dentu et Delbet, t. I, p. 147.

FÉNELON (F.). Contribution à l'étude du choc traumatique. Etude critique, *Th. de Montpellier*, 1919.

FORGUE. *Précis de pathologie externe*; — *Montpellier méd.*, 1912, p. 59.

GATELLIER. Contribution à l'étude du shock chez les grands blessés dans une ambulance de l'avant (rapport de M. Quénu), *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1918, p. 11.

GUYOT et JEANNENEY. Diagnostic du choc traumatique, *Progrès méd.*, 7 mai 1921, n° 19.

HARTMANN. A propos du choc traumatique, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 10 mai 1922.

HERRY (P.). Contribution à l'étude de la pathogénie du choc traumatique, *Th. de Montpellier*, 1919.

LUZOIR. Les Américains et le shock avant la guerre actuelle, *Presse méd.*, 4 mars 1918.

LECÈNE. *Précis de pathologie externe*, t. I.

MAURIN. Contribution à l'étude du shock traumatique chez les grands blessés de guerre, *Th. de Montpellier*, 1919.

MOULINIER. De la distinction dans les états de choc chez les grands blessés du choc nerveux, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 12 fév. 1918.

OULIÉ (G.). Contribution à l'étude des états de shock par intoxication en chirurgie de guerre, *Th. de Paris*, 1919.

PICQUÉ. Sur le shock traumatique, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 27 fév. 1918.

QUÉNU. Du shock dans la chirurgie de guerre, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 6 mars 1918, p. 496; — *La Toxémie traumatique à syndrome dépressif (shock traumatique) dans les blessures de guerre*, Alcan, Paris 1919; — Etudes sur le choc traumatique expérimental, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 9 mai 1922; — A propos du shock traumatique, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 16 mai 1922, p. 660.

ROGER. Le choc nerveux, *Revue de méd.*, 1916, p. 423.

ROUX-BERGER et VIGNES. Le choc, *Progrès méd.*, 8 fév. 1918.

SOUBEYRAN. Considérations sur le shock traumatique chez les grands blessés intransportables, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1918, p. 673.

TUFFIER. *Conférence chirurgicale interalliée*, mars 1917.

VALLÉE et BAZY. Sur le rôle des microbes dans la genèse des accidents toxiques consécutifs aux blessures des membres, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 11 fév. 1919, p. 221.

XVIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

[*Paris, 12 au 14 octobre 1922*] (1)

QUATRIÈME SÉANCE

SIGNIFICATION PATHOLOGIQUE DE FORMES ANORMALES DES GLOBULES BLANCS DU SANG

Rapporteurs : 1° M. Alb LEMAIRE (de Louvain); 2° M. J. SABRAZÈS (de Bordeaux).

Rapport de M. A. Lemaire.

On fait rentrer dans les globules blancs anormaux du sang les prostades myélocitaires des leucocytes granuleux du sang lancés anormalement dans la circulation, les lymphocites anormaux, les cellules plasmatiques et les formes anormales des globules adultes. L'auteur étudiant surtout les deux premières catégories montre leur signification dans les leucémies et les états leucémiques et les données nouvelles qu'ils fournissent à la pathogénie de ces états.

LES PROSTADES MYÉLOCITAIRES DES GRANULOCYTES ET LEUR FILIATION. — Les myélocites proviennent d'une cellule mère, la cellule A que l'on retrouve seulement dans la moelle osseuse. Elle donne naissance à quatre variétés de myélocites différenciés suivant leur maturation: en myélocites non mûrs très voisins de la cellule A, myélocites arrivés à état de demi maturité, myélocites mûrs qui se distinguent surtout par la richesse en chromatine de leur noyau et enfin en métamyélocites plus petits à noyau incurvé ou échancré.

Cette classification établie, l'auteur étudie ensuite la question si discutée de la cellule A et de la filiation des granulocytes liée intimement à celle de l'origine postembryonnaire des globules blancs et de leur parenté réciproque. Il expose tour à tour les doctrines de Pappenheim, de Ferrata et la théorie dualiste de Noegeli à laquelle il se rallie. Noegeli considère la cellule A comme spécifique, différenciée exclusivement dans le sens myélocitaire contrairement aux deux autres hématologistes qui y voient une cellule hémoblastique indifférenciée capable d'engendrer tous les éléments figurés du sang. L'auteur se base surtout sur les caractères morphologiques de la cellule, sur l'aspect de son noyau, sur la présence de la cellule A exclusivement dans la moelle à l'état normal et son absence dans les ganglions lymphatiques et les follicules de la rate sur l'existence de protéases et sur la réaction des oxydases chez tous les leucocytes de la série myélocitaire et les tissus qui les engendrent. La spécificité des tissus hémopoiétiques est affirmée par celle de la cellule A et en autres preuves par la topographie des lésions des leucémies et de la métaplasie myéloïde, hyperplasie pulpaire myéloïde avec atrophie folliculaire dans la rate des myéloses; prolifération à point de départ folliculaire dans la rate des lymphadénoses; prolifération intra-acineuse dans le foie des myéloses avec intégrité des espaces portes : productions folliculaires dans les espaces portes au cours des lymphadénoses; topographie de la métaplasie myéloïde analogue à celle des myéloses.

LES LYMPHOCYTES ANORMAUX DU SANG. — La lymphopoièse anormale se traduit dans le sang.

a. Par l'apparition de formes lymphocytaires jeunes. Le lymphoblaste en est la forme la plus simple; il se distingue du myéloblaste par la structure moins réticulée de son noyau.

b. Par une anisocytose lymphocitaire très marquée dans les lymphadénoses.

On trouve également dans les états leucémoïdes lymphocytaires de grands lymphocytes pathologiques qu'on ne retrouve pas dans la lymphopoièse normale.

Les globules blancs anormaux du sang peuvent déceler des affections en apparence primitives caractérisées par une prolifération intensive des tissus leucopoiétiques et d'un pronostic fatal : ce sont les leucémies; en dehors des leucémies ils peuvent trahir un état morbide qui par progression croissante peut aboutir à l'état leucémoïde.

LES LEUCÉMIES OU LEUCOBLASTOSES se divisent d'après les tissus qui leur donnent naissance en myéloses et en lymphadénoses. Ces variétés peuvent être aiguës ou chroniques; elles peuvent suivant le degré de l'invasion du sang par les produits de la novogenèse être divisées en leucémiques, subleucémiques, aleucémiques.

LES MYÉLOSES CHRONIQUES sont caractérisées par une métaplasie myéloïde intense surtout splénique puis hépatique respectant pendant longtemps les ganglions.

La leucémie est constituée par l'émission des prostades myélocytaires et par une leucocytose à la fois neutrophile et basophile. Le nombre de ces prostades et leur état de maturité reflètent l'état de conservation ou d'épuisement de la fonction myélopoiétique. Les formes myélocitaires jeunes et nombreuses traduisent toujours une insuffisance profonde de la myélopoièse. Leur augmentation au cours d'un traitement radiothérapique doit inciter à la prudence.

Les lymphadénoses chroniques résultant d'une hyperplasie généralisée du tissu lymphoïde affectant les ganglions, les follicules de la rate, les espaces portes du foie, le thymus De plus, la prolifération cellulaire s'étend aux tissus voisins des ganglions simulant un lymphosarcome ou quelque autre tumeur maligne. Ces variétés de lymphadénoses sont, en général, leucémiques, On y trouve de petits lymphocytes à noyau jeune, mais on y trouve des lymphoblastes qu'on retrouve en abondance, même au cours des formes très chroniques surtout dans le suc ganglionnaire.

LEUCOBLASTOSES AIGUËS. — Les *myéloses aiguës* peuvent être leucémiques, aleucémiques, subleucémiques. Le pourcentage élevé des promyélocytes, des myéloblastes, la rareté des granulocytes basophiles les différencient des formes chroniques.

Les LYMPHADÉNOSES AIGUËS se différencient des chroniques par l'hyperplasie lymphoïde provoquant des proliférations sarcoïdes qui en imposent pour des lymphosarcomes. Ces formes sont le plus souvent leucémiques ou subleucémiques. La lymphémie est du type macro-cellulaire.

Les ÉTATS LEUCÉMOÏDES constituent un ensemble beaucoup moins défini. Ce syndrome hématologique qui les caractérise rappelle une leucoblastose subleucémique ou aleucémique d'un pronostic beaucoup moins sévère. Il est d'ailleurs radicalement différent du syndrome pseudo-leucémique. Ces états s'observent chez l'enfant et chez l'adolescent sous des influences toxiques ou toxi-infectieuses sans spécificité apparente.

SYNDROME LEUCÉMOÏDE MYÉLOCYTAIRE. — Il est caractérisé par l'apparition dans le sang d'un pourcentage élevé de myélocytes et même de myéloblastes, accompagnée d'une anémie marquée avec érythroblastose. Tantôt il vient compliquer une anémie grave préexistante, tantôt il survient au cours d'états infectieux comme l'infection puerpérale, les fractures compliquées, les angines nécrotiques.

La myélocytose légère qu'on rencontre dans certaines infections ne peut être classée parmi les états leucémoïdes.

Dans certains granulomes malins, on rencontre parfois de ces états passagers qui s'accompagnent d'une hypertrophie de la rate et rendent difficile le diagnostic avec les myéloses. Le syndrome leucémoïde peut accompagner des états d'anémie chronique ou subchronique, mais la myélocytose y est toujours discrète. Elle est beaucoup plus accusée dans les anémies secondaires notamment dans celles qui accompagnent les tumeurs malignes ou elles doivent faire penser à une cancérisation secondaire de la moelle osseuse et dans le syndrome pseudo-leucémique infantile, elle est fonction du rachitisme, de l'hérédosyphilis ou des troubles gastro-intestinaux chroniques.

SYNDROME LEUCÉMOÏDE LYMPHOCYTAIRE. — C'est un état aigu avec fièvre, splénomégalie, réaction ganglionnaire se remarquant, surtout chez les jeunes, au cours d'une streptococcie, d'un ictère infectieux ou après un simple surmenage. Ces cas guérissent toujours parfaitement.

SIGNIFICATION PATHOLOGIQUE DES ÉTATS LEUCÉMIQUES ET LEUCÉMOÏDES. — Les réactions myélocytaires discrètes et banales, les états leucémoïdes et les leucémies traduisent

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 83, p. 1333.

surtout une dysfonction de la leucopoièse. Ces états ne constituent pas des manifestations morbides distinctes dans leur essence, mais représentent des stades d'altérations différentes réparables ou non de l'activité tissulaire des organes de la leucopoièse. La cause qui les provoque reste indéterminée, Noegeli et le rapporteur pensent qu'il s'agit d'un trouble de l'équilibre morphologique du sang créé par un état de dysharmonie des sécrétions hormonales endocrines. Cet état, durable provoquerait la leucoblastose mortelle, passager : l'état leucémoïde susceptible de guérison.

Rapport de M. J. Sabrazès.

L'auteur commence par consacrer un premier chapitre à l'hémopoïèse. Il adopte une conception uniciste très voisine de celle de Ferrata. A la base de toutes les cellules sanguines il trouve l'histohématocyte ou cellule ancestrale qui donne naissance aux cellules endothéliales des vaisseaux ou à des cellules spéciales histiocytes, leucocytoïdes, clasmatocytaires. Celles-ci donneront naissance, soit à des monocytes, soit à des lymphoblastes d'où proviennent les lymphocytes du sang, soit à l'hématomyélogonie, cellule indifférenciée mère de toutes les cellules-souches spécifiques de la lignée médullaire. Elle est polarisable dans trois sens : *a.* dans le sens des myéloblastes d'où dérivent les myélocytes neuro, éosino ou basophiles aboutissant aux polynucléaires ; *b.* dans le sens des érythroblastes; *c.* dans le sens des mégacaryoblastes aboutissant aux globulins par l'intermédiaire des mégacaryocytes.

La cytogenèse normale des cellules sanguines se produirait de la façon suivante. Un premier stade de multiplication par homoplasie de la cellule originelle indifférenciée, puis par hétéroplasie. Dans un second stade, aux dépens de ces deux variétés cellulaires, par un processus d'homoplasie une seconde génération cellulaire se produit qui donne les microleucoblastes et les microérythroblastes lymphoïdes. Les premiers de ces éléments donnent ensuite par maturation les myélocytes et les polynucléaires; les seconds des normoérythrocytes et finalement des érythrocytes.

La cytogenèse pathologique est représentée : *a.* par une prolifération homoplasique des myélogonies fournissant des éléments indifférenciés du même ordre; *b.* par une précession de l'hétéroplasie sur l'homoplasie qui donne les microleucoblastes prédécesseurs des myélocytes.

La différenciation et la maturation des espèces cellulaires issues des cellules dépendent de facteurs inhérents à ces cellules et aussi de facteurs exogènes : modifications humorales, troubles endocriniens, incitations nerveuses.

Les globules blancs anormaux du sang. — Se divisent en :

1° *Cellules dégénératives du sang normal.* — On les retrouve dans les leucémies, les septico-pyohémies, les intoxications graves. Elles sont représentées par des noyaux libres, des lymphocytes vacuolisés à noyau pycnotique, par des polynucléaires dépourvus de granulations et renfermant des grains métachromatiques de dégénérescence albumineuse, par la multinucléarité excessive des polynucléaires, par la segmentation exagérée du noyau des lymphocytes et des monocytes et par leur infiltration granulo-graisseuse.

2° *Cellules anormales par immaturité* provenant d'une cytogenèse physiologique ou précipitée.

Dans un premier degré certaines formes jeunes propres aux tissus hématopoiétiques passent dans le sang attirés par des besoins fonctionnels accrus; de plus, l'image nucléaire des polynucléaires se dévie vers la droite et des enclaves basophiles se montrent dans leur cytoplasme.

A un degré plus accusé des formes plus jeunes, myélocytes et promyélocytes, sont lancées dans le sang annonçant un défaut de différenciation dans la maturité des espèces. Dans des maladies plus graves, leucémies, toxémies, leucanémies, d'autres formes peuvent apparaître dans le sang : lymphoblastes, myéloblastes, myélogonies, érythroblastes, hémohistioblastes.

Le rapporteur étudie la cytologie fixe de toutes ces formes anormales de globules blancs : petits lymphocytes et lymphoblastes des maladies à lymphocytose, des lymphocytémies et des lymphadénies; formes anormales des monocytes, granulocytes neutrophiles anormaux par la lobulation déficiente du noyau, métamyélocytes, éosinophiles à granulations demi-mûres, mastzellen de forme anormale, myélocytes divers, promyélocytes, myéloblastes proneutrophiles, proéosinophiles, mastmyéloblastes, hématomyélogonies caractérisées par l'absence de granulations azurophiles, par une basophilie voisine de celle des lymphocytes et par un noyau volumineux à réseau chromatique très fin renfermant deux à trois nucléoles.

Il faut encore citer dans ces formes anormales de globules blancs les hémohistioblastes de grande taille, d'aspect polymorphe, les clasmatocytoïdes, les endothélioïdes qui se séparent des mégacaryocytes par leur noyau bourgeonnant, compact, et leur cytoplasme semé de fines granulations azurophiles formant des amas à la périphérie de la cellule. La présence des mégacaryocytes qu'on retrouve dans les leucémies myéloïdes, les granulomes malins, la pneumonie, l'érysipèle serait d'un très fâcheux pronostic.

Cellules provenant d'une cytogenèse foncièrement atypique en circulation dans le sang. — Les affections troublant l'évolution cellulaire sont les toxémies, les septicémies, les néoplasies, les syndromes d'anémie grave ou pernicieuse et les leucémies, les perturbations de la cytogénèse font apparaître dans le sang des éléments imparfaits et des cellules monstrueuses portant souvent les marques d'un vieillissement précoce : ce sont des myélocytes et des polynucléaires géants à cytoplasme différencié exubérant, des micromyélogonies dues à la persistance pathologique de l'homoplasie de prolifération des cellules primordiales, des cellules de Rieder, des cellules vieillies à noyau contourné et à cytoplasme hyperbasophile souvent pourvu de granulations neutrophiles qu'on trouve dans les leucémies aiguës, dans quelques leucémies chroniques, dans les leucanémies, dans l'anémie pernicieuse, les cancers à évolution rapide et dans certaines septicémies hémolysantes.

C'est seulement une étude minutieuse qui permet de différencier les cellules normales des cellules anormales et de distinguer les caractères d'immaturité ontogénique, homoplasique et hétéroplasique.

Ces cellules anormales peuvent présenter des formes dégénératives très diverses qui ont une grosse valeur diagnostique. La cellule d'irritation de Türk apparaît comme une des plus typiques de ces formes; on la remarque dans certaines maladies fébriles, syphilis, leucémies, anémie pernicieuse, diphtérie, fièvres éruptives.

Si l'on cherche à démêler la signification exacte des hyperleucocytoses et des hyperplasies, on peut admettre que la décharge dans le sang de globules blancs de caractère normal mais qui ne sont pas encore arrivés à maturité, a la valeur d'une rénovation. Elle se produit dans les hyperleucocytoses des états infectieux et toxiques, dans les néoplasies et dans certaines hémorragies graves. Les cellules qui participent à cette mobilisation sont beaucoup plus des réserves d'éléments mûrs et des pro-espèces incomplètement mûres que des myélocytes et des myéloblastes. L'association de cellules pathologiques plus variées, de formes atypiques à toutes les phases de la cytogenèse se voit surtout dans les leucémies.

Cellules étrangères présentes dans le sang. — On peut parfois trouver dans le sang des éléments cellulaires de cancer gastrique ou pulmonaire, d'hypernéphrome malin qui sont toujours d'un diagnostic très délicat.

En résumé, pour reconnaître une cellule sanguine, pour préciser si elle est normale ou pathologique, pour lui attribuer sa signification précise au point de vue diagnostic et pronostic, il faut s'inspirer des données acquises par la morphologie des cellules du sang et des lignées cellulaires.

Discussion.

M. J. Jolly (de Paris). Pratiquement, les tissus lymphoïdes et myéloïdes sont distincts. Ils n'ont pas la même fonction et leur pathologie est différente. Le véritable tissu hématopoiétique est le tissu de la moelle des os qui, chez tous les vertèbres supérieurs forme les hématies et les leucocytes granuleux. Le tissu lymphoïde, surtout celui des ganglions, ne forme que des lymphocytes. Toutefois, cette séparation n'est pas absolue, car ils sont deux variétés d'un même tissu. Le tissu myéloïde est un tissu lymphoïde à

différenciation complète : véritable tissu hématopoiétique formant des globules rouges nucléés.

Le tissu lymphoïde produit les lymphocytes, mais a peut-être aussi d'autres fonctions encore inconnues, tels, par exemple, la sécrétion des hormones ou la mise en réserve des matériaux nutritifs. Mais ni le développement, ni la pathologie n'établissent de barrières entre les deux tissu et il faut, à l'heure actuelle encore, s'en tenir à la conception de Dominici qui a été confirmée par tous les auteurs spécialisés dans ces études.

MM. Clerc et P. Emile-Weill rendent hommage également aux travaux de M. Dominici et signalent qu'on a très peu ajouté à ce qu'il nous a laissé.

Communications sur l'hématologie et les maladies du sang.

Plaques et formations réticulées. — M. G. Lion (de Paris) signale dans les préparations de sang sec colorées par les méthodes usuelles, l'apparition de plaques réticulées au cours des leucémies, des grippes épidémiques et après des applications de radium. Elles sont constituées par de la substance nucléaire et elles représentent les résidus de noyaux provenant de globules blancs des diverses variétés.

Lorsqu'elles sont abondantes, elles peuvent jouer un rôle dans la production des thromboses et des ruptures capillaires si fréquentes dans cette maladie.

Recherches expérimentales sur la pathogénie des troubles de la coagulation dans l'hémophilie. — M. Feissly (de Lausanne) signale que le retard de coagulation dans l'hémophilie ne peut être attribué à la présence d'antithrombine en excès, car le plasma d'hémophile se comporte à l'égard d'une solution de thrombine comme un plasma normal. Il semble plus logique d'admettre une anomalie de constitution expliquant mieux l'évolution traînante du processus coagulant par la lenteur des réactions qui aboutissent à la formation de la thrombine. On sait, en effet, que la vitesse de formation de cette dernière peut être grandement modifiée par de nombreux facteurs.

L'auteur tendrait à admettre la présence d'un stabilisateur purement antithrombinogénique, ou d'une antithrombine vraie agissant sur la première phase de la coagulation.

La transfusion sanguine serait le meilleur moyen de remédier à cette anomalie.

L'action comparée des globules blancs normaux et des cellules leucémiques sur la coagulation in vitro du sang des grands hémophiles. — M. J. Tapie (de Toulouse) estime que les cellules leucémiques sont des éléments fragiles et peu actifs. Il a cherché si ces cellules étaient capables d'élaborer certaines substances coagulantes comme les globules blancs normaux. L'auteur a constaté que l'adjonction de myélocytes ne corrige qu'imparfaitement les troubles de la coagulation du sang d'hémophile. Ces études sont donc une preuve de l'insuffisance fonctionnelle des cellules que les organes hématopoiétiques lancent dans le sang avant leur complète maturité.

Les glandes à sécrétion interne et le sang. — MM. Perrin (de Nancy) et Hanns (de Strasbourg). Les effets produits sur le sang par l'ingestion des extraits opothérapiques et les constatations faites après certaines ablations d'organes démontrent l'existence d'une action des glandes endocrines sur le sang, spécifique pour chaque organe et pouvant aider d'autre part au diagnostic et au contrôle de l'efficacité d'un traitement.

Du rôle antihémorragique de l'extrait d'hypophyse. — MM. Perrin et Hanns. Ce rôle est surtout dû à l'action coagulatrice du produit qui tout en n'étant pas constante se trouve être l'action physiologique prédominante.

Nouvelles recherches sur la transfusion du sang de l'animal à l'homme. — M. Cruchet (de Bordeaux) a transfusé, dans 22 cas, du sang de cheval ou de mouton à des tuberculeux avancés. Les malades furent indiscutablement améliorés et il n'y eut jamais d'incidents graves, sauf dans un cas de septicémie ou la transfusion fut suivie de mort immédiate.

M. P. Emile-Weill rappelle les accidents graves qui ont fait abandonner cette méthode. Il lui paraît inutile de revenir en arrière, il vaut mieux rechercher les conditions qui assurent le maximum de sécurité dans la transfusion d'homme à homme.

M. Roch (de Genève) estime que les résultats heureux obtenus par M. Cruchet sont dus au choc protéique et auraient pu être obtenus au moyen d'injections de lait.

Leucémie lymphatique à forme splénique. — M. Turrettini (de Genève) signale l'observation d'un homme de cinquante-huit ans atteint de néphrite chronique saturnine avec gros foie et rate énorme. Il s'agissait, après examen de sang, de ce type exceptionnel splénique pur de leucémie lymphatique décrit par Beclère, Joachim, David et Desplats. Ce malade fut très amélioré par la radiothérapie.

Etude anatomo-clinique d'une sidérose viscérale au début. — MM. Ménétrier, Touraine, et J. Surmont, ont étudié la distribution du pigment ferrugineux dans un cas où la sidérose était localisée à la rate, au foie, et aux ganglions directs du foie, les autres organes, la peau notamment était indemne.

C'est dans la rate que l'infiltration pigmentaire est la plus massive. Au niveau du foie le pigment est surtout accumulé dans les intestins d'un tissu de cirrhose périportale, ce qui est en faveur d'un origine splénique de la sidérose. On peut se demander si ces lésions hépatiques antérieures à la sidérose ne sont pas nécessaires pour troubler le métabolisme du fer et accumuler celui-ci dans le foie d'où il sera repris en partie par phagocytose et passera dans la circulation lymphatique puis sanguine créant la sidérose généralisée. Ainsi l'hémochromatose combinée à la cirrhose initiale réaliserait le syndrome de la cirrhose pigmentaire.

Communications sur les maladies du cœur et des vaisseaux.

Action athéromatogène comparée des adrénalines organiques et synthétiques. — MM. Fernand Arloing et Lucien Thévenot ont recherché si des adrénalines organiques ou synthétiques qui possèdent dans la pratique des effets vasoconstricteurs sensiblement égaux ont sur l'aorte du lapin une action athéromatogène identique ou différente.

Après injection de XII gouttes données en cinq doses réparties en vingt-quatre jours ou de X gouttes en vingt-huit jours divisées en quatre injections, les diverses séries de lapins ont montré que l'adrénaline synthétique lévogyre plus hypertensive que l'adrénaline racémique est aussi beaucoup plus athéromatogène. L'adrénaline synthétique lévogyre est deux fois plus athéromatogène que l'adrénaline organique.

Traitement des varices par les injections intravariqueuses de salicylate de soude. — MM Sicard, Paraf et Lermoyez, proposent de remplacer dans la cure des varices des membres inférieurs les injections de carbonate de soude par celles de salicylate de soude, qui tout en possédant des propriétés phlébo-sclérosantes aussi actives sont, en cas d'erreur d'aiguillage, d'une tolérance beaucoup plus grande pour le tissu cellulaire. Le taux de la solution est de 30 grammes pour 100 cubes d'eau distillée; la quantité de solution injectée est d'environ 2 centimètres cubes.

L'auscultation de l'aorte abdominale. — M. Roch (de Genève). Ce procédé d'examen mérite d'être employé systématiquement. Lorsqu'on entend un souffle systolique : *a.* en comprimant l'artère, pas de signification pathologique; *b.* sans compression, aortite anévrysme, souffle inorganique. Lorsqu'on entend un double souffle, en comprimant l'artère, insuffisance aortique; *c.* sans compression, anévrisme.

La médication quinidique du cœur et son utilité pratique. — M. P.-M. Deschamps. La quinidine est appelée à devenir d'une application journalière en cardiologie. La réussite du traitement dépend essentiellement de la cause physio-pathologique de l'arythmie. La quinidine est un dépresseur du cœur d'où la nécessité de faire exactement le bilan fonctionnel du myocarde. La quinidine est purement et simplement un médicament symptomatique.

La quinidine dans l'arythmie complète. La cure d'entretien et ses résultats durables. — M. G. LIAN (de Paris) insiste sur la rareté des accidents et sur la possibilité de les rendre tout à fait exceptionnels par un choix judicieux des cas traités et une bonne technique thérapeutique. On peut obtenir des résultats durables à la condition de soumettre les malades à une cure d'entretien; en leur donnant par exemple pendant trois jours par semaine alternativement une semaine 1/10 de milligramme de digitaline par jour et l'autre semaine 60, 80 centigrammes à 1 gramme de sulfate de quinidine par jour.

Insuffisance aortique par rupture de l'aorte. — M. HAMMER (d'Amsterdam) rapporte l'intéressante observation d'un homme mourant avec les signes d'une insuffisance aortique et chez lequel on trouva une rupture des valvules aortiques sans lésion des tuniques. Il tend à admettre l'origine traumatique de cet accident.

Communications sur la thérapeutique.

Association des sérums et des vaccins dans le traitement des affections pulmonaires aiguës. — MM. D'ŒLSNITZ et COLLE soulignent les résultats encourageants obtenus, et ils insistent sur ce fait qu'il faut écarter dans cette pratique toute posologie a priori des sérums et surtout des vaccins; mais que, au contraire, utilisée sous le contrôle constant des diverses réactions cliniques provoquées qui en dicteront le mode d'application et la posologie, l'immunothérapie mixte est dépourvue de toute possibilité d'action nocive.

Etude des réactions leucocytaires observées au cours de l'immunothérapie mixte des affections pulmonaires aiguës. — MM. D'ŒLSNITZ et COLLE. De cette étude basée sur un millier de numérations leucocytaires, les auteurs ont déduit quelques formules d'attente concernant le mode d'application pratique et particulièrement les doses respectives de sérum et de vaccin dans l'application de l'immunothérapie mixte. Les règles encore susceptibles de modification ont cet avantage qu'elles tendent jusqu'ici à écarter de ce traitement toute possibilité de réaction nocive.

Recherches sur les propriétés thérapeutiques des diastases tissulaires d'organes sains. Organozymothérapie. — M. F. MAIGNON (d'Alfort) a pensé que l'introduction dans l'organisme malade de diastases tissulaires empruntées à l'organe similaire d'un sujet sain devrait réaliser immédiatement l'activité nutritive et fonctionnelle de l'organe frappé d'insuffisance. C'est ce que l'auteur s'est proposé de vérifier et ce que l'expérimentation clinique chez les animaux et chez l'homme a confirmé de façon évidente.

Les cures de fruits sur la côte d'Azur. — MM. GALLOT et COUBARD (de Menton). Cette cure s'adresse : 1° aux fatigués et aux asthéniques; 2° aux dyspeptiques par insuffisance; 3° aux constipés par atonie; 4° aux arthritiques et aux rénaux.

Rôle de l'atmosphère de curabilité dans le traitement et la guérison des névroses. — M. Paul-Emile LÉVY (de Paris). La plupart des névroses peuvent être amenées par un traitement bien dirigé à une guérison complète et durable. La clef de voûte de ce traitement réside dans la psychothérapie éducatrice ou éducation de la volonté; reprise graduelle par le malade de son contrôle sur lui-même dans toutes les directions de son activité physique et morale. BRIZARD.

* * *

L'assemblée générale des membres de l'Association des médecins de langue française qui s'est tenue à l'issue du Congrès, le 14 octobre, sous la présidence de M. le professeur F. Widal, a décidé que le XVIIe Congrès français de médecine aurait lieu à Bordeaux, en octobre 1923, sous la présidence de M. le professeur Arnozan.

Les questions suivantes ont été choisies comme objet des rapports au Congrès de Bordeaux :

1° Des suites éloignées du paludisme;

2° Rapports du sympathique et des glandes endocrines en pathologie;

3° Thérapeutique des infections à méningocoques.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1922)

Sur la transmission en série de l'activation initiale du suc pancréatique par l'entérokinase. — M. C. DELEZENNE et Mlle Suzanne LEDEBT.

Sur la relation entre l'état colloïdal et les fonctions physiologiques du protoplasme. — MM. René WURMSER et Raymond JACQUOT.

Interpénétration surrénalo-testiculaire chez les coqs castrés incomplètement. — MM. A. PÉZARD et F. CARIDROIT.

Action des toxines tétaniques et diphtériques « per os ». — MM. J. DUMAS, D. COMBIESCO et J. BALTIANO. Il est facile de reproduire le tétanos expérimental du cobaye en faisant ingérer à l'animal, en plusieurs repas, 3 centimètres cubes à 10 centimètres cubes de toxine tétanique. Le lapin reste bien portant même après ingestion de 24 centimètres cubes de toxine tétanique.

Cet animal est, au contraire, plus sensible que le cobaye à l'ingestion de toxine diphtérique. On peut, cependant, provoquer l'intoxication diphtérique en faisant absorber au cobaye 7 centimètres cubes de toxine qui tue le cobaye au 1/1.000 de centimètre cube.

Les résultats des expériences des auteurs sont en contradiction avec ceux obtenus par d'autres expérimentateurs, mais cette discordance s'explique par ce fait que les toxines tétanique et diphtérique que l'on prépare actuellement sont beaucoup plus actives que celles d'autrefois.

Sur un glucoside arsenical : le diglucosido-dioxydiamino-arsenobenzène. — MM. A. AUBRY et E. DORMOY. M. Aubry, directeur des laboratoires de recherches des établissements Clin, décrit un nouveau composé arsenical qu'il a préparé et étudié en collaboration avec M. Dormoy.

Le nouveau corps, qui a été isolé à l'état de pureté, présente la constitution d'un glucoside résultant de la fixation de deux molécules de glucose sur les fonctions amines du 606. Il est très soluble dans l'eau, en milieu neutre, ce qui le distingue du 606 qui devait être amené en dissolution par addition de soude caustique; cette complication est la principale cause pour laquelle on a cessé d'employer le salvarsan, malgré son activité thérapeutique universellement reconnue.

Le glucoside découvert par MM. Aubry et Dormoy permet de revenir à l'utilisation du 606, car, introduit dans l'organisme sous forme de solution neutre, il libère peu à peu le 606 qu'il renfermait à l'état dissimulé. Les essais thérapeutiques qui ont été effectués seront publiés dans une autre revue.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1922)

Diphtérie et sérothérapie intensive. — M. P. LEREBOULLET rapporte la statistique du service de la diphtérie aux Enfants-Malades du 1er janvier 1921 au 1er juillet 1922. En dix-huit mois, 523 cas de diphtérie donnent une mortalité de 4,59 p. 100, déduction faite des cas dans lesquels la mort est survenue dans les vingt-quatre heures qui suivent l'entrée et de ceux où, la diphtérie étant guérie, la mort a été provoquée par une toute autre cause. Cette statistique est d'autant plus significative que, d'une part, bon nombre des cas de morts ont trait à des diphtéries hautement malignes ou à des diphtéries dans lesquelles le traitement sérique n'est intervenu qu'après neuf, dix et douze jours de maladie, et que, d'autre part, parmi les guérisons, les cas de diphtérie maligne sont relativement nombreux. Ces résultats semblent dus à l'emploi d'une sérothérapie intensive, s'efforçant de frapper vite, fort et longtemps. Ne recourant qu'exceptionnellement à la voie intraveineuse, rejetant formellement l'administration par voie buccale manifestement inefficace, M. P. Lereboullet

a pratiqué l'injection sérique, faite d'emblée par voie intramusculaire et sous-cutanée simultanées; cette double injection est répétée journellement tant que persistent les fausses membranes et peut atteindre 100 grammes et plus par jour; ces hautes doses, qui atteignent et dépassent souvent 500 grammes dans les formes hypertoxiques, semblent sans inconvénients n'entraînant notamment pas plus d'accidents sériques que des doses moindres. Il est à souhaiter que leur emploi se généralise et que l'injection intramusculaire initiale associée à une injection sous-cutanée devienne la règle du traitement, la mortalité par diphtérie devant être ainsi encore réduite.

L'héliothérapie dans la péritonite tuberculeuse. — M. ARMAND-DELILLE a étudié l'influence des bains de soleil, généralisés à tout le corps, dans le traitement des péritonites tuberculeuses, même les plus graves. Il cite l'exemple d'une jeune fille qui avait subi deux laparotomies sans succès, qui était dans un état cachectique et qui a été radicalement guérie par les bains de soleil (1).

Emploi de la levulose chez les diabétiques. — M. Marcel LABBÉ, à propos du mémoire de M. Desgrez sur ce sujet, a particulièrement insisté sur les difficultés du problème. Il reconnaît, avec M. Desgrez, que la levulose combat efficacement l'acidose, partant l'acétonémie. Toutefois, pour diminuer l'acidose chez les diabétiques, M. Marcel Labbé pense qu'il est plus indiqué de réduire les aliments azotés et les graisses que d'augmenter la quantité des hydrates de carbone.

Le cancer. — M. TUFFIER a fait une communication très importante sur la mortalité par cancer dans le monde entier. Ainsi qu'il l'a dit, c'est plutôt une analyse d'un travail d'un statisticien américain, M. Hoffmann.

Voici quelques chiffres empruntés à la statistique de M. Hoffmann :

Sur environ 2 milliards 124 millions d'êtres humains, on arrive à une mortalité de 71 pour 100.000 habitants, soit environ 500.000 décès par an. Cette mortalité aux Etats-Unis s'élèverait à 78 pour 100.000 habitants. Dans cette dernière statistique spéciale aux Etats-Unis il y aurait eu, en 1915, 80.000 décès par cancers.

L'âge où le cancer est le plus fréquent est entre quarante-cinq et cinquante ans.

Les statistiques ne sont pas les mêmes dans tous les pays. La mortalité, en Angleterre, est de 94, en Hollande de 93, aux Etats-Unis de 76, en France de 73, en Espagne de 44. Au point de vue des races, voici quelques chiffres : à Ceylan, 15 décès pour 100.000 chez les Européens, 1 pour les Malais, 7 pour les Congolais. D'une façon générale, le cancer serait plus fréquent dans la race blanche que dans la race noire. Chez les Indiens, le cancer est d'une extrême rareté. Le cancer du sein est très rare chez les Japonaises.

L'accroissement du cancer est partout continu. Le cancer devient donc une menace de plus en plus grande pour le monde entier.

Sur le même sujet, M. BENOIT fait une communication d'où il résulterait que la fréquence du cancer serait en raison inverse de l'insolation d'un pays. C'est ainsi que le cancer serait plus fréquent dans les pays du Nord, dans les vallées de la Suisse, où le soleil pénètre fort peu de temps, que dans le Midi.

Précis de diagnostic médical et de séméiologie (Collection Testut), par J. PAVIOT, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux. 3e édition. Un fort volume in-16 de 1.420 pages avec 56 figures dans le texte. — Prix : cartonné toile, 40 fr.; franco, 42 fr. — Paris, Gaston Doin.

(1) Il y a bien longtemps déjà que nous avons vu des cas de péritonite tuberculeuse traités avec succès par l'héliothérapie dans la clinique du docteur Rollier, à Leysin.

NOTES POUR L'INTERNAT

NERF CIRCONFLEXE

Intérêt à cause des lésions possibles au cours des luxations de l'épaule.

ORIGINE. — Il naît du tronc secondaire postérieur du plexus brachial simulant avec le radial, par son calibre, une véritable bifurcation, d'où son nom de tronc radio-circonflexe. La plupart de ses fibres provient de la cinquième paire cervicale. Il repose sur le sous-scapulaire. Point d'excitation électrique à la partie moyenne du triangle sous-claviculaire.

TRAJET. — Il se porte vers le bord axillaire de l'omoplate, contourne obliquement le bord inférieur du sous-scapulaire, puis le col chirurgical de l'humérus.

TERMINAISON. — Arrivé à la face profonde du deltoïde, il se divise en ses branches terminales.

RAPPORTS. — Donc deux portions à étudier : axillaire et sous-deltoïdienne.

A. **Portion axillaire.** — Très court trajet oblique en bas et en dehors sur la face antérieure du sous-scapulaire immédiatement en dedans de la saillie de la tête humérale. Puis il croise successivement le bord axillaire de ce muscle et la face antérieure du tendon du long triceps. Il s'engage alors dans le trou carré de Velpeau. Donc pendant tout ce trajet il est en contact intime avec la paroi postérieure du creux de l'aisselle. Situation par rapport au radial variable suivant les auteurs. D'après Dujarier, le radial constitue le gros tronc externe de division du radio-circonflexe et gagne la fente huméro-tricipitale tandis que le circonflexe constitue le tronc interne qui va croiser profondément le radial pour plonger ensuite dans le trou carré. D'après d'autres auteurs, il longe le bord supérieur du radial. Le circonflexe présente en dedans de lui, plus ou moins loin suivant son mode d'origine, les nerfs du grand rond et du grand dorsal qui passent, le premier en arrière, le second en avant des vaisseaux scapulaires inférieurs. Aucun rapport direct avec les autres branches du plexus brachial. Il est situé derrière la portion sous-petit-pectoral de l'axillaire et est souvent compris avec le radial dans la boucle d'origine de la scapulaire inférieure au niveau du bord inférieur du sous-scapulaire. Groupes des ganglions lymphatiques scapulaires. Il est rejoint rapidement par l'artère circonflexe postérieure qui, elle aussi, a une situation, par rapport à lui, variable suivant les auteurs ; soit au-dessus, soit au-dessous. Il semble qu'elle se place d'abord sur son bord supérieur et décrit autour de lui une spirale qui l'amène au-dessous de lui dans la portion sous-deltoïdienne. Grosses veines homonymes se jettent dans le canal collatéral

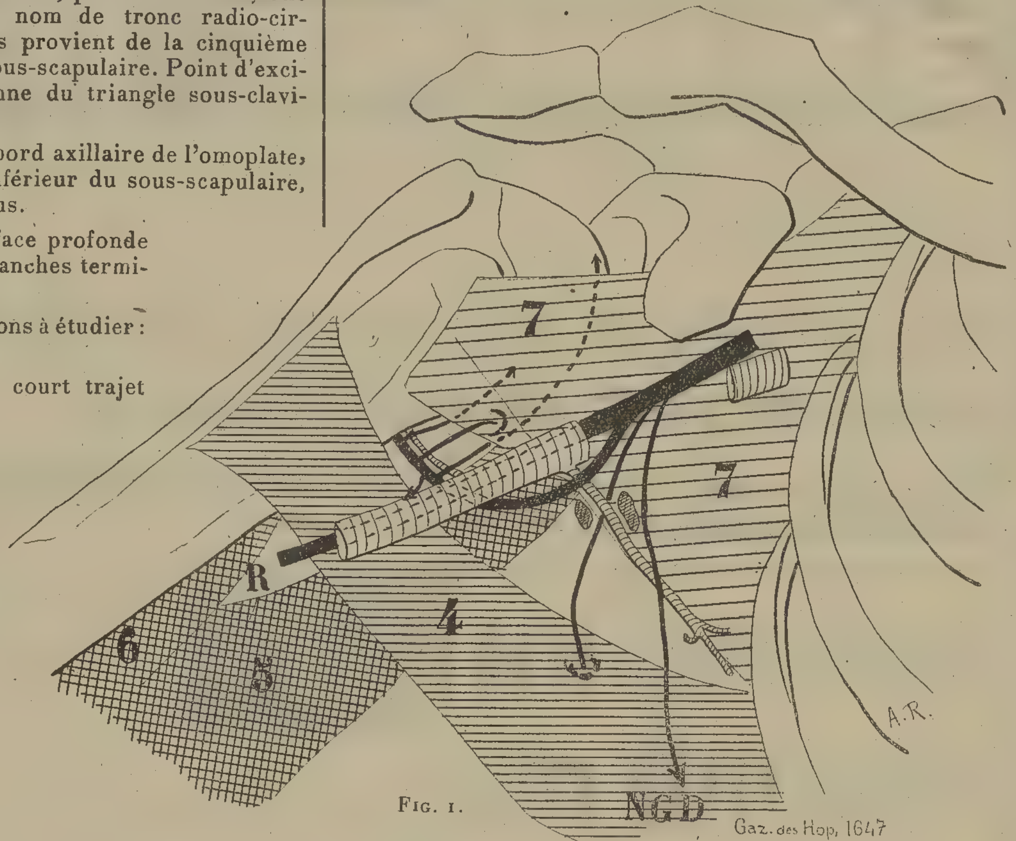


Fig. 1.

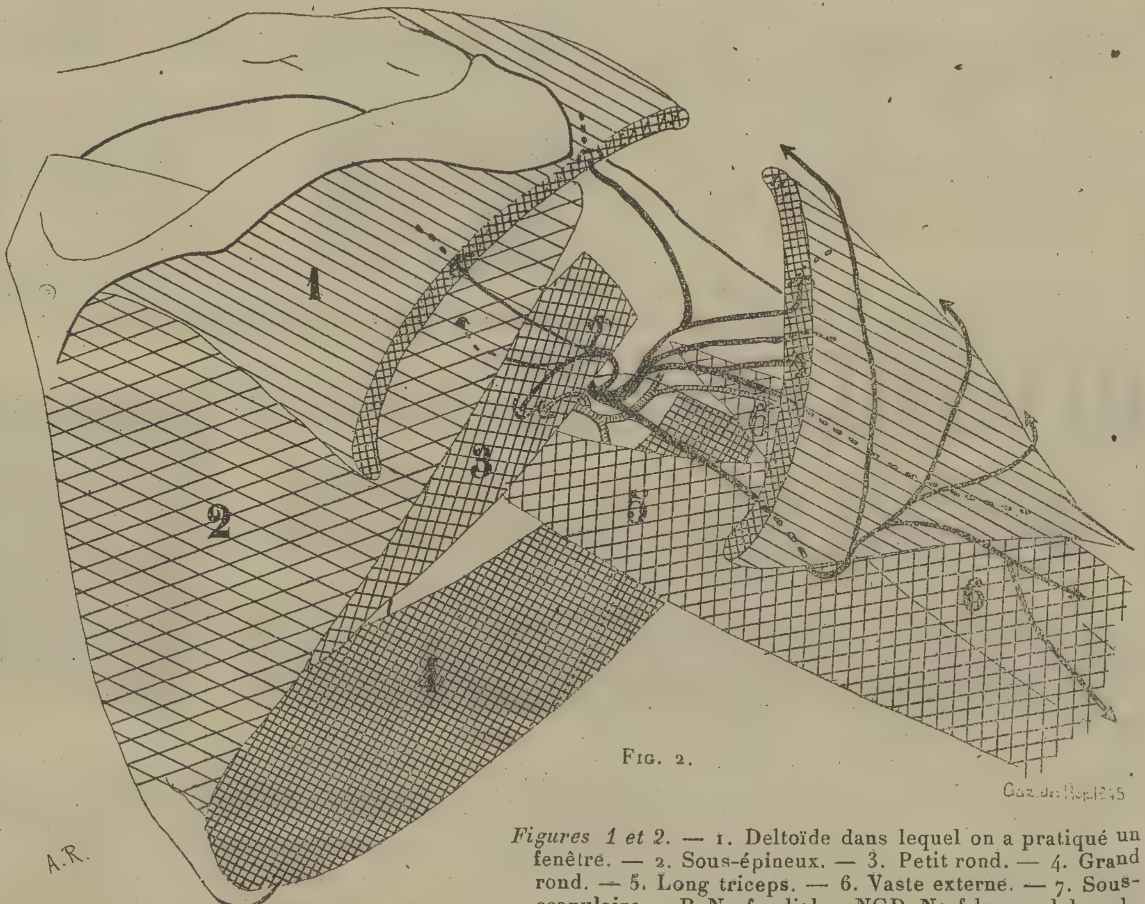


Fig. 2.

Figures 1 et 2. — 1. Deltoïde dans lequel on a pratiqué un fenêtre. — 2. Sous-épineux. — 3. Petit rond. — 4. Grand rond. — 5. Long triceps. — 6. Vaste externe. — 7. Sous-scapulaire. — R. Nerf radial. — NGD. Nerf du grand dorsal.

externe. Enfin, il est éloigné de la veine axillaire et du groupe huméral des ganglions lymphatiques.

B. **Portion sous-deltoïdienne.** — Arc de cercle à concavité antéro-postérieure directement appliqué contre le col chirurgical, juste au-dessus des insertions du vaste externe. A ce niveau artère au-dessous de lui. Il émerge de la profondeur au-dessous du petit rond, au-dessus du grand rond, en dehors du long triceps. Il s'applique contre la face profonde du deltoïde et y est maintenu par une lame aponévrotique. Déjà il a commencé à émettre ses branches terminales.

BRANCHES COLLATÉRALES. — 1° **Rameaux vasculaires**, très grêles pour l'axillaire; 2° **Deux rameaux articulaires principaux**, l'un né près de son origine pour la face antérieure de la capsule, l'autre né près du col chirurgical pour la partie inféro-interne de l'articulation. Parfois un troisième né à la face postérieure du col chirurgical pour la capsule et la tête humérale; 3° **Rameaux musculaires.** Nerf du sous-scapulaire, inconstant, né entre les deux nerfs articulaires, pour les fibres externes et inférieures du muscle. D'ailleurs, le circonflexe peut donner les nerfs principaux du sous-scapulaire. Nerf du petit rond né du bord supérieur du circonflexe au niveau de son croisement avec le long triceps, courbe à concavité supéro-interne; il pénètre le muscle par son bord inférieur et peut donner, en outre, un rameau deltoïdien et articulaire; 4° **Rameaux cutanés.** Nerf cutané de l'épaule né du bord inférieur du circonflexe au même niveau que le nerf du petit rond ou par un tronc commun; trajet oblique en bas et en dehors; il émerge entre le long triceps et le bord postérieur du deltoïde qu'il contourne pour perforer ensuite l'aponévrose superficielle; il se divise en rameaux ascendants, transverses dont certains accompagnent la veine céphalique, descendants plus considérables, pour la peau de la partie inférieure de l'épaule et de la moitié postérieure du bras, parfois jusqu'au coude. Filets cutanés accessoires qui perforent le muscle.

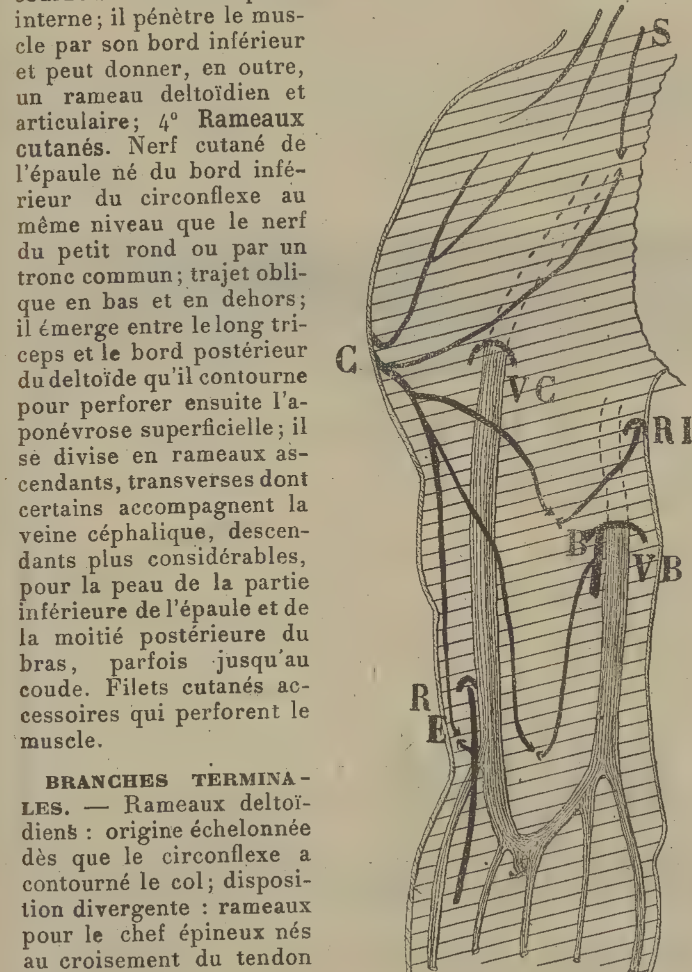


Fig. 3 (d'après L. Hirschfeld).

VC. Veine céphalique. — VB. Veine basilique. — C. Nerf cutané de l'épaule du circonflexe. — RI. Rameau cutané interne du radial. — RE. Rameau cutané externe du radial. — B. Brachal cutané interne et son rameau cutané du bras. — S. Branche sus-claviculaire du plexus cervical superficiel.

BRANCHES TERMINALES. — Rameaux deltoïdiens : origine échelonnée dès que le circonflexe a contourné le col; disposition divergente : rameaux pour le chef épineux nés au croisement du tendon du grand rond; rameaux pour les chefs acromial et claviculaire; les uns ascendants paraissant continuer le trajet du circonflexe, d'autres descendants pouvant être suivis jusqu'au V deltoïdien, d'autres antérieurs plus considérables donnent plusieurs ramuscules à l'articulation. Filets sensitifs cutanés traversant le muscle. Filets osseux pour la tête humérale accompagnant les vaisseaux nourriciers.

ANASTOMOSES DES RAMEAUX CUTANÉS avec : **Branches du plexus brachial** : 1° Radial par le rameau cutané interne au niveau de la partie moyenne du bras, par le rameau cutané externe au niveau du bord externe du bras, au-dessus de l'épicondyle; 2° Brachial cutané interne par le rameau cutané du bras au niveau du pli du coude. — **Branches du plexus cervical superficiel** par le rameau sus-claviculaire dans l'espace delto-pectoral (anastomose inconstante).

CONCLUSION. — Nerf mixte qui donne la sensibilité du moignon de l'épaule et la motricité du deltoïde et du petit rond.

CONSÉQUENCES CHIRURGICALES, à cause des rapports avec l'articulation scapulo-humérale : lésion possible du circonflexe au moment de la luxation ou lors de sa réduction. Donc nécessité avant toute tentative de réduction de s'assurer de son intégrité par la recherche méthodique de la sensibilité cutanée et par l'examen électrique. Si lésion, pronostic réservé à cause de l'incapacité partielle de travail résultant de la perte ou de la diminution de l'abduction du bras. Enfin, on pourra rechercher si la paralysie deltoïdienne n'est pas associée à une paralysie du biceps, brachial antérieur et long supinateur; dans ce cas, il s'agit de lésion radiculaire du plexus brachial à type Duchenne-Erb.

D'autre part, le trajet du nerf au niveau du col huméral étant situé à 6 centimètres au-dessous de l'acromion l'abord postérieur de l'articulation scapulo-humérale n'est possible qu'au-dessus de ce trajet.

Toute incision de la région deltoïdienne longue de plus de 6 centimètres à partir de l'acromion menace de sectionner le circonflexe et d'entraîner de ce fait une paralysie du deltoïde.

COURS ET CONFÉRENCES

CURIETHÉRAPIE ET RADIOTHÉRAPIE CHIRURGICALES. — M. le docteur R. Proust, agrégé, chirurgien de l'hôpital Tenon, commencera une série de conférences sur la curiethérapie et la radiothérapie chirurgicales, le lundi 13 novembre 1922, à 3 heures de l'après-midi, au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

FARINES MALTÉES JAMMET



de la Société d'Alimentation diététique
pour le régime
des MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS
et l'ALIMENTATION DES ENFANTS

FARINES TRÈS LÉGÈRES	FARINES LÉGÈRES
RIZINE Crème de Riz maltée	**GRAMENOSE** Avoine, Blé, Maïs, Orge
ARISTOSE à base de Blé et d'Avoine maltés	**BLÉOSE** Crème de Blé total maltée
CÉRÉMALTINE Arrow-Root, Blé, Orge, Maïs	**AVENOSE** Farine d'Avoine maltée
ORGÉOSE Crème d'Orge maltée	**LENTILOSE** Farine de Lentilles maltée

CACAO GRANVILLE, Cacao à l'Avenose, à l'Orgéose, etc...
MALT GRANVILLE – MALTS TORRÉFIÉS – MATÉ SANTA-ROSA
CÉRÉALES spécialement préparées pour **DÉCOCTIONS**

USINE ET LABORATOIRES A LEVALLOIS-PERRET
BROCHURES ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Dépôt général : Mon JAMMET, Rue de Miromesnil, 47, Paris

Préparé par les LABORATOIRES DU
NUJOL
Standard Oil Co (New-Jersey)
NEW YORK



CAUSES ET EFFETS

La viscosité des huiles de vaseline est tellement variable qu'il n'est pas étonnant que les résultats obtenus varient aussi.

Le **NUJOL** donne des résultats invariables parce qu'il est lui-même invariable.

NUJOL EST LE LUBRIFIANT IDÉAL DE L'INTESTIN

Le **NUJOL** présente toujours le même degré de viscosité et d'absolue pureté.

Le **NUJOL** est absolument sans goût ni odeur et ne cause pas des nausées.

Echantillons et Brochures sur demande
BEDFORD PETROLEUM Co
88 Avenue des Champs-Élysées, 88
PARIS

Nujol MARQUE DÉPOSÉE
Contre la Constipation

Agent de Vente :
A. W. B. SCOTT
Pharmacien-Droguiste
38, Rue du Mont-Thabor
PARIS

"LA BIOTHÉRAPIE" 3, rue Maublanc, PARIS (15e), *Téléph.* : Ségur 05-01

Prépare et fournit :

BILIVACCIN	BILIVACCIN
PASTILLES ANTITYPHIQUES BILIÉES	*PASTILLES ANTIDYSENTÉRIQUES*
Comprimés de vaccin préparés contre la typhoïde et les Paratyphoïdes A et B	Comprimés de vaccin préparés contre la dysenterie bacillaire.

S'emploient par la voie buccale et N'OCCASIONNENT AUCUNE RÉACTION

N. B. — Les Pastilles antityphiques biliées ont été employées pendant deux épidémies de typhoïde dans le Pas-de-Calais et dans l'Aude ont donné des résultats **absolument probants**.

— LITTÉRATURE ET RENSEIGNEMENTS SUR DEMANDE —

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Etudiants étrangers, 25 francs par an.



ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 9 novembre. — MM. Dumont, 19,70; Salomon, 19,80.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Pathologie. — Séance du 10 novembre. — Question donnée : « Examen gynécologique. »

MM. Benoist, 14; Ab der Halden et Bruchon, 15; Bardin, 16; Bertrand (J.), 13; Mlle Bronilawski, 17; MM. Auvray, 14; Boquet, 19; Ardouin, 14; Bocquentin, 18; Bouvier (G.), 16; Mme Amiot, 15; MM. Berny, 14 1/2; Breton (René), 18; Baudet, 12; Bailby, 13 1/2; Berry, 16; Bompard, 18.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT. — Un concours s'ouvrira, le 14 mai 1923, devant la Faculté de médecine de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Clermont.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Prix décernés :

MÉDECINE ET CHIRURGIE. — *Prix Montyon.* — Des prix de 2.500 fr. sont décernés à MM. Charles Dopter, professeur au Val-de-Grâce; Eug. Wollmann, chef de laborotoire à l'Institut Pasteur; Ed. Lesné, médecin des hôpitaux de Paris, et Léon Binet, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris. Des mentions honorables de 1.500 fr. sont attribuées à MM. Emile Weil, médecin des hôpitaux, et Jean Loiseleur; J.-B. Piol Bey, président de l'Institut d'Egypte; Philippe Lasseur et Louis Spillmann, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. Enfin, une citation est accordée à MM. André Teil; Serge Tchahotine, de l'Institut pathologique de Zagreb; Maurice de Fontoynont, directeur de l'Ecole de médecine de Tananarive, et Humbert Boucher, directeur de l'Institut Pasteur de Tananarive.

Prix Barbier (2.000 fr.). — Décerné à M. l'inspecteur général Edmond Delorme.

Prix Bréant. — Un prix de 3.000 fr. est décerné à Mme Marie Phisalix et un prix de 2.000 fr. est attribué à MM. Ed. Sergent, directeur de l'Institut Pasteur d'Alger et Et. Sergent, chef du service antipaludique algérien.

Prix Godard (1.000 fr.). — Décerné à M. J. Turchini, préparateur à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Mège (300 fr.). — Décerné à M. Pierre Mathieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Prix Belléon. — Des prix de 700 fr. sont décernés à M. Giuseppe Favaro, directeur de l'Institut anatomique de la Royale Université de Messine, et à M. Arthur Verne, directeur de l'Institut prophylactique de Paris.

Prix du baron Larrey (700 fr.) — Attribué à M. Pierre Perrin de Brinchambaut.

PHYSIOLOGIE. — *Prix Montyon.* — Décerné à M. Gaston Giraud, chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier.

Prix La Caze (10.000 fr.). — Décerné à M. Léon Frédéricq, professeur à l'Université de Liége.

Prix Pourot (2.000 fr.). — Décerné à M. René Wurmser, préparateur de physiologie générale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Prix Martin-Damourette (1.400 fr.). — Attribué à M. Pierre Abrami, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Philipeaux (900 fr.). — Décerné à M. le professeur Costantino Gorini, directeur du laboratoire de bactériologie de l'Ecole royale supérieure d'agriculture de Milan.

LE CENTENAIRE DE PASTEUR. — M. Paul Strauss, ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, a présidé hier la première réunion du comité institué en vue de commémorer le centenaire de Pasteur. Le président de la République s'était fait représenter à cette réunion par le colonel Noguès.

Après un échange de vues sur le programme d'ensemble des manifestations, il a été admis en principe que les fêtes

officielles seraient localisées à Paris, dans la Franche-Comté et en Alsace, dans la période du 22 mai au 3 juin.

COMMISSION DU CODEX. — M. Radais, doyen de la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, est nommé membre de la Commission du Codex.

PALMES ACADÉMIQUES. — Sont nommés :

(Au titre étranger.) *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Ekberg (de Stockholm), Wertheim et Zebrowski (de Varsovie).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs L. Batek (de Hradec-Kralové), Boucek (de Podébrady), Octavio Mendez-Pereira (de Panama).

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le Syndicat des médecins de la Seine :

Considérant la nécessité d'un organisme central d'Etat groupant tous les services concernant l'Assistance et la Santé publique qui sont répartis dans les différents ministères;

Considérant que la dispersion actuelle entraîne pour l'Etat des dépenses onéreuses inutiles, occasionne au public des pertes de temps très longues et nuit à l'homogénéité et à la cohérence administrative que réclame notre régime d'assistance et de santé publique;

Emet auprès de la Commission des finances de la Chambre et auprès de la Commission des finances du Sénat, le vœu :

Que le ministère de l'Hygiène non seulement soit conservé, mais encore que son importance soit accrue par le groupement permanent, dans son sein, de tous les services intéressant l'assistance et la santé publique.

SYNDICAT GÉNÉRAL DES MÉDECINS DES STATIONS BALNÉAIRES ET SANITAIRES DE FRANCE. — La première réunion d'hiver du Syndicat général aura lieu le lundi 27 novembre, 12, rue de Seine, à 16 h. 30. Ordre du jour : Résultat des démarches du bureau auprès de l'Union des syndicats. Nos démarches en vue d'une propagande en commun en Angleterre. Vœux de la Fédération thermale du Sud-Ouest. De l'application de la taxe de séjour aux médecins. Nouvelles candidatures. Questions diverses.

Il est rappelé que les médecins désirant faire partie du Syndicat général doivent être présentés par deux parrains déjà membres du Syndicat et autant que possible exerçant dans la même station. Adresser toutes demandes de candidature à M. le docteur Durand-Fardel, président, 164, rue de Courcelles, Paris. Toute autre correspondance au secrétaire général : Docteur R. Molinéry, 30, avenue Sainte-Marie, Saint-Mandé (Seine).

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de MM. les docteurs Béninson (de Lille), Briquel (de Lunéville), Laure (de Buenos-Ayres), Mantel, ancien interne des hôpitaux de Paris; Alfred Martinet, ancien interne des hôpitaux de Paris, chargé de cours à la Faculté de médecine de Paris; et Pierre Siepi (de Marseille.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS. — Ce prix annuel de 1.000 francs en espèces sera décerné au meilleur travail original et inédit envoyé à la Société des chirurgiens de Paris, 44, rue de Rennes, avant le 31 décembre. Le prix n'est pas divisible et il ne pourra être attribué qu'à un candidat de nationalité française.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ (Maison Dubois), 200, rue du Faubourg Saint-Denis). — CONFÉRENCES DE CLINIQUE MÉDICALE PRATIQUE. — M. Louis Ramond, médecin des hôpitaux, fera tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2, dans son service (service Vigla), une conférence de clinique médicale pratique.

La première conférence aura lieu le dimanche 19 novembre 1922, à 10 h. 1/2. Elle aura pour sujet : Les pleurésies putrides.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — OPHTALMOLOGIE (service du docteur DUPUY-DUTEMPS). — Le docteur H. Joseph fera une série de huit leçons sur la réfraction oculaire, les lundis et jeudis, à 10 h. 1/2, à partir du jeudi 16 novembre.

Prix du cours : 80 francs.

S'inscrire dans le service, à l'hôpital Saint-Antoine.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

FÉDÉRATION CORPORATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉGION PARISIENNE

LE PROJET DE LOI SUR L'ASSURANCE-VIE

Le Conseil d'administration de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne vient d'approuver à l'unanimité le projet suivant qui lui a été soumis par son secrétaire général le docteur Lian, et qui constitue une formule mixte jetée comme un pont entre les deux projets rivaux qui divisent l'opinion du Corps médical : celui du paiement direct des honoraires médicaux par la caisse (projet dit du contrat collectif), et celui du paiement direct des honoraires médicaux par le malade.

I. La Fédération, résolue à s'opposer à tout projet de loi d'assurance sociale qui, comme le projet Vincent, établirait sous quelque forme que ce soit un tarif forfaitaire des honoraires médicaux, déclare ne pouvoir se rallier qu'à une loi respectant :

1° Le secret professionnel;

2° Le libre choix absolu du médecin;

3° La rémunération à la visite et au tarif moyen de la clientèle ordinaire;

4° La limitation de l'assurance aux personnes aisées.

II. Au point de vue de l'application de ces principes, la Fédération est favorable au paiement des honoraires médicaux par le malade. Pour cela, le malade recevrait de la Caisse d'assurance des tickets spéciaux, moyennant le versement d'une somme au moins égale au *quart* de la valeur de ces tickets (système Lyonnais).

Ces tickets seraient remis au malade sur présentation d'un bulletin de maladie signé par son médecin, et ne seraient renouvelés que sur justification de l'utilisation des tickets précédents.

Les tickets médicaux ne seraient pas forcément égaux en valeur aux soins médicaux reçus par le malade. Ils représenteraient en quelque sorte la part de la Caisse dans le paiement des honoraires, c'est-à-dire la somme que la Caisse juge légitime d'allouer au malade pour le paiement des soins médicaux nécessités par son état de santé. Mais le malade resterait libre d'assurer, sous sa responsabilité personnelle, tous frais médicaux supplémentaires qu'il serait d'accord avec son médecin pour considérer comme justifiés.

La Caisse, si elle le jugeait utile, contrôlerait, pendant la maladie et par les soins d'un médecin de son choix, l'existence de la maladie et l'utilisation des tickets. Elle prendrait immédiatement en conséquence les décisions qui lui paraîtraient légitimes. En cas de désaccord, le malade ou le médecin traitant aurait la faculté de soumettre le différend à une Commission arbitrale.

La Caisse paierait au médecin, sur seule présentation des tickets médicaux, la valeur représentée par ceux-ci.

Ce projet, approuvé à l'unanimité par le Conseil d'administration dans sa réunion du 27 octobre dernier, est soumis à l'examen de tous les groupements confédérés, qui sont invités à mandater sur ce point leurs délégués en vue d'une prochaine assemblée générale extraordinaire qui aura lieu le 22 décembre prochain, à 8 h. 45 du soir, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Le secrétaire général,

C. LIAN.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

NEUROLOGIE

Par le docteur J. LHERMITTE.

GÉNÉRALITÉS

Réflexes de défense. (J. Babinski. Conférence faite le 31 mai 1922 à la Société Royale de médecine de Londres. *Revue neurol.*, n° 8, août 1922.) — Si les physiologistes avaient depuis longtemps observé que, à la suite des lésions destructives transverses de la moelle, survenaient des mouvements du train postérieur de l'animal opéré, mouvements que leur morphologie autorisait à dénommer mouvements de fuite ou de défense, il faut arriver à Vulpian pour en deviner la valeur sémiologique en pathologie humaine. Depuis plus de vingt ans, M. Babinski, dans de nombreux travaux, s'est attaché à montrer l'immense intérêt que présente, en clinique, l'étude des mouvements ou réflexes de défense et ce n'est que justice de reconnaître que c'est au neurologiste français que nous devons le plus sûr de nos connaissances sur ces manifestations pathologiques.

Le plus simple et le plus fréquent des réflexes de défense consiste dans le simple retrait du membre inférieur sur lequel ont porté des excitations cutanées ou profondes. En général, ce réflexe est d'autant plus net que les excitations portent sur les régions les plus distales, la plante du pied, par exemple. Parfois, l'excitation de la peau de la face antérieure de la cuisse détermine non pas une triple flexion mais une extension de tous les segments du membre abdominal.

Enfin M. Babinski signale un phénomène très important du fait de la signification pathologique qu'il comporte. Il tient dans la flexion dorsale du pied consécutive au pincement de la peau de la face supérieure du pied ou de la face antérieure de la jambe. Jamais on ne constate cette réaction chez l'individu normal et lorsqu'il apparaît on peut être assuré que la voie pyramidale n'est pas indemne.

Pour ce qui est du signe de l'orteil, M. Babinski reconnaît que, très souvent, l'extension du gros orteil est associé au réflexe général de défense du membre inférieur avec lequel il offre un certain rapport pathogénique bien que cependant il existe des faits qui traduisent une dissociation de ces réflexes. Les réflexes de défense sont tout à fait indépendants des réflexes tendineux car, dans nombre de faits, où ceux-ci apparaissent très exaltés, les mouvements défensifs sont peu accusés; l'inverse est encore plus frappant. Est-il besoin de rappeler la maladie de Friedreich dont l'abolition de la réflectivité tendineuse est un des signes fondamentaux et dans laquelle les réflexes défensifs acquièrent une intensité souvent extrême. Il en va souvent de même dans la section complète de la moelle dorsale pendant une longue période ainsi que l'ont démontré Head et Riddoch, J. Lhermitte. Dans certains cas, l'intensité des réflexes de défense peut être telle, qu'elle conditionne l'attitude des membres inférieurs paralysés. Il s'agit ici de la paraplégie en flexion assez commune dans les lésions transverses spinales liées à un foyer de myélite et surtout à la compression. Tout à l'opposé de la paraplégie en extension dans laquelle la contracture apparaît toujours parallèlement à la surréflectivité tendineuse, la paraplégie en flexion va de pair avec la perte des réflexes tendineux. La première est déterminée par une contracture tendinéo-réflexe, la seconde par une contracture cutanéo-réflexe.

Les réflexes de défense peuvent ne pas se limiter au seul membre excité mais s'étendre au membre opposé. De très nombreux exemples en ont été apportés pendant la guerre. Dans la règle, l'excitation de la plante du pied d'un côté provoque uniquement la triple flexion du membre contro-latéral, mais, bien que plus rarement, on a pu observer un véritable réflexe d'extension croisée dans les sections spinales complètes; l'excitation de la face postérieure de la cuisse provoque, dans les cas de ce genre, la triple flexion du membre excité et l'extension du membre opposé (Lhermitte).

M. Babinski critique avec beaucoup de justesse l'opinion défendue par MM. Walshe et Riddoch selon lesquels la contracture en extension des membres inférieurs exigerait la continuité entre les centres mésocéphaliques et les centres spinaux du tonus. Les faits de transsection spinale complète s'inscrivent contre cette doctrine. Tout de même, il n'est pas plus exact de supposer avec les neurologistes anglais que la paraplégie en flexion suppose une interruption de la continuité des faisceaux mésocéphalo-spinaux. Dans de très nombreux cas, ainsi que l'a montré il y a longtemps Demange, la paraplégie des vieillards s'accompagne d'une contracture en flexion très prononcée. Il en était ainsi dans une observation plus récente de Pierre Marie et Foix que signale M. Babinski.

En terminant, l'auteur rappelle les phénomènes de surréflectivité hyperalgésique qu'il a précédemment étudiés dans l'hémiplégie cérébrale et qui sont caractérisés par des réactions motrices du membre supérieur différentes suivant le côté excité. On le voit, la recherche systématique des réflexes défensifs doit prendre aujourd'hui en neurologie clinique une place aussi importante que celle des réflexes tendineux et cette place c'est grâce surtout à M. Babinski qu'elle a été conquise.

Etudes neurologiques. (G. Guillain. 1 vol. Masson édit., 464 p. 1922.) — Il ne faut pas chercher dans cet ouvrage tous les travaux publiés antérieurement par M. Guillain avec ses collaborateurs mais ceux, et ils sont nombreux, qu'il a jugés les plus susceptibles d'orienter la neurologie de l'avenir. Ainsi que l'écrit l'auteur, si l'anatomie et la physiologie sont à la base de nos connaissances neurologiques, la neurologie moderne doit savoir faire appel à toutes les méthodes bactériologiques, physiques et chimiques.

Aussi n'est-on pas surpris que le premier chapitre soit consacré à l'étude de la fixation des poisons sur le système nerveux et en particulier de la toxine diphtérique et que le dernier comprenne la recherche des lésions et des manifestations secondaires à l'intoxication tabagique, mercurielle et cocaïnique.

Analyser un semblable recueil est impossible et nous ne pouvons malheureusement qu'engager tous ceux qu'intéresse la neurologie et ses rapports avec la médecine générale, à lire les travaux de G. Guillain sur l'encéphalite épidémique, la pathologie de la moelle épinière, la syphilis cérébro-spinale, le liquide céphalo-rachidien et la pathologie méningée.

NOYAUX CENTRAUX

Nouvelles recherches sur l'histologie normale et pathologique du système strié. (Max Bielschowsky. *Journ. f. psychol. u. psychol.*, t. XXVII, 1922, p. 234.) — Dans un précédent travail, l'auteur avait étudié l'histologie fine des noyaux striés et montré certains détails, d'un grand intérêt, sur la terminaison des voies afférentes des noyaux lenticulaire et caudé ; la présente étude, plus accessible aux médecins non histologistes, comprend l'ensemble des résultats anatomo-pathologiques qui découlent de recherches faites par M. Bielschowsky sur un certain nombre d'affections localisées au système strié.

L'auteur a pu étudier quatre cas de chorée chronique du type d'Huntington et, dans ces faits, il a constaté la double lésion corticale et striée déjà, mise en évidence par Alzheimer, Pierre Marie et Lhermitte, C. et O. Vogt, Kiesselbach.





Laboratoire des Produits "USINES du RHÔNE"

21, Rue Jean Goujon, PARIS (8e)

RHODARSAN

(914 français)

Adopté par le Ministère de l'Hygiène et de la Prévoyance Sociale, par l'Assistance Publique de Paris et les grands Hôpitaux.

Agent curatif puissant et régulier de la SYPHILIS

TRAITEMENT INTRAVEINEUX

Doses de 0 gr. 10, 0 gr. 15, 0 gr. 30. 0 gr. 45, 0 gr. 60, 0 gr. 75, 0 gr. 90, 1 gr. 05, 1 gr 20 et 3 grammes (spéciale pour Hôpitaux).

1° En boîtes unitaires et en emballages de 10 et 20 ampoules de chaque dose.

2° En nécessaires contenant 1 ampoule de chaque dose de la même fabrication (de 0 gr. 15 à 0 gr. 90).

TRAITEMENT SOUS-CUTANÉ

Nécessaire contenant 12 doses de 0 gr. 15 de ***Rhodarsan*** et 12 ampoules de ***Solvant anesthésique*** "U. R.".

EAU BIDISTILLÉE

Ampoule de 10 c.c.

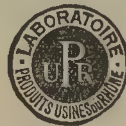
Boîtes de 1, 10 et 20.

SCURÉNALINE

Adrénaline levogyre (Codex)

Ampoules dosées à 1mgr de ***Scurénaline***.





ALUNOZAL

Salicylate basique d'Alumine.

ANTIDIARRHÉIQUE PUISSANT

L'ALUNOZAL libère, dans l'intestin seulement, l'alumine dont l'état gélatineux intensifie : le pouvoir d'absorber les **toxines** et les propriétés **astringentes**, que complète heureusement l'action **analgésique** et **antiseptique** du salicylate alcalin formé.

Tolérance stomacale parfaite. — Toxicité nulle

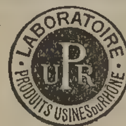
MÉDICATION DE CHOIX DES

DIARRHÉES de toutes natures, Aiguës et Chroniques

Comprimés à 0 gr. 50 (*Tubes de 20 comprimés*). — Granulés à 25 % (*Médication agréable, recommandée en médecine infantile*).

LITTÉRATURE et ÉCHANTILLONS : Laboratoire des Produits **"USINES DU RHÔNE"**, 21, Rue Jean Goujon, PARIS (8e).





RHOFÉINE

(Aspirine-Caféine, Comprimés à 0 gr. 50).

Ajoute à l'action de l'Aspirine, l'action toni-cardiaque de la Caféine

Aspirine Comprimés, Granulée.

Pyramidon - Antipyrine - Salol

En Comprimés.

Les Comprimés **"USINES du RHONE"** éclatent au contact de l'eau. Ils sont préparés, dosés et présentés avec le souci de perfection qui caractérise les fabrications du Laboratoire des Produits **"USINES du RHONE"**.- **L. DURAND, Phcien, 21, Rue Jean-Goujon, PARIS**

Dans le corps strié, les lésions qui consistent en une disparition des cellules du striatum (noyau caudé et putamen) et aboutissent au *status fibrosus* de C. et O. Vogt s'accompagnent d'importantes modifications des vaisseaux. Ceux-ci ont leurs parois épaissies et fibreuses et, de plus, offrent des aspects qui indiquent une prolifération active des capillaires. Dans deux cas de chorée chronique où faisaient défaut des troubles mentaux, l'auteur n'a pas constaté de modifications appréciables de l'écorce cérébrale; le *striatum*, au contraire, s'affirmait très altéré tandis que le *pallidum* était beaucoup moins atteint; ce qui est d'ailleurs la règle dans la chorée chronique. Cette constatation de l'intégrité de l'écorce, dans certains cas de chorée chronique (probablement non héréditaire) et, en tout cas, indemne des troubles mentaux si caractéristiques de la maladie d'Huntington, est du plus grand intérêt en ce qu'elle montre que c'est bien aux lésions du système strié qu'est dû le désordre choréique, tandis que les lésions cérébrales conditionnent les perturbations de la sphère psychique, ainsi que l'ont soutenu P. Marie et Lhermitte.

Bielschowsky rapporte une observation anatomo-clinique complète d'un cas particulièrement instructif de rigidité pallidale progressive. Il a trait à un garçon âgé de quatorze ans, chez lequel, à l'âge de six ans, apparurent des mouvements choréiformes durant la marche, laquelle devint incertaine, titubante.

Plus tard, se montra une rigidité du tronc et des membres, laquelle masqua complètement les mouvements involontaires. Dans la suite, la tête, les mâchoires devinrent très hypertoniques et le malade succomba après avoir présenté un affaiblissement des facultés psychiques et des crises d'épilepsie.

L'étude anatomique vint montrer ici non seulement la dégénération du *striatum*, mais aussi celle du *pallidum* et du corps de Luys. On est donc autorisé à admettre que la destruction du *pallidum* a déterminé, dans ce cas, le développement d'une hypertonie telle qu'elle n'a plus permis, dans la seconde phase de la maladie, aux mouvements choréiques de se manifester.

Si, en effet, la gesticulation de la chorée chronique peut atteindre l'intensité que l'on connaît, il faut en chercher la raison dans l'hypotonie souvent extrême (Lhermitte et Lamaze) dont elle s'accompagne.

Les recherches de Bielschowsky sur la paralysie agitante ont porté sur six cas typiques de maladie de Parkinson. L'âge des sujets oscillait entre soixante et un et quatre-vingt-trois ans. L'auteur constata l'existence *constante* de lésions portant sur le *pallidum* et le *striatum*. Dans le putamen et le noyau caudé, les petites et les grandes cellules sont atteintes; la dégénération lipofuscinique est fréquente et les gaines vasculaires contiennent de nombreuses granulations graisseuses témoins de la dégénérescence des cellules nerveuses. Les altérations ne ménagent pas les fibres strio-pallidales, ainsi que l'ensemble des fibres myéliniques du globus pallidus. Les fibres dont la condensation constitue les faisceaux de Forel et l'anse lenticulaire sont clairsemées et atrophiées. D'après l'auteur, ces lésions des ganglions centraux sont sous la dépendance d'altérations vasculaires : atrophie des parois des vaisseaux, dégénérescence hyaline des capillaires, dilatation des gaines de Virchow-Robin. Enfin, Bielschowsky a pu mettre en évidence la présence, dans le corps strié, de concréments offrant une affinité égale pour les sels de chaux et pour le fer. Dans deux cas, le corps de Luys présentait des lésions cellulaires évidentes.

Pour ce qui est du *locus niger*, Bielschowsky a mis en évidence des modifications régressives des cellules mélanifères, mais ces lésions semblent, à l'auteur, d'un intérêt secondaire, parce qu'elles ne sont pas constantes.

En résumé, d'après Bielschowsky, les lésions fondamentales de la maladie de Parkinson sont localisées au *striatum* et au *pallidum* et, dans les cas où la rigidité musculaire apparaît très intense, c'est surtout dans le pallidum que les altérations sont au maximum. Ces conclusions sont en parfaite harmonie avec les résultats anatomiques de F. H. Lewy, de C. et O. Vogt, de J. Lhermitte.

En terminant, l'auteur rapporte un cas de maladie de Wilson typique dans lequel l'étude anatomique vint montrer les lésions habituelles de la dégénération lenticulaire progressive.

Un cas de chorée et d'érythrémie. (Lewis POLLOCK. *Journ. of the Am. med. assoc.*, n° 10, p. 724, 1922.) — La maladie de Vaquez, on le sait, peut s'accompagner de lésions du système nerveux central de même que d'autres maladies du sang telles que l'anémie pernicieuse et les leucémies, quoique grâce à un processus différent. D'après la plupart des auteurs, l'atteinte du névraxe trouve son explication dans les hémorragies et les thromboses conditionnées par l'augmentation de la viscosité du sang et l'annulation dans les capillaires, des érythrocytes. Cliniquement, ces lésions vasculaires du système nerveux central se traduisent par des phénomènes paralytiques : hémiplégie, paraplégie; par des troubles du langage : aphasie, enfin par des accès convulsifs à type épileptique.

Dans le cas rapporté par Pollock, la lésion cérébrale s'est traduite par une chorée à type d'Huntington. Il s'agissait d'une femme âgée de trente-huit ans chez laquelle le nombre des hématies atteignait plus de 8 millions par millimètre cube et qui présentait une splénomégalie manifeste. Le traitement radiothérapique détermina un abaissement du taux des hématies (jusqu'à 6.400.000), le syndrome choréique fut amélioré mais tout à fait indépendamment du retour du chiffre des globules rouges vers l'état normal.

Un syndrome singulier, probablement appartenant au groupe de Wilson. Pseudo-sclérose. (G. SÖDERBERGH. *Acta medica scandinavica*, 1922, vol. LVI, fasc. 5, p. 604.) — Depuis les recherches de Westphal, de Strümpell, de Hall, il est établi qu'une cirrhose du foie peut s'associer à un syndrome nerveux particulier, ainsi qu'à une pigmentation spéciale de la cornée pour former une affection que, faute d'un meilleur terme, on désigne par le mot de pseudo-sclérose. Dans ce travail, l'auteur rapporte une observation clinique très intéressante en ce qu'elle se différencie de celles qui ont été jusqu'ici publiées. Elle a trait à un homme âgé de trente-cinq ans chez lequel on constata une cirrhose atrophique du foie avec splénomégalie, associée à une pigmentation de la peau et à une opacité de la cornée. La coloration de la peau ressemblait un peu à celle de la maladie d'Addison, mais l'absence de pigmentation des muqueuses, d'abaissement de la tension artérielle permettent d'éliminer cette hypothèse. Quant à l'opacité cornéenne, elle apparaissait surtout en ceinture et s'accompagnait d'altérations de l'épithélium.

Si l'on ajoute à ces symptômes, l'existence d'un syndrome neurologique rappelant celui de la sclérose en plaques, on ne peut que convenir qu'il s'agit, dans ce fait, soit d'un affection spéciale, non encore décrite, soit d'un type très anormal d'une maladie classée. Bien que l'auteur se refuse à éliminer absolument le diagnostic de la cachexie pigmentaire du diabète bronzé quoique le sujet n'ait présenté qu'une lévulosurie alimentaire et que, d'autre part, l'hypothèse d'une sclérose en plaques associée à une cirrhose du foie demeure possible, M. Söderbergh est porté à admettre que cette observation rentre plutôt dans le cadre des dégénérations neuro-hépatiques dont la maladie de Wilson et la pseudo-sclérose sont les types les mieux précisés aujourd'hui.

Sur la réaction myodystonique. (Gotthard SÖDERBERGH. *Acta medica scandinavica*, 1922, vol. LVI, fasc. 5, p. 585.) — Jusqu'à ces dernières années, il était admis que les réactions électriques des nerfs et des muscles chez les malades atteints de lésions du corps strié (maladie de Wilson, pseudo-sclérose) demeuraient parfaitement normales. Or, en réalité, il n'en est pas toujours ainsi et M. Söderbergh a pu observer dans plusieurs faits une réaction musculaire très particulière pour laquelle cet auteur propose le terme de « réaction myodystonique ». Cette réaction essentiellement variable d'un jour à l'autre doit être attentivement recherchée et ne présente pas la franchise de la réaction myotonique de la maladie de Thomsen. Elle consiste dans ce fait que, après l'interruption du courant faradique, le muscle excité est animé de contractions cloniques groupées ou isolées ; des contractions analogues apparaissent également pendant le passage du courant, surtout si son intensité est faible. D'autre part, après l'interruption du courant faradique, le muscle qui a été excité présente une contraction *tonique* très prononcée parfois et durable. L'excitation des nerfs produit les mêmes résultats. En outre, M. Söderbergh a pu observer que par-

fois, l'excitation du nerf tibial postérieur provoque non seulement l'extension (flexion plantaire) du côté excité, mais aussi celle du membre opposé; de plus, la post-contraction tonique apparaît des deux côtés.

Il est évident que cette réaction neuro-musculaire constitue un phénomène particulier et qui semble propre aux affections du corps strié. Depuis le travail de M. Söderbergh, cette réaction a été retrouvée par M. Bourguignon dans un cas de maladie de Wilson et MM. J. Lhermitte et Cornil dans un fait de syndrome pyramido-strié.

Quant à l'interprétation de ce phénomène, on ne peut, aujourd'hui qu'ébaucher des hypothèses. La plus vraisemblable consiste à considérer la réaction myodystonique comme un *réflexe,* par conséquent indépendant des modifications de la fibre musculaire striée.

Cf. — Chorée chronique syphilitique. (J. URECHIA et N. RUSDEA. *Revue neurol.*, mai 1922, n° 5, p. 513.)

CERVEAU ET CERVELET

Maladies du cervelet et de l'isthme de l'encéphale. (Henri CLAUDE et LÉVY-VALENSI. Un volume de 439 pages; Paris, Baillière.) — Dans cet ouvrage important les auteurs ont condensé et exposé de la manière la plus claire toutes les notions concernant la pathologie du mésocéphale et du métencéphale. Très judicieusement, ils ont fait précéder d'un exposé physiologique chaque chapitre ayant trait à la pathologie du cervelet et des régions de l'isthme de l'encéphale. Il est, en effet, indispensable à qui veut comprendre la symptomatologie neurologique de connaître assez complètement les données de la physiologie. Les résultats des expériences de date assez récente qui ont transformé et renouvelé la physiologie du cervelet, en particulier, sont exposés avec la plus grande clarté. Bien que nombre de problèmes demeurent aujourd'hui incomplètement élucidés, surtout celui qui concerne les localisations du cortex cérébelleux, on entrevoit la voie à suivre pour parvenir à trouver sa solution. Celle-ci dépend, non seulement des résultats de l'expérimentation, mais aussi des données de la clinique confrontées avec celles de l'anatomie pathologique recueillies sur le vivant au cours des interventions de plus en plus fréquentes, soit sur le cadavre.

Une des difficultés auxquelles se heurtent très souvent les neurologistes consiste dans le diagnostic différentiel entre les lésions labyrinthiques et les lésions du cervelet. Or, celle-ci se trouvera singulièrement aplanie par la lecture du chapitre consacré par les auteurs à ce problème diagnostique.

La région des pédoncules cérébraux est, on le sait, une des plus complexes du système nerveux central puisque s'y trouvent condensés et ramassés tous les faisceaux qui relient le cerveau à la protubérance, au bulbe et à la moelle. Aussi lira-t-on avec le plus grand intérêt les chapitres qui concernent la pathologie si riche en syndromes de l'isthme de l'encéphale. H. Claude et Lévy-Valensi étudient très complètement les divers types des syndromes de Weber, de Benedick et ajoutent à ces descriptions celles plus nouvelles des syndromes de la calotte pédonculaire. Grâce aux observations anatomo-cliniques aujourd'hui assez nombreuses, il est possible d'identifier, en clinique, l'atteinte du pédoncule cérébelleux supérieur, du noyau rouge, du *locus niger*.

Il nous est matériellement impossible de résumer l'ouvrage de Claude et Lévy-Valensi, mais nous ne pouvons pas ne pas attirer particulièrement l'attention sur les chapitres qui traitent des syndromes protubérantiels et bulbaires, ainsi que sur ceux qui ont trait à l'encéphalite épidémique et aux tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux. Ces affections qui ne figurent pas dans les ouvrages français classiques sont étudiées très complètement. Ajoutons que, aussi bien en ce qui regarde la pathologie pédonculaire, cérébelleuse et bulbaire, qu'en ce qui se rapporte aux maladies dont nous venons de parler, la bibliographie très étendue permet une orientation facile à ceux qui désirent approfondir plus particulièrement un chapitre de cette neuropathologie spéciale.

Tous ces éléments nous conduisent donc à cette conclusion que l'ouvrage de Henri Claude et Lévy-Valensi sera lu avec le plus grand avantage, non seulement par les médecins non spécialisés, mais par les neurologistes.

Etude expérimentale des localisations cérébelleuses. Examens anatomiques. (André THOMAS. *Encéphale*, n° 5, p. 257, et n° 6, p. 346.) — On connaît les très importants travaux de A. Thomas sur le cervelet et les recherches auxquelles, depuis plusieurs années, cet auteur s'est livré pour déterminer, dans le cervelet, des localisations fonctionnelles. Loin d'envisager cet organe comme un tout dont l'atteinte, en quelque région qu'elle survienne, produit un même complexus symptomatique, A. Thomas est convaincu de l'existence, aussi bien dans l'écorce du cervelet que dans les noyaux centraux, de secteurs parfaitement différenciés quant à leur action sur les mouvements volontaires et automatiques. Ce travail qu'il faut lire dans l'original, car une analyse complète, exigerait plusieurs pages, comprend une série de constatations anatomiques expérimentales lesquelles, si on les confronte avec les observations des animaux en expérience, démontrent très rigoureusement la réalité des localisations fonctionnelles du cervelet.

D'après les observations de A. Thomas, il existe un rapport entre les symptômes les plus tenaces et la profondeur des lésions provoquées. Lorsque les altérations ne se limitent pas au cortex et à la substance blanche mais atteignent les noyaux centraux, les perturbations motrices ne sont que difficilement compensées. D'autre part, il semble bien que le noyau dentelé soit décomposable lui aussi en segments fonctionnellement différenciés. Et on est amené à admettre que, au niveau du bord dorso-médian du noyau dentelé, se trouve le centre tonique des extenseurs du membre antérieur.

L'expérimentation chez le chien et le singe est également riche en enseignements, car elle peut reproduire une série de perturbations que tous les neurologistes ont aujourd'hui l'habitude de rechercher en clinique humaine, telles l'anisosthénie, la passivité, etc.

En terminant, A. Thomas rappelle les très intéressantes constatations qu'il a eu l'occasion de faire déjà chez l'homme et qui semblent indiquer que le cervelet n'est pas absolument dénué de toute fonction de sensibilité. La diminution ou l'absence de la réaction à la piqûre et à la pression profonde sont, en effet, difficilement explicables si l'on n'admet que le cervelet est, comme on l'enseignait jadis, un organe complètement indépendant des fonctions générales de la sensibilité.

La dyssynergie cérébelleuse (maladie de Ramsay-Hunt). (Sanchis BANUS et Gonzalez PAEZ. *Archiv de neurobiologia*, t. III, fasc. 1, p. 43, 1922.) — Les auteurs rapportent deux observations cliniques intéressantes : l'une ayant trait à un cas de dyssynergie cérébelleuse pure, l'autre se rapportant à une combinaison de cette affection avec la maladie de Friedreich. Le premier fait concerne une enfant âgée de onze ans chez laquelle les symptômes fondamentaux consistent dans un tremblement intentionnel de fréquence modérée, une hypotonie nette, des troubles de la parole à caractères cérébelleux. Si l'on ajoute que l'épreuve de la résistance de Stewart Holmes était positive tandis qu'il n'existait aucun trouble de la série pyramidale ni aucun désordre de la sensibilité ni des organes des sens on conviendra avec les auteurs qu'il ne peut s'agir d'une sclérose en plaques et encore moins d'une affection des ganglions centraux. La cause de cette maladie demeure parfaitement obscure; ni l'hérédité, ni la syphilis ne sont en cause. Ainsi qu'en font foi les recherches anatomiques de Ramsay-Hunt, il semble bien qu'il s'agisse, dans ces faits, d'une variété nouvelle d'atrophie primitive du cervelet.

Dyssynergie cérébelleuse myoclonique; atrophie primitive du système dentelé. Contribution à la pathologie et à la symptomatologie du cervelet. (RAMSAY-HUNT. *Brain*, 1921, t. XLIV, part. 4, p. 490.) — En 1914, Ramsay-Hunt a décrit sous la dénomination de « dyssynergie cérébelleuse progressive » un syndrome constitué par l'association de l'asynergie, de la dysmétrie, de l'adiadococinésie, de l'hypotonie avec asthénie et tremblement intentionnel généralisé. Dans le présent travail, l'auteur rapporte six nouveaux faits de cette affection dont deux dans lesquels la dyssynergie cérébelleuse était associée à la maladie de Friedreich. En dehors de ces cas, l'hérédité ne joue aucun rôle dans le développement de la maladie.

Un des sujets présentant l'association de la maladie de

Friedreich avec la dyssynergie cérébelleuse succomba, et Ramsay-Hunt put constater, outre les lésions classiques de l'ataxie héréditaire, l'atrophie de tout le système dentelé, c'est-à-dire du noyau dentelé lui-même et des pédoncules cérébelleux supérieurs. Les autres parties du cervelet étaient normales.

L'auteur pense que le tremblement est à rapporter à la lésion du système dentelé.

Sur les localisations cérébelleuses corticales et sur leur signification par rapport aux fonctions du cervelet. (G. Rossi. *Arch. di fisiol.*, 1921, vol. XIX, f. 5, p. 391.) — On sait par les expériences de Thomas et Durupt, de Rothmann, qu'une lésion limitée au *crus primum* du cervelet provoque une attitude spéciale du membre antérieur correspondant à l'hémisphère lésé, du moins chez le chien. L'auteur s'est efforcé de préciser le siège du centre encéphalique qui, par sa coordination fonctionnelle avec le cervelet, conditionne l'attitude observée. De ses recherches, il ressort que l'exérèse de l'hémisphère cérébral, de la couche optique, ne supprime pas l'attitude anormale tandis que celle-ci disparaît aussitôt après une transsection transversale portant sur le plan qui sépare les tubercules quadrijumeaux antérieurs et postérieurs. C'est donc dans le mésocéphale que se trouve le centre qui, sous l'influence du cervelet, préside à la conservation de l'attitude normale des membres antérieurs chez le chien. Sans qu'il soit possible de l'affirmer encore, il est vraisemblable que le centre principal par l'intermédiaire duquel le cervelet régit le tonus musculaire est le noyau rouge. Celui-ci est précisément situé sous les tubercules quadrijumeaux antérieurs et par conséquent exclus par la transsection décrite ci-dessus.

Les expériences de G. Rossi sont ainsi en parfait accord avec la doctrine des localisations de l'écorce du cervelet défendue par Barany, André Thomas et Rothmann entre autres. Il faut noter enfin que, contrairement à certains auteurs, pour lesquels les troubles du tonus conditionnés par les lésions de l'écorce cérébelleuse ne présenteraient qu'une durée transitoire, G. Rossi admet que ces troubles persistent longtemps après la destruction même limitée du cortex cérébelleux.

L'encéphalite léthargique (névrosystémite épidémique). Etude surtout clinique. (B. Conos. Un volume de 175 pages; Constantinople, imprimerie Phénix, 1922.) — Cette étude, basée sur 140 observations personnelles recueillies depuis mars 1919 jusqu'en mars 1922, donne les caractères cliniques de l'encéphalite épidémique orientale. Ceux-ci ne s'éloignent guère de ceux qui ont été complètement étudiés en France et dans l'Europe centrale.

L'encéphalite léthargique, son épidémiologie, ses particularités en Belgique. (Van Bœckel et A. Bessemans. *Arch. méd. belges*, 1922, n° 4, p. 273.) — Les auteurs insistent sur la contagiosité directe de l'encéphalite et l'importance des cas frustes au point de vue de l'essaimage du virus de la maladie.

Il semble que ce virus se trouve surtout dans les voies pharyngées et respiratoires et peut-être aussi dans les fèces. Un fait intéressant, mis en lumière par les auteurs, consiste dans la constance du syndrome clinique provoqué par une infection venue d'une même souche comme s'il existait une adaptation de certains virus pour telle ou telle région du système nerveux. Des constatations semblables ont été faites d'ailleurs, particulièrement en Allemagne.

L'Encéphalite léthargique. (Achard. Un volume de 324 pages; Paris, Baillière.) — Cette monographie résume d'une manière complète l'ensemble de nos connaissances cliniques, épidémiologiques et anatomiques relatives à l'encéphalite épidémique. Mais il ne s'agit pas d'une simple revue générale car l'auteur y a développé ses idées personnelles basées sur l'observation d'un grand nombre de cas d'encéphalite. On lira surtout avec le plus grand intérêt les chapitres consacrés à la symptomatologie des formes léthargiques de l'affection, la parfaite description des différents états qui marquent le début de la maladie ainsi que les formes frustes pour lesquelles si souvent autrefois le diagnostic précoce s'est égaré. Enfin, le lecteur non spécialisé en neurologie pourra très vivement comprendre la genèse et le polymorphisme séméiologique de l'encéphalite épidémique en se reportant à la description anatomique dont M. Achard fait suivre l'étude des manifestations cliniques.

Recherches expérimentales sur les fonctions du corps calleux. (Gonzalo R. Lafora et Miguel Prados. *Arch. de neurol.*, 1921, t. II, n° 2, p. 363.) — Malgré les nombreuses recherches que l'expérimentation a tentées pour éclaircir le mystère des fonctions de la grande commissure de l'encéphale, bien des points demeurent obscurs. Aussi, l'étude très complète faite par les auteurs doit-elle particulièrement retenir l'intérêt des neurologistes. Pour rendre plus objectifs et moins sujets à controverse leurs résultats expérimentaux, Lafora et Prados ont utilisé exclusivement des singes soumis à la méthode de dressage imaginée par Franz et par Kalischer.

La section complète du corps calleux sur la ligne paramédiane provoque des symptômes manifestes de parésie et surtout d'apraxie croisés, c'est-à-dire du côté opposé à la section sagittale. Ces phénomènes, pour intenses qu'ils soient, ne sont pas durables, et, vingt jours après l'opération, l'animal peut de nouveau accomplir des mouvements délicats. Fait curieux : si, chez un singe opéré, on pratique la section calleuse du côté opposé, un même syndrome paréto-apraxique croisé apparaît.

Ainsi que permettait déjà de le supposer l'architecture du corps calleux, cet organe comprend des régions fonctionnellement différentes. C'est ainsi que la section de la moitié antérieure détermine l'apraxie de la main et du pied; que celle de la moitié postérieure s'accompagne de l'apraxie de la jambe, que la lésion limitée au genou se double seulement de troubles apraxiques de la main. Signalons, enfin, que la division sagittale du splénium détermine une apraxie éphémère et limitée à la patte.

Dans l'ensemble, il apparaît qu'il existe un parallélisme indiscutable entre l'étendue de la lésion calleuse et l'extension des phénomènes cliniques. Ainsi qu'y insistent les auteurs, il est très remarquable que les troubles paréto-apraxiques se montrent toujours localisés au côté opposé à celui où a été pratiquée la section du corps calleux bien que la face libre de la commissure ne soit que d'une très réduite étendue. Comment en donner la raison? Après avoir rejeté, avec preuves à l'appui, l'hypothèse d'une lésion opératoire de l'hémisphère cérébral provoquée au cours de l'intervention et celle de l'issue du liquide céphalo-rachidien provoquant l'affaissement des parois ventriculaires du côté opéré, les auteurs admettent une interprétation analogue à celle de von Monakow. La section des fibres calleuses déterminerait, selon Lafora et Prados, une inhibition, une *diachisis* portant sur les centres moteurs siégeant dans l'hémisphère le plus rapproché du plan de la section.

L'hémiplégie cérébrale progressive. (Alfred Gordon. *Trans. of the amer. neurol. Assoc.*, 1921, vol. VI, p. 83.) — Description de cinq cas dans lesquels se manifesta une hémiplégie du type cérébral à évolution progressive. Le premier symptôme en date consiste en vertige, puis survient la paralysie d'un membre ou de l'hémiface, laquelle s'étend à la moitié du corps. Cette hémiplégie progressive se différencie de la classique « ingravescent apoplexy » de Broabdent qui est conditionnée par les hémorragies cérébrales répétées, par l'absence de perte de la connaissance et la constance des phénomènes paralytiques. La cause de l'hémiplégie progressive n'est pas univoque; le plus souvent il s'agit de foyers d'encéphalomalacie par thrombose, mais parfois aussi de tumeur cérébrale.

La planotopokinésie. (Pierre Marie, Bouttier et Percival Bailey. *Revue neurol.*, mai 1922, n° 5, p. 505.) — Très intéressante étude d'une perturbation spéciale de la représentation topographique du monde extérieur. Ce phénomène ne se superpose nullement à l'apraxie, ainsi que le démontrent les tests spéciaux. Seuls les actes exigeant la représentation exacte de l'espace ne sont pas exécutés correctement.

Cf. — Tumeur de l'infundibulum; intégrité de l'hypophyse, syndrome adipeux. (R. Ley. *Revue neurol.*, avril 1922, n° 4, p. 377.)

Tumeur primitive du septum lucidum avec troubles dé-

mentiels. (SOUQUES, ALAJOUANINE et BERTRAND. *Revue neurol.*, n° 3, p. 270.)

Etudes cliniques sur les modalités des dissociations de la sensibilité dans les lésions encéphaliques. (Pierre MARIE et BOUTTIER. *Revue neurol.*, janv. 1922, p. 1, et fév. 1922, p. 144.)

Sur un cas de tumeur du splénium du corps calleux. (G. GUILLAIN. *Revue neurol.*, janv. 1922, n° 1, p. 20.)

Lésions du corps strié, « plaques cyto-graisseuses » et altérations vasculaires dans trois cas de démence précoce hébéphréno-catatonique. (LAIGNEL-LAVASTINE, TRÉTIAKOFF et JORGOULESCO. *Encéphale*, 1922, n° 3, p. 151.)

Sur les conditions anatomiques de la vision binoculaire dans les voies optiques centrales. (M. MINKOWSKI. *Encéphale*, n° 2, p. 65.)

MOELLE ÉPINIÈRE ET SYSTÈME VÉGÉTATIF

Réflexes cutanés viscéraux et oculo-viscéro-moteurs. (DANIÉLOPOLU, RADOVICI et A. CARNIOL. *Revue neurol.*, mars 1922, n° 3, p. 249.) — Description d'une série de manifestations d'ordre réflexe dans un cas de lésion grave de la moelle dorsale accompagnée de nombreux phénomènes d'automatisme spinal.

L'excitation de la peau innervée par le segment sous-lésionnel de la moelle provoque la contraction de la vessie (réflexe cutanéo-vésical). D'autre part, une excitation partie des viscères pelviens détermine l'apparition de contractions des muscles striés des membres paralysés.

La compression des globes oculaires produit une série de réflexes superposés; l'un oculo-vésical, consistant dans la contraction de la vessie, l'autre oculo-colique se traduisant par des contractions du côlon descendant, le dernier, enfin, constitué par des contractions de la paroi abdominale antérieure précédant l'hypertonie de la vessie.

Il est très intéressant de relever que, dans le fait observé par les auteurs, l'excitation du pneumogastrique détermine d'abord des réactions dans les viscères innervés par la Xe paire, puis par contre-coup des réflexes dans les viscères qui reçoivent leur innervation du système autonome pelvien et même dans les muscles volontaires des membres inférieurs (réflexe pelvico-moteur). Tous ces phénomènes exigent, il est à peine besoin de le faire remarquer, l'intégrité fonctionnelle du segment spinal inférieur de la moelle interrompue dans la région dorsale.

Du mécanisme physico-chimique des lésions de la sclérose latérale amyotrophique. (G. MARINESCO. *Revue neurol.*, fév. 1922, n° 2, p. 161.) — L'auteur montre, dans ce travail, l'analogie qui existe entre les lésions cellulaires de la moelle consécutives aux amputations et aux polynévrites et celles de la maladie de Charcot. Dans les deux cas, le processus de l'hydrolyse débute au cône d'émergence du cylindre-axe et l'activité anormale des ferments hydrolysants jointe au ralentissement de la fonction des substances oxydantes (les oxydases) détermine un déséquilibre physico-chimique, cause première des altérations cellulaires, lesquelles aboutissent à la disparition anatomique des neurones spino-radiculaires.

La pathologie du sympathique. (A. GUILLAUME. *Bull. méd.*, 1922, n° 9, p. 166.) — Dans ce travail, l'auteur envisage le problème tout d'actualité des troubles morbides engendrées par les lésions du système sympathique et le mécanisme suivant lequel ils peuvent se développer. Nous mentionnerons spécialement les modifications du tonus du diaphragme, les troubles de la croissance et du trophisme. Il semble bien, en effet, qu'il faille admettre aujourd'hui que le sympathique, peut-être par l'intermédiaire des modifications vaso-motrices qu'il provoque, est capable de modifier très notablement la prolifération et la régénération cellulaires. Ce sont là des acquisitions nouvelles dont profite déjà largement la chirurgie.

Etude sur l'acromégalie. (SALTZMANN et J. OLIN. *Acta medica scandinavica*, 1922, t. LVI, fasc, 4, p. 523.) — Il s'agit d'une malade âgée de quarante-huit ans qui, après avoir présenté dans l'enfance des signes de gigantisme, succomba à une cachexie accompagnée de glycosurie et de polydipsie. L'acromégalie s'accusait ici, tant par l'épaississement du visage que par l'hypertrophie des mains et des pieds. Or, l'autopsie vint montrer que l'hypophyse, non seulement n'était le siège d'aucune tumeur, mais était complètement atrophiée, surtout dans la partie glandulaire. Il existait, en outre, de profondes lésions de toutes les glandes vasculaires sanguines, ce qui autorise les auteurs à porter le diagnostic de syndrome polyglandulaire. Si ce diagnostic apparaît parfaitement justifié, on peut cependant faire des réserves au sujet de l'acromégalie. Ne s'agirait-il pas, dans ce fait, d'un état acromégaloïde analogue à ceux que l'on rencontre dans les syndromes pluriglandulaires et dans la syringomyélie? La question mérite au moins d'être posée.

Cf. — La pathologie générale du grand sympathique. (W. LANGDON BROWN. *Encéphale*, oct. 1922, n° 8, p. 473.)

NERFS CRANIENS ET PÉRIPHÉRIQUES

La lèpre. Recherches anatomo-pathologiques et considérations anatomo-cliniques. (Alberto SERRA. *Giornale ital. de malattie ven. e. d. pelle*, vol. LXII, f. 4, p. 320 et f. 5, p. 527, 1921.) — Ce travail comprend une étude anatomique complète de 4 cas de lèpre dans laquelle l'auteur s'efforce de préciser les lésions proprement lépreuses des centres nerveux. Dans l'encéphale, les altérations provoquées par le bacille de Hansen sont peu accusées. Si l'on constate l'existence d'une méningite basilaire analogue, bien qu'atténuée, à celle de la tuberculose, du moins la méninge est dépourvue de bacilles de la lèpre. Les cellules nerveuses du cerveau présentent des altérations régressives et dégénératives assez banales accompagnées de prolifération névroglique et, parfois, d'une infiltration leucocytaire des gaines vasculaires. La moelle épinière est atteinte plus profondément surtout dans son segment cervical. Ici se rencontrent, en effet, des dégénérations importantes des cellules des cornes antérieures, de la colonne de Clarke et principalement des fibres des racines antérieures et postérieures. Dans les nerfs périphériques, les altérations lépreuses sont constantes et consistent dans la formation de granulomes, dans une infiltration cellulaire diffuse enfin dans une dégénération des fibres nerveuses. Ces altérations prédominent toujours à l'extrémité distale des nerfs et suivent une évolution ascendante; si l'on veut caractériser cette lésion nerveuse on peut employer avec l'auteur l'expression de névrite noueuse disséminée.

Névralgies du trijumeau et névralgies faciales d'autre origine. Observations tirées de l'étude de 555 cas. (Charles H. FRAZIER. *Annal. of otolog. rhinol. and laryngol.*, vol. XXX, n° 4, p. 855, 1921.) — D'après Frazier qui est, comme l'on sait, un des plus éminents représentants de la chirurgie neurologique des Etats-Unis, on peut reconnaître, en dehors de la névralgie trigéminale classique, quatre formes étiologiques de névralgies du territoire du trijumeau. La première répond aux tumeurs développées sur le tronc de la Ve paire, la seconde apparaît d'origine toxique, la troisième dans laquelle les douleurs s'étendent à la région du cou s'associe à l hémicranie et reconnaît probablement une origine sympathique ainsi qu'en témoignent les heureux effets que l'on obtient par la cocaïnisation ou l'alcoolisation du ganglion sphéno-palatin. Enfin, une dernière forme d'algies faciales semble être indépendante de toute altération organique et conditionnée uniquement par un trouble psychopathique. Dans la véritable et classique névralgie faciale, les douleurs affectent le type paroxystique avec intervalles de santé parfaite; de plus, dans ces faits, l'hyperalgésie ou l'anesthésie du trijumeau font toujours défaut. C'est à cette variété de névralgie faciale que convient l'opération de la radicotomie rétrogassérienne.

Sinusites postérieures latentes origine des névrites optique, trigémellaire et sphéno-palatine. (J. RAMADIER. *Ann. des malad. du larynx, du nez et du pharynx*, février 1922, p. 150.) — Si les sinusites postérieures ouvertes se traduisent toujours par un signe objectif facilement constatable: l'écoulement de pus à travers la fente olfactive, les sinusites postérieures fermées demeurent très souvent ignorées. Elles doivent cependant être dépistées car on les trouve à l'origine d'un certain nombre d'accidents nerveux dont la nature est trop souvent méconnue.

Le premier de ceux-ci est constitué par la névrite optique

d'un type spécial : la névrite rétro-bulbaire ou axiale dont un des signes cardinaux tient dans le scotome paracentral ou l'élargissement de la tache aveugle (signe de van der Hœve). Cette névrite s'explique aisément par l'intimité des rapports du canal optique avec des cavités sinusiennes.

L'atteinte des nerfs oculo-moteurs est beaucoup plus rare; celle du trijumeau et particulièrement de ses branches supérieure et moyenne moins exceptionnelle. Ainsi qu'il en est pour toutes les névralgies trigémellaires deutéropathiques, les douleurs dont elles s'accompagnent sont continues avec des paroxysmes transitoires tandis que la névralgie faciale protopathique s'exprime exclusivement par des crises douloureuses que séparent des intervalles au cours desquels tout symptôme objectif ou subjectif fait défaut.

Le syndrome qui semble le plus particulièrement sinusites postérieures et sur lequel très justement, l'auteur insiste plus spécialement consiste dans le groupement symptomatique secondaire à l'atteinte du ganglion sphéno-palatin de Meckel. Ce ganglion, par sa situation, contracte des rapports anatomiques étroits avec les cavités sphéno-ethmoïdales et ainsi se trouve exposé à subir facilement le contre-coup des inflammations dont celles-ci sont le siège. Que la lésion porte sur les racines ou le ganglion de Meckel lui-même le syndrome garde la même physionomie dont les éléments les plus saillants consistent dans le coryza spasmodique, la crise d'asthme, les paresthésies gustatives, les algies faciales à prédominance cavitaire et intéressant les fosses nasales, le pharynx supérieur, le voile palatin.

De ce qui précède, on comprend l'importance de la recherche des symptômes rhinologiques objectifs dans tous les cas où une névralgie trigémellaire ou cavito-faciale, une névrite optique ne font pas leur preuve. Lorsque l'examen radiographique révèle l'existence d'une sinusite postérieure, par ailleurs latente, il convient d'intervenir par une intervention ayant pour but le drainage et la ventilation des sinus postérieurs.

PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

Sur quelques altérations anatomiques dans la syphilis expérimentale du lapin. (PLAUT, MULZER et NEUBURGER. *Münch. med. Woch.*, 1922, n° 14, p. 498.) — On sait que le problème de la dualité du virus syphilitique est aujourd'hui très contestée et que la réalité d'un virus dermotrope et d'un virus neurotrope n'est pas reconnue par tous. Bien que les expériences réalisées par les auteurs ne tranchent pas la question, il est intéressant de relever qu'il existe cependant des races de tréponèmes de la syphilis dont l'affinité pour le système nerveux apparaît différente. C'est ainsi que le « virus de Munich » attaque régulièrement le névraxe, tandis que le « virus de Francfort » l'épargne complètement, tandis que ces deux races produisent également des lésions sur le foie et sur l'aorte.

Les lésions produites dans le système nerveux central sont assez analogues à celles de la syphilis humaine. On constate, en effet, une infiltration plasmocytaire et lymphocytaire des vaisseaux de la pie-mère, des manchons inflammatoires engainant les vaisseaux de l'écorce cérébrale assez clairsemés. Il n'est pas indifférent de relever que, contrairement à la syphilis cérébrale humaine, les lésions, chez le lapin, prédominent dans la substance blanche et les ganglions centraux. Dans quelques faits, la moelle était atteinte de méningomyélite.

Quant au foie, les lésions étaient de deux ordres : une infiltration lympho-plasmocytaire accompagnée d'une sclérose conjonctive, d'une part, et la formation de granulomes syphilitiques, véritables gommes en miniature, d'autre part.

Les auteurs ont, enfin, observé dans l'aorte ascendante, le développement de foyers destructifs siégeant dans la mésartère et aboutissant au remplacement du tissu musculaire par des lames conjonctives.

Le tonus des muscles striés. (K. HAUSEN, HOFFMANN et V. WEIZSÄCKER. *Zeits. f. Biol.*, 1922, vol. LXXV, fasc. 1-2, p. 121.) — D'après l'opinion, la plus généralement admise par les physiologistes, la fibre musculaire se décompose en deux éléments différenciés par leur fonction et leur structure. Le premier comprend la myofibrille, élément doué de contraction rapide et le sarcoplasma auquel est dévolu la fonction du tonus. Le myoplasme composé des myofibrilles répond à toute excitation par des contractions tétaniques, le sarcoplasma par une contraction tonique plus lente et plus prolongée. Selon les auteurs de ce travail, cette conception serait à réviser. En effet, la contraction provoquée par la vératrine que l'on donne comme exemple de la contraction tonique ne serait composée que de contractions brèves, tétaniques fusionnées.

Hausen, Hoffmann et Weizsäcker ont constaté, en outre, chez un tétanique que, à l'état de repos, c'est-à-dire à un moment où la fonction tonique musculaire est seule en jeu, on peut mettre en évidence par le galvanomètre des oscillations rapides typiques des myofibrilles. Ces auteurs ont observé enfin que dans nombre de maladies dans lesquelles le tonus est exagéré, telles que l'encéphalite épidémique, les compressions de la moelle, la catatonie, l'athétose, les muscles hypertoniques laissaient reconnaître des contractions d'ordre tétanique, myofibrillaires.

Il semble donc, d'après ces recherches, que l'opposition de la contraction rapide, tétanique dépendant de la myofibrille avec la contraction lente et soutenue du sarcoplasma, soit plus une hypothèse ingénieuse qu'une réalité. Aussi les auteurs concluent-ils fermement à l'unité fonctionnelle de l'appareil musculaire strié.

Sur le tonus du diaphragme. (KURÉ, FOHÉI, HIRAMATSU et SHIGERN SOTSAI. *Pflügers Arch.*, 1922, vol. XCCIV, fasc. 5, p. 181.) — Reprenant les anciennes expériences de Kuré, Hiramatsu et Naitv qui datent de 1914, les auteurs ont cherché à préciser au moyen d'une technique très précise, le rôle du sympathique dans le tonus du diaphragme. Et ils ont constaté que la section du nerf splanchnique provoquait toujours un abaissement du tonus diaphragmatique. L'application d'une solution de nicotine à 1 p. 100 sur le ganglion cœliaque détermine le même effet.

De plus, cette hypotonie du diaphragme peut être supprimée par le pinceautage de la face inférieure de ce muscle à l'aide d'une solution de l'excitant physiologique du sympathique : l'adrénaline.

Le pneumogastrique, au contraire, ne jouit d'aucune influence sur la fonction tonique du diaphragme. Les résultats de ces recherches sont intéressants, non seulement au point de vue du rôle physiologique du diaphragme, mais s'ils sont confirmés, ils imposeront de tenir compte du système sympathique dans la fonction tonique du muscle. Et l'on sait qu'à l'heure actuelle la participation du sympathique au tonus musculaire est non seulement discutée, mais rejetée par nombre de physiologistes éminents.

Sur l'influence des applications locales de froid sur la température du cerveau. (B. ZONDEK. *Zeits. f. physik. u. diätet. thérapie*, 1922, vol. XXVI, fasc. 3, p. 84.) — On sait l'intérêt qui s'attache, en thérapeutique, aux recherches qui ont pour but d'abaisser la température de l'encéphale, car l'influence néfaste de l'hyperthermie sur les centres nerveux n'est plus à démontrer. Le coup de chaleur en est une preuve parmi bien d'autres. Aussi les résultats obtenus par l'auteur doivent-ils ne pas être indifférents aux cliniciens.

Chez le lapin, après trépanation, Zondek plonge un thermomètre dans la substance du lobe frontal, puis applique sur différentes régions du crâne du chlorure d'éthyle. Immédiatement, on note un abaissement très net de la température du cerveau, laquelle peut atteindre 2°4. La température rectale, prise en même temps, n'est pas influencée.

Les données de l'expérimentation confirment donc pleinement l'expérience clinique qui, depuis longtemps a démontré les heureux effets de l'application d'une vessie de glace sur le crâne des malades atteints d'encéphalopathies ou de méningites aiguës. Il est à relever que la réfrigération de l'oreille moyenne n'exerce aucune action sur la température cérébrale.

THÉRAPEUTIQUE

Modifications du tonus musculaire et leur traitement orthopédique. (V. BAEYER. *Soc. de neurol. et de psych. de Berlin*, séance du 13 juin 1921, *Zentralb. fur die gesam. neurol. u. psych.*, 15 août 1921, vol. XXVI, fasc. 2, p. 140.)

— On ne sait que trop combien on reste souvent désarmé devant les paralysies qui se doublent de contractures intenses pour qu'il soit sans intérêt de mentionner des méthodes nouvelles ayant pour but la suspension ou l'atténuation de l'hypertonie. Et cela d'autant plus que, bien souvent le trouble moteur, l'impotence du membre, est conditionné moins par le déficit paralytique que par l'augmentation excessive du tonus musculaire. Selon M. V. Baeyer, il suffit, dans certains cas de sclérose en plaques spasmodiques, d'appliquer sur le membre contracturé une bande élastique modérément serrée pour faire céder l'hypertonie et rendre à l'organe une motilité suffisante. Il faut ajouter que Brissaud avait déjà montré que l'application de la bande d'Esmarch faisait céder passagèrement les contractures organiques.

Pour l'auteur, l'atténuation de la contracture tiendrait à l'excitation cutanée produite par le lien constricteur. Cette excitation centripète provoque, par interférence, une action suspensive sur l'éréthisme spinal.

Mais comme ce procédé est souvent inapplicable, M. Baeyer a recherché si d'autres méthodes assez simples ne pourraient pas arriver eu même résultat.

Partant de cette idée que toute contracture est liée à un réflexe dont les voies centripètes sont les racines postérieures et les nerfs de la sensibilité profonde, M. Baeyer a pratiqué l'excision des aponévroses musculaires, par exemple, celles qui recouvrent les jumeaux. Les résultats ont été favorables et les spasmes ont diminué d'intensité.

Pour combattre les contractures portant sur les muscles innervés par le médian et le cubital l'auteur a mis en œuvre une autre technique et a abouti à des résultats encourageants. Cette technique consiste à découvrir les nerfs médian et cubital du bras et à les envelopper dans un anneau du tégument. Moins bien irrigués et légèrement refroidis, puisque plus superficiels, les nerfs médian et cubital transmettent aux muscles qu'ils irriguent de moins fortes excitations et ainsi se trouve atténué l'état de contracture. Chez un malade dont la main contracturée à l'extrême se refusait à tout service, l'intervention ci-dessus permit le retour de la motilité volontaire. Trois mois après l'opération, le malade pouvait étendre et fléchir énergiquement les doigts ; les mouvements de pronation et de supination furent également améliorés quoique à un moindre degré.

La diminution de la glycémie et de la glycosurie des diabétiques à la suite de la ponction lombaire. (G. Bickel. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1922, n° 4, p. 231.) — L'auteur rapporte une observation qui confirme les faits étudiés par Lhermitte et Fumet et montre chez une femme âgée de soixante-treize ans, diabétique, que la soustraction de quelques centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien détermine, en même temps, un abaissement de la glycémie (de 3g39 à 2g88 p. 1000) et de la polyurie. Dans ce cas, l'influence oligurique disparut très vite, tandis que la réduction de la glycosurie persista pendant les jours qui suivirent la rachicentèse.

Résultats cliniques du traitement des néoplasmes du tissu nerveux par le radium. (Douglas Quick. *Journ. of nervous and mental dieseases*, vol. LIII, n° 2, p. 131, 1921.) — Jusque tout récemment, on n'avait que fort peu expérimenté les effets du radium sur les tumeurs du système nerveux, seuls avaient été soumis à l'irradiation certains néoplasmes de l'hypophyse. Aussi les faits rapportés récemment par M. Quick sont-ils du plus grand intérêt. Les néoplasies du système nerveux central présentent une grande variété dans leur mode de réaction au radium. Ainsi une tumeur de l'écorce du cerveau ne fut pas influencée tandis qu'une tumeur du cervelet présenta une régression manifeste. Dans un autre cas de néoplasie cérébelleuse, l'application de fortes doses de radium détermina la disparition des phénomènes morbides; il en fut de même d'une tumeur gliomateuse de la moelle épinière.

Comme il est démontré depuis longtemps que les éléments du système nerveux comptent parmi les plus réfractaires de l'organisme aux radiations on peut sans inconvénient faire usage de fortes doses et plonger en pleine masse cérébrale des aiguilles radifères après trépanation décompressive.

Diagnostic et traitement de l'hydrocéphalie par occlusion des trous de Magendie et de Luschka. (Walter Dandy. *Surgery gynecology and obstetrics*, vol. XXXII, p. 112, 1921.) — Dans un grand nombre de cas, l'hydrocéphalie congénitale apparaît liée à l'inocclusion des orifices de communication entre les ventricules cérébraux et l'espace sous-arachnoïdien, mais le diagnostic de cette variété d'hydrocéphalie est malaisée sinon impossible à établir à l'aide des seules ressources de la clinique; partant le traitement est le plus souvent négligé.

Nous possédons aujourd'hui plusieurs méthodes que nous devons aux collaborateurs de M. Harvey Cushing et grâce auxquelles il est possible d'établir l'origine de la distension des ventricules du cerveau. La plus simple consiste dans l'injection de phénolsulfouphtaléine dans le liquide céphalo-rachidien lombaire et sa recherche dans le liquide contenu dans le IVe ventricule à l'aide de la ponction du confluent postérieur (*cisterna puncture* des Américains) Si l'orifice de Magendie n'est pas obstrué, la substance colorée sera retrouvée dans le liquide ventriculaire. Une autre méthode imaginée par M. Dandy consiste dans l'insufflation des ventricules du cerveau et la radiographie de l'encéphale. Par cette technique les néoplasies qui ne traduisent leur existence par aucun symptôme de localisation peuvent aisément être dépistées.

La nature de l'hydrocéphalie étant indiquée il convient de la traiter. Pour les hydrocéphalies congénitales liées à la symphyse méningée et à l'occlusion des orifices de Magendie et de Luschka, M. Dandy conseille de pratiquer une trépanation de l'occipital et de libérer les adhérences pathologiques. Cette opération qui, il n'est pas besoin de le souligner, comporte des risques graves fut pratiquée dans trois cas. L'un des malades, un enfant, succomba dès après la ponction du IVe ventricule ; des deux autres l'un guérit et le dernier se trouva amélioré.

Le traitement des myoclonies et des états partainsoniens post-encéphalitiques par l'injection intra-veineuse du liquide céphalo-rachidien du malade. (Piticariu. *Wien. Klin. Wochen.*, n° 19, p. 441, 1922.) — Dans trois cas concernant des myoclonies résiduelles de l'encéphalite épidémique, l'auteur pratiqua une fois par semaine la ponction lombaire et injecta le liquide céphalo-rachidien prélevé dans la veine cubitale. Ces injections de 10 centimètres cubes de liquide furent répétées jusqu'à sept fois. Une amélioration nette survint chez les malades et la troisième fut guérie.

Cf. — Progrès récents dans le traitement intrarachidien de la neurosyphilis. (G. Dafora. *Revue neurol.*, mai 1922, n° 5, p. 518.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 25 octobre 1922)

Inclusion de l'ovaire dans l'utérus. — M. Robineau, à propos du rapport de M. Tuffier sur le cas présenté par M. Raymond Petit a eu recours à la même opération. Mais, il n'a pas eu la chance, comme M. Raymond Petit, de constater une grossesse après cette intervention. Il a constaté que souvent les femmes ainsi traitées avaient, dans la suite, des règles plus abondantes, parfois même trop abondantes.

Chez l'une de ses opérées, il y a eu une interruption des règles pendant trois mois, mais sans début de grossesse. En résumé, M. Robineau n'a pas constaté de grossesse à la suite de l'opération, mais toujours il a obtenu le maintien des règles.

Il a pratiqué vingt-huit fois cette opération. Sauf une malade qui est restée cinq mois sans voir ses règles, toutes les autres ont été bien réglées. M. Robineau croit qu'il y aurait avantage à insérer toujours un gros fragment d'ovaire.

M. Lecène, proteste contre cette assertion de M. Tuffier que chaque fois qu'on laisse des ovaires dans un péritoine libre après avoir enlevé les trompes, ces ovaires restent douloureux et nécessitent le plus souvent une seconde intervention. Sur trente-deux hystérectomies, une seule fois M. Lecène

a dû recourir à une nouvelle laparotomie pour enlever des ovaires douloureux.

M. MAUCLAIRE confirme cette opinion émise par M. Robineau qu'à la suite de ces opérations avec conservation des ovaires, les femmes ont des règles plus abondantes, au moins pendant un certain temps, qu'avant l'opération. M. Mauclaire apporte quelques observations à l'appui de cette opinion.

M. TUFFIER se défend d'avoir dit que toutes les femmes opérées chez lesquelles on a laissé les ovaires, conservaient des douleurs nécessitant une nouvelle laparotomie. Il a toutefois observé le fait assez fréquemment pour qu'il vît là un inconvénient résultant de cette conservation des ovaires.

Traitement sanglant des fractures bimalléolaires. — M. CUNÉO fait un rapport sur un travail de M. Picot, Il rappelle combien il est fréquent que les fractures bimalléoleires s'accompagnent de fracture marginale postérieure. Ce fait est beaucoup plus fréquent qu'on ne croit. M. Cunéo insiste sur l'importance de cette fracture marginale postérieure. Ce fragment postérieur fait corps avec le fragment malléolaire. Ces divers fragments gardent entre eux leurs connexions normales et forment un bloc, si bien qu'en en fixant un, on fixe les autres. C'est là que réside l'intérêt de la technique employée par M. Picot : il se borne à une ostéosynthèse extrêmement réduite, n'agissant que sur un seul fragment et il obtient une réduction parfaite. Toutefois, il faut signaler un inconvénient qui se produit assez souvent, le sphacèle du lambeau, dû à une disposition anatomique particulière.

M. ALGLAVE constate que de plus en plus la fracture bimalléolaire se complique de la fracture marginale postérieure, si bien qu'on se trouve, dans ces fractures compliquées, en présence de trois fragments osseux.

M. Alglave propose une autre voie d'accès que les incisions latérales; il a eu la conception du lambeau postérieur permettant d'éviter le sphacèle et la section du tendon d'Achille. M. Alglave préconise la voie transcalcanéenne.

M. CADENAT fait observer qu'en agissant sur le péroné on réduit très bien le fragment marginal postérieur.

Ablation des tumeurs du sein. — La Société reprend la discussion sur ce sujet, discussion forcément quelque peu monotone et exposant les orateurs à des redites).

M. Anselme SCHWARTZ insiste sur la nécessité d'un bon curage axillaire, d'une opération large, dépassant toute la zone suspectée, entraînant les résections des pectoraux. M. Schwartz signale l'extrême rareté des récidives locales, après ces larges exérèses. Il fournit une statistique dans laquelle on voit des malades opérées depuis douze, dix, huit, six, et quatre ans et sans récidives.

Dans les mêmes cas ou dans les cas d'opérations insuffisantes la récidive se fait sous forme de métastase ou de généralisation, exceptionnellement de récidive locale.

M. FREDET vante également les opérations larges, le curage soigneux de l'aisselle, la résection des pectoraux. L'étendue de l'opération doit être proportionnée à l'étendue du mal. M. Fredet conforme sa pratique à cette donnée théorique.

Il ajoute que ces larges exérèses ne sont toujours pas sans danger et il y a une certaine mortalité post-opératoire, soit par choc, soit par hémorragie ou collapsus. Il faut aussi signaler la formation assez fréquente d'hématomes.

En terminant, M. Fredet constate que la résection des pectoraux n'entraîne aucun trouble fonctionnel,

Suit une statistique de 93 opérations avec 3 morts post-opératoires, des survies datant de dix, de huit, six et quatre ans.

De l'étude des faits il semble bien résulter que les récidives sont plus éloignées après ces vastes exérèses.

M. MAUCLAIRE a fait aussi une enquête sur les résultats éloignés, enquête portant sur 140 opérations avec résultats variables; récidives plus ou moins éloignées. Il fait tenir compte aussi des diverses variétés de cancers, les uns à évolution lente, les autres à marche rapide.

Obstruction des voies biliaires. — M. LAPOINTE apporte un fait d'obstruction des voies biliaires par rupture d'un kyste hydatique du foie. Il y eut erreur de diagnostic; on croyait avoir affaire à une angiocolite calculeuse aiguë. Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, prise brusquement de vives douleurs, avec ictère et gros foie, température de 38 et 39 degrés. Étant donnée la brusquerie du début, on pensa bien à un kyste hydatique du foie comprimant les voies biliaires. A l'opération on trouve un calcul au col de la vésicule, pas de calculs dans le cholédoque, mais apparurent bientôt des hydatides, c'était un kyste hydatique rompu. Ablation de la vésicule, tamponnement. Peu de temps après expulsion spontanée de la membrane, guérison. M. Lapointe passe en revue les divers procédés auxquels on pourrait recourir dans ces cas.

— Suivent une série de présentations : M. Tuffier nous présente une malade qu'il a opérée largement d'une tumeur du sein. Il a immobilisé son bras dans la position verticale au-dessus de la tête, cette femme, peu de jours après son opération, jouit de tous les mouvements de son bras.

Election. — La Société procède à l'élection de la commission d'élection : Sont nommés MM. Ed. Schwartz, Broca et Cadenat.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENTS DU TRAVAIL

ESCROQUERIE COMMISE PAR UN MÉDECIN RÉPRESSION SÉVÈRE

On signale à notre attention un jugement, rendu par la 11e Chambre correctionnelle du Tribunal de la Seine, le 19 octobre 1922, qui mérite d'être porté à la connaissance de tous ceux, médecins ou chirurgiens, qui exercent leur profession avec dignité. Il flétrit la pratique d'un médecin qui, pour toucher des honoraires plus abondants, n'a pas reculé devant l'escroquerie.

On sait que la loi du 31 mars 1905, qui a modifié l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, a permis à la victime de faire choix elle-même de son médecin et de son pharmacien. Cette disposition n'est peut-être pas très heureuse, car elle a permis des abus nombreux qui grèvent l'industrie française dans des proportions surprenantes. Voici l'exemple qui nous est fourni : une Caisse syndicale d'assurance mutuelle a réglé, en 1918, 4.158 accidents ayant occasionné une dépense pour indemnités journalières de 310.212 fr. 15, soit 74 fr. 67 par accident, et pour frais médicaux et pharmaceutiques de 176.023 fr. 35, soit 42 fr. 33 par accident; en 1921, les accidents réglés ont été de 5.918 avec débours pour indemnités journalières de 747.816 fr. 96, soit 126 fr. 36 par accident, et ceux pour frais médicaux et pharmaceutiques de 609.517 fr. 10, soit 102 fr. 93 par accident. Il y a donc, dans cet exemple, une augmentation par cas de 1921 sur 1918 pour indemnités journalières de 69,21 p. 100 et pour frais médicaux et pharmaceutiques de 119,53 p. 100.

Que résulte-t-il de ces chiffres? C'est que certains médecins, en prolongeant les traitements pour toucher davantage, retardent inutilement la reprise du travail. En même temps, ils obèrent les compagnies d'assurances sur les accidents du travail.

C'est cette Caisse syndicale même qui a été victime d'une escroquerie sévèrement punie, puisque le Tribunal correctionnel a condamné le médecin à six mois d'emprisonnement et 500 francs d'amende, *sans sursis*, condamnant, en outre, à restituer les honoraires indûment perçus et à payer 500 francs à titre de dommages-intérêts.

Nous reproduisons volontiers ce jugement; il montrera que le médecin condamné s'est livré à des actes coupables, indignes de la profession qu'il prétend exercer.

« Attendu que le 6 septembre 1921, l'ouvrier menuisier H..., employé chez F... et Cie, assurés à la Caisse syndicale d'assurance mutuelle ..... a été très légèrement blessé à la main par une écharde ;

Qu'en l'absence du médecin habituel de la maison F..., H... s'est présenté à une clinique voisine de l'usine, dirigée par le docteur N... qui a immédiatement extirpé l'écharde et

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Mise en marche du « Côte d'Azur de nuit ». — La Compagnie des Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée a décidé de remettre en marche le Côte d'Azur rapide de nuit « Paris-Menton » qui quitte Paris à 17 h. 35 pour arriver à Nice à 10 h. 45 et à Menton à 11 h. 54.

Ce train aura lieu, au début, trois fois par semaine, les lundi, mercredi et vendredi. Il deviendra quotidien dès que s'accentuera le mouvement.

Le rapide « Paris-Menton » comporte des places de lits-salon avec draps, des couchettes, des places de wagons-lits, des premières classes et un wagon-restaurant.

C'est le train le plus rapide entre Paris et la Côte d'Azur. C'est, de plus, la relation la plus pratique, celle dont l'horaire s'adapte le mieux à la commodité du voyageur.

Par le « Côte d'Azur de nuit », Nice est à une nuit de Paris.

procédé à un pansement avec les médicaments qu'il possédait à son cabinet;

Qu'après avoir fait signer à H... son livre des visites et une feuille de papier en blanc, sur laquelle il inscrivit ensuite une ordonnance qu'il fit exécuter lui-même plus tard, par le pharmacien L..., N... invita l'accidenté à se représenter le lendemain à son cabinet;

Que, cependant, H... qui ne souffrait aucunement de sa très légère blessure, reprit immédiatement son travail après le premier pansement et le continua par la suite sans interruption, sans se présenter de nouveau chez N... dont les soins ne lui étaient plus nécessaires;

Que, le 15 février 1922 le pharmacien L... fit présenter par les soins du bureau « Office Caducée », à la Caisse syndicale la facture correspondant à l'exécution de l'ordonnance formulée par N... à la suite de la visite de H... et s'élevant à 16 fr. 25;

Que la Caisse syndicale qui n'avait pas eu connaissance de cet accident à l'occasion duquel il n'avait été fait aucune déclaration à raison de son peu d'importance et de la non interruption du travail par l'accidenté, demanda des renseignements à la maison F..., son assuré, qui lui fit connaître les circonstances ci-dessus relatées de l'accident et des soins donnés par N...;

Que la Caisse syndicale paye alors à L... les 16 fr. 25 qu'il réclamait;

Que, le 26 avril 1922, N... se présenta à son tour à la Caisse syndicale produisant un mémoire d'honoraires s'élevant à 49 francs à raison de quatre visites de l'accidenté H..., mémoire qui fut réglé;

Que la Caisse syndicale qui savait, par les renseignements qu'elle avait recueillis à l'occasion de la facture de pharmacie, que H... ne s'était présenté qu'une fois et non pas quatre chez N..., déposa, le lendemain 27 août, une plainte au parquet;

Attendu qu'au cours de l'enquête à laquelle il a été procédé, sur cette plainte, par X..., commissaire aux délégations spéciales et judiciaires, H... a affirmé et maintenu, avec la plus grande énergie qu'il ne s'était présenté à la clinique de N... qu'une seule et unique fois, le jour même de l'accident;

Que, de son côté, N... a persisté à soutenir que H... était venu quatre fois chez lui, se prétendant en mesure d'en justifier déclarant expressément : « Quant au nombre de consultations, si j'en ai compté quatre, c'est qu'il y en avait quatre. Ceci est facilement contrôlable et j'ai chez moi un livre sur lequel je mentionne pour chaque client les visites et les soins. Je prends même la précaution de leur faire émarger la mention de chaque visite. Je vous apporterai ce livre. »

Que ce livre ayant été, en effet, représenté le jour même, au commissaire de police X..., celui-ci a pu constater que la signature de H... n'y figurait qu'une seule fois pour la visite du 6 septembre, jour de l'accident, les mentions relatives aux trois autres visites que N... place aux 7, 8 et 10 septembre ne comportant aucune signature de H...

Que celui-ci qui, à la demande de N..., l'avait accompagné à sa clinique pour y prendre le livre des visites, produisit alors au commissaire X... qui relate la scène dans son rapport au Parquet des explications contradictoires et visiblement embarrassées, disant d'abord qu'il était peut-être retourné à la clinique où il aurait reçu des soins non de N..., mais de l'infirmière, ensuite qu'il avait peut être rencontré le docteur N..., dans la rue, qui l'avait interrogé sur son état et lui avait donné des conseils;

Mais, que se reprenant aussitôt, il renouvelait avec la dernière énergie ses premières déclarations, affirmant formellement qu'il n'avait été qu'une seule fois, le 6 septembre, chez N..., et que les explications inexactes et fantaisistes qu'il venait de donner, lui avaient été suggérées en route par N... qui l'avait d'abord prié de revêtir de sa signature les mentions relatives aux prétendues visites du 7, 8 et 10 septembre et qui, sur son refus, l'avait supplié de donner ces explications « afin d'améliorer sa situation »;

Que, les sollicitations dont H... prétend avoir été l'objet à ce sujet de la part de N... apparaissent comme tout à fait vraisemblables, lorsque l'on considère que la production du livre à l'aide duquel N... se faisait fort de justifier sa prétention devait se retourner contre lui et donner un démenti formel à ses affirmations;

Que l'on ne s'expliquerait pas que N... ait pris la précaution de se faire accompagner par H... s'il n'avait pas su que son livre n'était pas signé par lui les 7, 8 et 10 septembre et s'il n'avait eu l'intention de l'amener à lui donner les signatures qui manquaient;

Qu'il importe peu que d'autres mentions concernant d'autres accidentés ne soient pas non plus émargées, ces mentions n'étant pas en cause;

Qu'il suffit de retenir qu'en ce qui concerne H... la preuve que N... affirmait pouvoir administrer si aisément par la simple production de son livre de visites fait entièrement défaut, et qu'il y a lieu, dès lors, de s'en tenir aux déclarations formelles et répétées à l'audience, aux termes desquelles H... affirme énergiquement n'avoir été qu'une seule fois chez N..., le 6 septembre;

Qu'il serait inconcevable qu'H... qui a été bien soigné par N... et n'a contre lui aucun grief, persistât dans ses déclarations si elles étaient inexactes;

Attendu que pour suppléer à la preuve qui lui fait ainsi défaut, N... a fait citer à l'audience deux témoins, Y... et Z..., lesquels déclarent avoir vu H..., qu'ils reconnaissent à l'audience, Y..., le jour où on lui a retiré l'écharde et une autre fois après ce jour, sans autre précision, Z... le 8 septembre, c'est-à-dire deux jours après l'accident et la visite du 6 septembre non contestée;

Attendu que H... a, au contraire, affirmé à l'audience qu'il n'avait jamais vu ces deux témoins;

Attendu qu'il est permis de s'étonner que N... n'ait pas fait entendre à l'information ces deux témoins dont le nom lui était facile à retrouver en consultant ses livres, et qu'il ait préféré attendre le jour de l'audience pour provoquer leur témoignage;

. . . .

Qu'il est surprenant, d'autre part, que, parmi les nombreux clients qui fréquentent sa clinique, dont..... les affaires sont très prospères, N... n'ait pu trouver que les deux témoins Y... pour le jour de l'accident, 6 septembre, et un autre jour non précisé, et Z... pour le 8 septembre et qu'il n'en ait pas trouvé pour la troisième consultation qu'il prétend avoir donnée le 10 septembre;

Qu'ainsi, ces dépositions, à les tenir pour exactes, n'apporteraient la justification que de deux consultations postérieures à l'accident et non de trois que N... prétend avoir données, et que, dès lors, N... serait en tout cas convaincu d'avoir demandé et perçu indûment le prix d'une consultation.

Attendu que Y... a déclaré que les deux fois où il a vu H... à la clinique, c'est-à-dire le jour de l'accident et un autre jour non précisé, c'était à la nuit, vers cinq heures, tandis que H... affirme s'être présenté le jour de l'accident à trois heures;

Que cette déclaration de H... apparaît comme sincère et exacte puisqu'il est constant qu'il a repris son travail le 6 septembre après pansement, ce qu'il n'aurait pu faire s'il ne s'était présenté à la clinique qu'à cinq heures, puisque après le pansement la journée eût été terminée ou sur le point d'être terminée;

Attendu que Z... déclare que le 8 septembre H... n'avait plus de pansement, ce qui est invraisemblable puisque précisément, d'après les dires de N..., H... revenait à la clinique pour faire enlever le pansement sali dans le travail et le faire remplacer par un pansement propre, et qu'il aurait dû certainement encore procéder à cette opération le 8 septembre puisque la dernière consultation aurait eu lieu, d'après lui, le surlendemain 10 septembre, ce qui implique évidemment un dernier pansement l'avant-veille, 8 septembre.

Attendu que, pour toutes ces raisons, il n'y a pas lieu de s'arrêter aux dépositions tardives des témoins Y... et Z... qui contiennent soit des inexactitudes, soit des invraisemblances........................... »

Et avant de prononcer la condamnation que nous avons indiquée, le jugement déclare que le délit d'escroquerie, qui est reproché au médecin, revêt un caractère particulier de gravité en raison de la situation de ce dernier et du grave préjudice que de tels agissements, malheureusement trop répandus, causent aux Compagnies d'assurances sur les accidents du travail.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS CARDIAQUES DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU[1]

II. LES ENDOCARDITES RHUMATISMALES. — C'est la complication rhumatismale la plus fréquente chez l'adulte. Alors que la péricardite prédomine chez l'enfant.

Le *début* peut être *bruyant*, marqué par des douleurs sous-sternales, par des palpitations, de la dyspnée, un pouls faible, dépressible, un facies pâle.

Souvent le début est marqué par une *poussée fébrile*, non accompagnée d'une nouvelle poussée articulaire. Mais dans la règle, le début est *insidieux*, nécessitant une auscultation quotidienne du cœur, qui, du jour au lendemain, montre par comparaison avec les bruits de la veille, des modifications importantes.

a. *Modifications des bruits normaux*. — L'assourdissement des bruits du cœur est la règle. A l'orifice aortique, on en juge facilement par comparaison avec le bruit de l'artère pulmonaire qui reste clair et net. Cet assourdissement se modifie à la longue et l'on peut assister à un retour à l'état normal, après avoir passé par plusieurs phases :

Bruit éteint, puis bruit éteint et dur, bruit dur et parcheminé de Bouillaud, enfin bruit normal.

b. *Adjonction de bruits pathologiques*. — On peut noter des *bruits variables* du jour au lendemain, des bruits cardio-pulmonaires (Potain). Ces bruits ne sont d'ailleurs pas en rapport avec l'endocardite constituée et ils varient d'un jour à l'autre.

Les *souffles* en rapport avec une lésion orificielle ne se constituent que lentement et progressivement : du trentième au cinquantième jour de la maladie. Ces lésions orificielles aboutissent peu à peu à la constitution d'une lésion cardiaque définitive : rétrécissement mitral et insuffisance mitrale, insuffisance aortique.

Il est à noter que l'endocardite rhumatismale n'est heureusement pas toujours orificielle. Elle peut être aussi *pariétale* (Barié) et les lésions cicatricielles qui en résultent ne donnent lieu dans ce cas à aucune manifestation pathologique.

Si, dès le début du rhumatisme articulaire aigu, on entend des souffles cardiaques, il faut chercher à en préciser la nature exacte. Ces souffles peuvent être organiques et traduire une lésion orificielle antérieure à la poussée actuelle.

D'ailleurs, il faut ajouter qu'une poussée nouvelle d'endocardite est relativement fréquente au niveau d'un orifice atteint antérieurement de lésion chronique (il s'agit d'une *endocardite réchauffée*).

Les malades sont alors à la phase de cardiopathie bien compensée et il peut se passer de nombreuses années avant que l'affection cardiaque se traduise par des troubles fonctionnels.

III. MYOCARDITE RHUMATISMALE. — La myocardite est une complication beaucoup plus rare au cours dn rhumatisme articulaire aigu. Elle peut se manifester seule ou accompagner l'endocardite ou plus souvent la péricardite. Elle survient surtout chez les sujets dont le myocarde a été surtout touché par une toxiinfection antérieure (diphtérie, fièvre typhoïde).

Son *début* est essentiellement latent, et les signes cliniques apparaissent très graves rapidement. La myocardite s'installe vers le septième ou huitième jour du rhumatisme. Le malade se plaint de malaises, d'angoisse précordiale, d'oppression, de battements de cœur tumultueux, de dyspnée au moindre mouvement. Puis, rapidement la situation devient alarmante.

Signes fonctionnels. — La nuit, il survient des crises spontanées de suffocation, ou bien à l'occasion du moindre effort. Ce sont des accès de suffocation avec vives douleurs précordiales, cyanose de la face et des extrémités, axphyxie. La température s'élève à 38°5-39 degrés. Le pouls est accééré, hypotendu, dépressible, souvent arythmique. On peut craindre, dans ce cas, le collapsus et la syncope à l'occasion du moindre effort.

Signes physiques. — A l'examen, on constate une dilatation énorme et aiguë du cœur. La pointe est déviée en bas et en dehors, le bord droit déborde amplement. L'aire de la matité cardiaque est nettement augmentée. A l'auscultation, on note de l'assourdissement des bruits du cœur et souvent la tendance au rythme embryocardique. Des souffles de dilatation cardiaque peuvent être notés ; d'autres fois, on constate surtout une accentuation du deuxième bruit pulmonaire ou bien un bruit de galop présystolique.

Evolution. — La guérison est possible. Mais, souvent aussi, la dilatation cardiaque persiste et la mort peut survenir au bout de quelques jours, brusquement par *syncope* ou bien progressivement par *asystolie rapide*.

IV. LA PANCARDITE RHUMATISMALE. — Les lésions cardiaques peuvent être associées dans certains cas (10 p. 100) et réaliser des cardiopathies plus complexes. Les signes fonctionnels sont alors très graves; les signes locaux difficiles à analyser et il est parfois malaisé, pendant la période aiguë, de faire la part de ce qui revient à la dilatation due à la myocardite, à la péricardite ou aux lésions valvulaires.

Un jour le frottement péricardique prédomine; d'autres fois on entend des modifications des bruits valvulaires.

Plus tard, au bout de quelques semaines ou de plusieurs mois, on trouve à l'examen un cœur énorme, qui occupe une grande partie du thorax, de dimensions considérables, surtout chez les enfants ou les adolescents. A l'auscultation on constate des lésions cardiaques complexes : lésions valvulaires, souffles multiples, symphyse cardiaque, hypertrophie et dilatation cardiaques, dont l'association est extrêmement grave et comporte un pronostic sombre à brève échéance : la non compensation est en effet précoce.

PRONOSTIC GÉNÉRAL. — 1° IMMÉDIAT. — Il est assez bénin dans l'ensemble ; cependant il varie suivant la lésion et son siège. Le danger, au cours du rhumatisme cardiaque est surtout : *a*. Au *myocarde* : dilatation aiguë du cœur ; *b*. Au *péricarde* : mort subite possible.

Gouget a aussi signalé la mort rapide par thrombose massive intracardiaque au niveau de la valvule anciennement altérée.

2° PEU APRÈS LA PHASE AIGUË. — Le danger est encore au péricarde. En cas de symphyse, il survient de l'asystolie irréductible et rapide. On doit aussi redouter l'asystolie précoce au cours de la pancardite.

3° TARDIVEMENT. — Le danger à longue échéance est au niveau de l'endocarde : les lésions valvulaires définitives font du malade un cardiopathe, qui tôt ou tard arrivera à la phase d'asystolie.

(*A suivre.*)

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 85, p. 1375, et n° 87, p. 1406.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 13 AU 18 NOVEMBRE 1922)

THÈSES

Jeudi 16 novembre. — Jury : MM. de Lapersonne, président; P. Marie, Achard et Lecène. — M. PAUMELLE (Pierre). La hernie de l'iris. — M. LINDBERG-KNUT. Etiologie et pathogénie du vitiligo. — M. LEGAL (Germain). Contribution à l'étude des conditions de gravité des piqûres d'hyménoptères. — Mme MONOD. Contribution à l'étude de la maladie dite de Riédel. — Mlle PERLIS (Régine). Bactériothérapie des infections localisées.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Lecomte, Bouttier et May.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Pathologie. — Séance du 15 novembre. — Question donnée : « Des accidents de l'anesthésie générale par l'éther et le chloroforme. »

MM. Briault, 14; Grenault, 17; Attal, 13; Barzilaï, 12; Béal, 15; Amiot, 17; Auclair (Jean), 14; Mlle Brone, 18; MM. Bulté, 16; Baugas, 18; Alopée, 15 1/2; Bouquet, 16 1/2; Constantoulakis, 12; Bordier, 16.

— ASSISTANTS D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DES HÔPITAUX (année 1922). — La deuxième réunion de la Commission chargée d'établir la liste d'aptitude, se réunira le lundi 18 décembre 1922, à 16 h. 1/2, à l'Administration centrale (3, avenue Victoria).

Le nombre des places d'assistant d'électro-radiologie à attribuer par cette Commission est fixé à huit.

MM. les docteurs en médecine désireux de soumettre leurs titres à l'examen de la Commission devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, tous les jours (les dimanches et jours de fêtes exceptés), de 14 à 17 heures, du lundi 27 novembre 1922 au samedi 9 décembre inclusivement.

— COMMISSION DE CLASSEMENT DES CANDIDATS AUX FONCTIONS DE CHEFS DE LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. — En raison de la nécessité où se trouve l'administration générale de l'Assistance publique à Paris d'apporter certaines modifications aux dispositions réglementaires concernant le statut du personnel des laboratoires de bactériologie, la prochaine réunion de cette Commission, fixée au 11 décembre 1922, est reportée à une date ultérieure qui sera, ainsi que le nouveau délai d'ouverture du registre d'inscription, portée aussitôt que possible, par voie d'affiches, à la connaissance des candidats.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le doyen de la Faculté est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, la donation faite à cette Faculté, par M. Edouard Levi-Franckel, docteur en médecine, et Mme Berthe-Nelly Weill, son épouse, de 750 fr. de rente française 3 p. 100, en vue de perpétuer le souvenir de leur fils Georges-Émile, interne des hôpitaux de Paris, médecin auxiliaire au 150e d'infanterie, tué à l'ennemi, le 2 décembre 1914.

Le montant des arrérages de ladite rente servira à fonder un prix biennal de 1.500 fr., qui prendra la dénomination de prix Georges Levi-Franckel, et sera attribué, tous les deux ans, à un élève méritant, du service de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris, soit à un interne ou un externe en fonctions dans ce service, soit à un stagiaire attaché audit service ou à un ancien interne de service.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Prix de l'année scolaire 1921-1922 pour la médecine :

Prix de la Faculté. — Première année (ancien et nouveau régime) : Médaille d'argent et 100 francs de livres, M. P. Broustet; mention très honorable, M. G. Teulié; mention honorable, M. P. Bos.

Deuxième année (ancien et nouveau régime) : Médaille d'argent et 100 francs de livres, M. M. Barthélemy; mention très honorable, M. J. Fournier.

Troisième année (ancien et nouveau régime) : Médaille d'argent et 185 francs de livres, M. J. Magendie; mention très honorable, M. R. Pirot.

Quatrième année (nouveau régime) : Médaille d'argent et 185 francs de livres, M. P. Cornat.

Prix Godard. — Prix de 2.000 francs (médecine), docteur Ch. Massias.

Prix de 2.000 francs (chirurgie et accouchements), docteur Ch. Lasserre.

Prix des thèses de l'année. — Premier prix, médaille d'or et 350 francs en espèces, docteur Aubertin; deuxième prix, médaille d'argent et 125 francs en espèces, docteurs Torlais, Massière et J. Daraignez; troisième prix : médailles de bronze, docteurs Borel, Charrier, Damany, Pervès, Renaud, Serret.

FACULTÉS DE PHARMACIE. — NANCY. — La chaire de microbiologie de la Faculté de pharmacie de Nancy est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

GUERRE. — RÉORGANISATION DE L'ECOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — ARTICLE PREMIER. — Le décret du 10 février 1920 concernant la réorganisation de l'Ecole d'application du Service de santé militaire est modifié ainsi qu'il suit :

L'article 9 est remplacé par le suivant :

« *Art. 9.* — Les professeurs sont choisis, en principe, parmi les professeurs agrégés du Val-de-Grâce ayant terminé leur temps normal d'agrégation, en tenant un juste compte, dans l'appréciation de leurs titres, des services rendus successivement à l'Ecole d'application du Service de santé militaire et à l'Ecole du Service de santé militaire et des résultats obtenus.

A défaut de candidats ayant terminé leur temps normal d'agrégation, les agrégés en exercice ou n'ayant pas accompli le temps normal d'agrégation, peuvent être délégués dans les fonctions de professeur et proposés ultérieurement pour la titularisation dans les conditions réglementaires.

La durée du professorat ne peut excéder six ans, y compris, le cas échéant, la délégation dans les fonctions de professeurs. »

ART. 2. — L'article 10 est remplacé par le suivant :

Art. 10. — Le titre de « professeur agrégé du Val-de-Grâce » est obtenu au concours dans les conditions ci-après :

A. MÉDECINE ET CHIRURGIE. — « Ces concours ont lieu en principe tous les deux ans; sont seuls autorisés à concourir les médecins-majors de 1re et de 2e classe ayant accompli, depuis leur sortie de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, au moins deux années de services dans un corps de troupes.

Le jury des concours d'agrégation — médecine et chirurgie — sera présidé par un médecin inspecteur général ou un médecin inspecteur appartenant, de par ses titres et travaux, à la section professionnelle pour laquelle le concours est ouvert.

Il comprendra, en outre :

1° *Chirurgie.* — Deux professeurs (chirurgie) de l'Ecole d'application, un professeur (chirurgie) des facultés de médecine, deux médecins principaux ou médecins-majors de 1re classe, pris en dehors de l'Ecole.

2° *Médecine.* — Deux professeurs (médecine) de l'Ecole d'application, un professeur (médecine) des facultés de médecine, deux médecins principaux ou médecins-majors de 1re classe, pris en dehors de l'Ecole.

B. CHIMIE ET PHARMACIE. — Ce concours a lieu en principe tous les trois ans; sont seuls autorisés à concourir les pharmaciens-majors de 1re et de 2e classe.

Le jury du concours de chimie et pharmacie comprendra : le pharmacien inspecteur ou un pharmacien principal de 1re classe, président; le professeur de chimie de l'Ecole d'application, un professeur agrégé de chimie du Val-de-Grâce, un professeur des écoles supérieures de pharmacie, deux pharmaciens principaux ou pharmaciens-majors de 1re classe, pris en dehors de l'Ecole.

Les membres civils des jurys sont désignés par le ministre de l'Instruction publique sur la demande du ministre de la Guerre. Les membres militaires sont désignés par le ministre de la Guerre. Les membres militaires étrangers à l'Ecole sont choisis parmi ceux qui sont les plus qualifiés de par leurs titres et leurs travaux.

La durée des fonctions de professeur agrégé du Val-de-Grâce (médecine, chirurgie, chimie et pharmacie), tant à l'Ecole d'application du Service de santé qu'à l'Ecole du Service de santé militaire, est de six ans. »

RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE PSYCHOTHÉRAPIE. — La XVe réunion annuelle de la Société de psychothérapie aura lieu le mardi 21 novembre, à 4 h. 1/2, 49, rue Saint-André-des-Arts, sous la présidence de M. le docteur Legendre, membre de l'Académie de médecine.

COURS DE PATHOLOGIE MENTALE ET ENSEIGNEMENT CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE. (Professeur : M. Henri CLAUDE.) — L'enseignement des maladies mentales comprendra deux parties : une partie théorique et une partie clinique. L'enseignement théorique sera donné à la Faculté de médecine, le jeudi, à 16 heures, au grand amphithéâtre. L'enseignement clinique continuera à être fait à la clinique de l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis.

Le cours théorique, illustré autant que possible par des présentations de malades aura pour objet pendant le premier semestre les troubles de l'équilibre émotionnel et volitionnel (obsessions, phobies, impulsions, les notions relatives à la dégénérescence mentale et au déséquilibre psychique, les résultats de la psychanalyse). La première leçon aura lieu le jeudi 23 novembre.

L'enseignement clinique comprendra des présentations de malades, les lundis à 10 heures, et une consultation policlinique le mercredi et le samedi à 10 heures. La première leçon aura lieu le lundi 20 novembre. Les autres jours, visites de malades dans les salles et enseignement élémentaire de la sémiologie mentale par MM. Brousseau et Ceillier, chefs de clinique.

Travaux de laboratoire. — Les laboratoires de recherches biologiques sont ouverts aux médecins et aux étudiants sous la direction de M. Aubel, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie, et de M. H. Schoeffer, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

M. le professeur G. Dumas, chef du laboratoire de psychologie, dirigera les études de psychologie appliquée et expérimentale.

HOPITAL LAENNEC. — COURS LIBRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE. — Le docteur Auvray, chirurgien de l'hôpital, a commencé ses conférences cliniques, avec présentation de malades le vendredi 17 novembre, à 11 heures (Amphithéâtre Landouzy) et les continuera les vendredis suivants, à la même heure, jusqu'à la fin de l'année scolaire.

Tous les matins à 9 h. 1/2, opérations et examens de malades dans les salles.

HOPITAL LAENNEC. (Service du docteur RIBIERRE.) — ENSEIGNEMENT CLINIQUE. — M. Ribierre, agrégé, médecin de l'hôpital Laënnec, reprendra ses leçons de clinique médicale le samedi 18 novembre 1922, à 11 heures, et les continuera les samedis suivants, à l'amphithéâtre des cours de l'hôpital.

Le vendredi, à 9 h. 1/2 : consultation spéciale pour les maladies du cœur et des vaisseaux; discussion des diagnostics et des indications thérapeutiques.

Les autres jours, à 9 heures, enseignement clinique au lit du malade (salles La Rochefoucauld et Ernest Dupré).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 20 AU 25 NOVEMBRE 1922)

THÈSES

Mercredi 22 novembre. — Jury : MM. Gosset, président; Bernard, Debré et Heitz-Boyer. — M. FLANDRIN (P.). Complications de l'appendicite chronique et séquelles. — M. THIBAULT (A.). Luxation du pied par rotation externe. — M. DARDEL (L). De la transmission des maladies contagieuses par les ustensiles de table. — M. BLAIRE (Gustave). Les terres rares dans le traitement de la tuberculose.

Jeudi 23 novembre. — Jury : MM. de Lapersonne, président; Marfan, Achard et Terrien. — M. CHAPUIS. Les kystes de la conjonctive. — M. SIZORN (Guillaume). Les causes adjuvantes du paludisme. — M. SEDILLOT (Jean). Les injections intraveineuses chez le nourrisson.

RENSEIGNEMENTS

591. — **DOCTEUR** cherche occupation dans clinique, où succession avec appartement à reprendre (préférence 9e ou 18e). Ecrire au journal, Docteur F...

REVUE GÉNÉRALE

LES ANGLES COLIQUES (1)

(6 figures)

Par R. DUCASTAING,
Aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris.

I. **Limites des angles coliques.** — La disposition anatomique du côlon transverse et des angles coliques a donné lieu à de nombreuses recherches. Dans sa thèse, Buy (2) donne un aperçu historique qu'il nous paraît tout à fait superflu de reproduire. Dans ce travail minutieux, il montre les variations extrêmes du côlon transverse et les multiples formations ligamenteuses qui convergent au niveau des angles. Sa description est classique : elle est reproduite dans la plupart des travaux récents (3).

Buy divise le côlon transverse en deux portions, l'une à droite du duodénum, l'autre à gauche, la première fixe, la deuxième mobile. C'était reprendre en la précisant la classification adoptée par Fromont (4) et par Mauclaire et Mouchet (5).

Okinczyc divise de même le côlon transverse en deux segments, segment gauche ou anse gastrocolique, segment droit qu'il préfère appeler anse hépato-colique. C'est une description analogue que nous trouvons dans les traités classiques (Jonnesco).

En 1916, P. Descomps (6) propose une description conforme aux données physiologiques et pathologiques modernes; il distingue les côlons droits et les côlons gauches : aux côlons droits se rattache la partie droite ascendante du transverse, aux côlons gauches sa partie gauche ascendante.

De même, Grégoire dans son enseignement et dans un ouvrage tout récent (7) décrit un côlon droit, un côlon gauche, un côlon terminal ou iliopelvien, et cette division est pleinement justifiée au point de vue médico-chirurgical.

Au point de vue anatomique, il faut en tout cas renoncer à décrire au côlon transverse deux portions, le segment fixe fait partie de l'*angle droit*. Le côlon transverse se réduit à l'anse *gastro-colique mobile*; il appartient au *territoire mésogastrique*, et, chez le fœtus, il se projette comme l'estomac presque entièrement à gauche de la ligne médiane.

Ce point de vue est conforme aux données embryologiques. C'est, en effet, dès le quatrième mois que se produit l'accolement du côlon oblique à la deuxième portion du duodénum qu'il croise. Cet accolement précède celui de la partie droite du mésoduodénum qui est toujours tardif et peut même manquer. Cette *fixation précoce* du segment préduodénal nous paraît être un phénomène capital insuffisamment mis en lumière (fig. 1). Dès qu'elle s'est produite, « l'angle hépatique du côlon se marque nettement à droite et en avant de cette soudure » [Hertwig (1)].

Quant à l'angle splénique, il appartient au côlon gauche, au côlon descendant, dont il n'est en somme que l'extrémité supérieure. Jusqu'à la fin du quatrième mois, il est, comme le côlon descendant, libre et mobile, puis commence le processus de coalescence qui progresse de haut en bas.

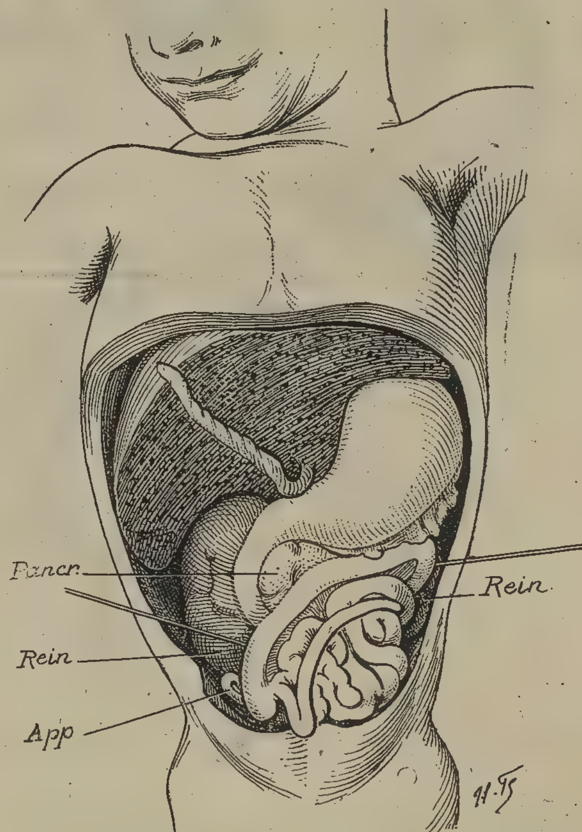


Fig. 1. — *Fœtus de 9cm5.* — Le foie énorme est partiellement réséqué. L'estomac est tout entier à gauche de la ligne médiane. Les reins volumineux ont un aspect lobulé. Le diverticule de Merckel est très développé L'intestin grêle présente de nombreuses circonvolutions. Le gros intestin est à ce stade d'un *calibre sensiblement égal* à celui du grêle; il ne décrit pas encore de sinuosités Un stylet peut être engagé derrière le côlon ascendant et descendant et même derrière l'angle gauche. Seul est fixé le segment colique préduodénal qui marque le véritable angle droit. Le diverticule épiploïque descend sans lui adhérer au-devant de l'anse gastro-colique. A gauche, il est tout près de la paroi à laquelle il ne peut tarder à se souder.

Embryologiquement, l'angle gauche marque la limite entre l'anse ombilicale et l'intestin terminal qui dépendent de territoires artériels tout différents. L'anatomie comparée montre nettement que le côlon des mammifères, quelle que soit sa complexité apparente, doit être divisé en deux segments : l'un sus-jacent à l'angle gauche est irrigué par l'artère mésentérique supérieure; l'autre, sous-jacent, par la mésentérique inférieure.

II. **Morphologie.** — Elle est des plus variables.

L'angle sous-hépatique peut être obtus ou aigu; il peut même ne pas exister, et, dans le cas de bra-

(1) P. Descomps et R. Ducastaing. Les angles coliques chez le fœtus et le nouveau-né (19 fig.), *Revue de chir.*, 1922, n° 1; — L'étude du développement est ici fondamentale. Elle permet de *prévoir* quelle sera la disposition chez l'adulte.

(2) Buy. *Th. de Toulouse*, 1900-1901.

(3) Hartmann. *Anatomie chirurgicale des côlons*, Okinczyc 1907. — Sorrel. La stase intestinale chronique, *Th. de Paris*, 1914. — Lefebvre. *Th. de Toulouse*, 1919.

(4) Fromont. *Th. de Lille*, 1889-1890.

(5) Mauclaire et Mouchet. *Bull. de la Soc. anat.*, 1896, p. 600.

(6) P. Descomps. Epiploon et péricolite, *Revue de chir.*, 1916, p. 109.

(7) Grégoire. *Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen*, 1922.

(1) Il n'est donc pas tout à fait exact de dire « que l'effet de coalescence qui fixe le côlon ascendant se prolonge sur le mésocôlon transverse jusqu'à la mésentérique » (Lardennois et Okinczyc). En réalité, cette coalescence ne « se prolonge pas »; elle débute normalement au niveau du segment préduodénal du côlon, puis s'étend de haut en bas.

chicôlon, on voit le cæcum en ectopie se continuer directement avec le transverse. De patientes statistiques se sont efforcées de traduire par des chiffres ces variations. Il est sans doute plus intéressant d'en saisir le mécanisme.

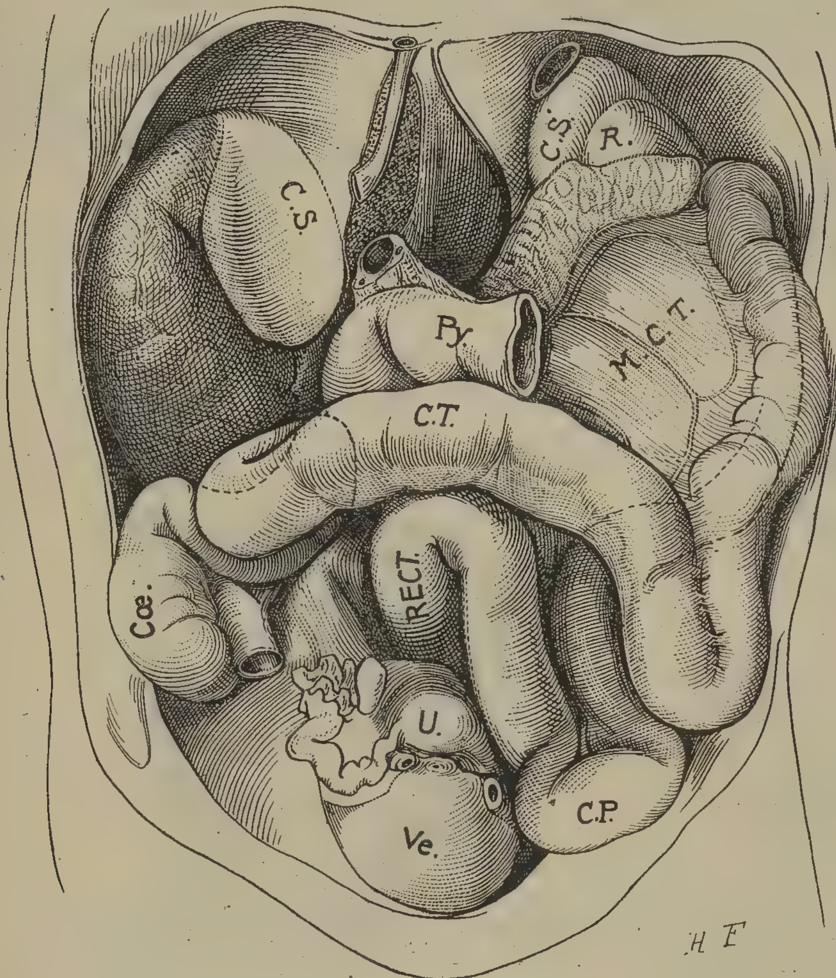


Fig. 2. — Le côlon transverse a la forme d'un V dont les deux branches sont réunies par des adhérences filamenteuses. Il décrit au devant du segment colique préduodénal une sinuosité sous-hépatique. L'angle colique gauche est aigu et très élevé. Remarquer l'aspect lobulé du rein droit et le gros volume de la capsule surrénale. Cette figure représente un cas typique de *dolichocôlon « congénital »*.

Avec Lardennois et Okinczyc, on peut dire que l'*allongement* du côlon commande sa morphologie. C'est cet allongement qui rend nécessaire l' « accommodation » du tube intestinal dans la cavité abdominale. C'est lui qui imprime au côlon ces curieuses sinuosités qui doivent, a priori, se développer au niveau du transverse mobile. Ces flexuosités ont les formes les plus diverses, se rattachant plus ou moins aux variétés sous-hépatiques ou sous-pyloriques de Buy. Parfois, chez le nouveau-né, les deux branches du côlon transverse sont même réunies par des adhérences filamenteuses. L'aspect peut rappeler celui de certains côlons ptosés de l'adulte. Nous avons pu observer de beaux types de *dolichocôlons* congénitaux du transverse (fig. 2), encore que l'on puisse admettre, avec Lardennois et Aubourg, que dans la majorité des cas ces allongements sont acquis.

Dans certains cas, on trouve au niveau de l'angle droit une série de flexuosités et de plis ; on a l'impression qu'en dépit de sa fixation précoce, le côlon en s'allongeant a dû se plisser, se « godronner » en sinuosités de peu d'amplitude. Dans un cas, nous avons pu voir une petite flexuosité logée en arrière de la partie droite du méso-duodénum. On aurait là (s'il était nécessaire) une démonstration élégante de l'accolement tardif du méso-duodénum.

L'angle colique gauche est aigu. Sa disposition est bien connue. On peut observer des sinuosités sous-spléniques de type plus ou moins analogue à celui décrit par Buy.

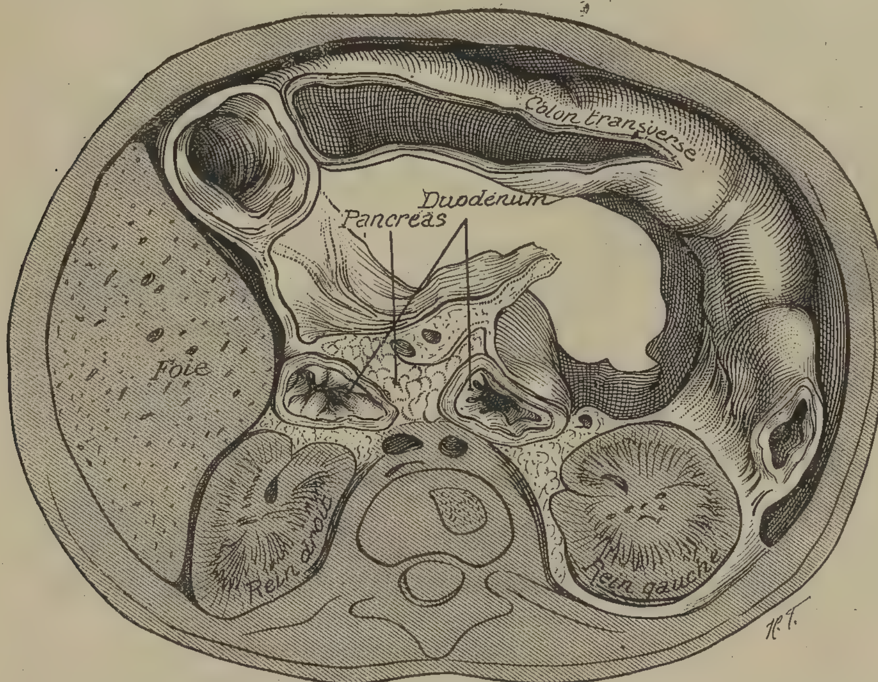


Fig. 3. — *Coupe transversale* (vue inférieure). — On voit bien la « volutation » de l'arc colique. L'angle droit est prévisceral ; l'angle gauche s'enfonce dans la profondeur du sinus réno-pariétal.

III. **Topographie.** — L'allongement du côlon et l'énorme volume du foie expliquent la topographie des angles coliques.

Le plus souvent l'*angle droit* recouvre le pôle inférieur du rein qu'il déborde, en général, en dehors, puis il se porte vers la deuxième portion duodénale qu'il croise. En haut, il est arrêté par la face inférieure du foie qui s'oppose absolument à son ascension. Chez le nouveau-né, le rein volumineux est sensiblement sur le même plan frontal que le duodénum ; les deux segments prérénal et préduodénal de l'angle colique droit se trouvent donc sensiblement dans le même plan ; au contraire, chez l'adulte, en raison de la profondeur de l'excavation lombaire et du moindre volume relatif du rein, ils présen-

tent une obliquité toujours nette d'arrière en avant.

L'*angle gauche* est très élevé, véritable organe de l'hypochondre. Il vient se loger le long du bord externe du rein, dans le sinus réno-pariétal. Repoussé en haut par l'allongement de l'intestin terminal, il ne s'arrête qu'au contact du pôle inférieur splénique; refoulé en dehors et en arrière par l'allongement du côlon transverse, il vient prendre contact avec la paroi. Les sinuosités sous-spléniques, quand elles existent, rendent bien compte de ce mécanisme.

Ainsi s'explique parfaitement la situation *basse* et *préviscérale* de l'angle colique droit, qui contraste avec la situation *haute* et *pariétale* de l'angle gauche (fig. 3). Est-il utile de signaler l'importance chirurgicale de ces notions?

IV. **Appareil fixateur.** — L'étude des éléments fixateurs des angles coliques est, en général, exposée d'une façon assez confuse. On se contente de reproduire la classification de Buy. Là encore, il faut s'efforcer de saisir le plan général qui permet de retrouver, sous les plus grandes variations, le type fondamental expliqué par l'évolution embryologique des replis péritonéaux. Actuellement, beaucoup d'auteurs nous paraissent mériter le reproche qu'adresse, Sébileau à Pétrequin et à Ferrein : « Ils voient un peu partout des ligaments » (1).

Appareil fixateur de l'angle colique droit. — Buy décrit :

1° Un ligament colique droit (omentum colicum de Haller, phrénico-colique droit de Fredet, abdomino-colique droit de Charpy, sustentaculum hepatis de Trèves, ligament de l'angle droit de Fromont, gastro-colique (?) de Jonnesco.

2° Un ligament hépato-colique (ligament hepatoreno duodéno-colique de Jonnesco).

3° Un ligament cystico-colique, décrit par Bricon, en 1887.

4° Un ligament duodéno-colique.

5° La lame fixatrice du coude droit.

Sorrel (2), Lardennois et Okinczyc (3) reproduisent cette description que nous retrouvons encore dans un travail tout récent (4).

Pourtant, en 1916, P. Descomps (5) exposait dans ses grandes lignes une description toute différente. Avec lui, nous avons cherché « à substituer au catalogue confus des éléments fixateurs des angles coliques une classification anatomique (6) ».

Nous distinguerons, dans cet ensemble de formations fibreuses qui convergent au niveau de l'angle colique droit, trois plans : un plan superficiel pariéto-colique, un plan sous-jacent viscéro-colique, un troisième plan profond.

Le plan superficiel est essentiellement constitué par le diverticule épiploïque de Haller. On s'accorde actuellement à admettre qu'il représente l'expansion droite du grand épiploon, et c'est vers le septième mois, d'après Toldt qu'il s'étend sur la flexure hépatique. Lorsqu'il atteint la paroi, il constitue un véritable ligament pariéto-colique et l'on sait que l'étude de ses relations avec la membrane de Jackson a

(1) Sebileau. *Démonstrations d'anatomie*, p. 69.
(2) Sorrel. Loc. cit.
(3) Lardennois et Okinczyc. Loc. cit.
(4) Lefebvre Loc. cit., p. 66-67.
(5) P. Descomps. Loc. cit.
(6) P. Descomps. Le décollement colo-épiploïque, *Bull. de la Soc. de chir.*, 8 fév. 1921, p. 146.

donné lieu aux intéressantes recherches de Leveuf (1). Nous attirons l'attention sur son développement extrêmement *variable*. Tantôt, il affleure à peine l'angle sous-hépatique, tantôt il se fixe à la paroi, tantôt il descend jusqu'au-devant du cæcum qu'il tapisse d'un voile membraneux. A ce plan fibreux se rattachent le ligament pyloro-colique superficiel de Glénard, dont l'existence est d'ailleurs discutée, et le ligament duodéno-colique superficiel que l'on peut voir descendre le long du bord externe du tablier épiploïque au-dessous de la première portion duodénale.

Ces dernières formations sont habituellement des tractus fibreux tout à fait superficiels; quand elles existent, elles se rattachent tout naturellement au diverticule épiploïque de l'arrière-cavité.

Le *deuxième plan* est viscéro-colique. Pour la clarté de l'exposé, on peut distinguer deux sortes de formations fibreuses : les unes plus superficielles, les autres profondes. Au système superficiel se rattachent le ligament cystico-duodénal et cystico-duodénal et cystico-colique (2). Entrevus par Haller et par Cruveilhier, ces ligaments ont été bien décrits par Bricon, en 1887. Ancel et Sencert les ont redécrits sous le nom de ligament cystico-duodéno-épiploïque. Ces formations de développement très variables représentent le prolongement vers la droite du petit épiploon. On considérait autrefois ces « brides cystico-coliques » comme pathologiques (3). Nous avons trouvé fréquemment le ligament cystico-colique chez le nouveau-né.

Au système sous-jacent se rattache le ligament hépato-colique, hépato-rénal et surrénal, réno-colique, duodéno-colique profond. Décrit par Jonnesco sous le nom d'hépato-réno-duodéno-colique, il est considéré avec raison par cet auteur, comme le résultat de la fusion de différentes lamelles fibreuses (4). Tous les auteurs insistent justement sur son développement extrêmement variable.

Le *troisième plan* est profond. Il est constitué essentiellement par l'extrémité supérieure du fascia d'accolement rétro-colique de Toldt. Il est donc tout à fait inutile de décrire comme des formations particulières les ligaments limitant externe et interne de Hensing.

C'est à ce fascia d'accolement que Buy rattache la *lame fixatrice* du coude droit, encore appelée ligament sous-angulo colique. Ce serait pour cet auteur une formation acquise, due « à l'ascension apparente du rein et du coude hépatique... qui a pour résultat de diminuer l'ouverture de l'angle hépatique » (Buy, p. 66), Leveuf qui l'a observé chez le nouveau-né en fait une dépendance du diverticule épiploïque droit.

Appareil fixateur de l'angle colique gauche. — Au niveau de l'angle gauche nous classerons de même les formations fibreuses selon trois plans : un plan superficiel pariéto-colique, un plan sous-jacent viscéro-colique et un troisième plan profond.

Le *plan superficiel* est constitué par le diverticule épiploïque gauche de Haller. Beaucoup plus précoce que le diverticule droit puisqu'il apparaît dès le cinquième mois d'après Toldt, il est aussi beaucoup

(1) Leveuf. *La Péricolite membraneuse*, 1915, p. 37.
(2) D'après Descomps, le ligament cystico-colique serait ébauché dans 15 p. 100 des cas, complètement développé dans 10 p. 100.
(3) Guillet. Tumeurs malignes du rein, *Th. de Paris*, 1887-1888.
(4) D'après Descomps, ce ligament serait ébauché dans 16 p. 100 des cas, complètement développé dans 3 à 5 p. 100.

plus constant. Décrit par Phoebus en 1833, par Bockdaleck en 1867, il a été particulièrement bien étudié en 1879 par Toldt qui en a montré la véritable signification. C'est à tort que Trèves, Baraban, Fromont en font une dépendance du méso-côlon transverse. Ordinairement bien développé, d'aspect nettement épiploïque, il fixe l'angle gauche à la paroi et mérite bien le nom de ligament pariéto-colique (1) (fig. 4).

C'est à ce plan superficiel qu'on rattache en général le ligament décrit par Adenot (2). L'angle colique gauche serait ainsi « véritablement suspendu par un ligament médian, et des ligaments accessoires seraient destinés à soulever le côlon à la manière d'un baldaquin » (p. 22). Cette disposition schématique nous a paru assez rarement réalisée.

Le *plan moyen* est viscéro-colique. Il est représenté par le ligament spléno-méso-colique bien décrit par Buy; son aspect est des plus variables surtout chez l'adulte.

Le *troisième plan* est profond. Il vient souder langle colique à la paroi, mais à vrai dire ce n'est que le résultat de la coalescence de l'extrémité supérieure du méso-côlon descendant au péritoine postérieur, et Pérignon fait justement remarquer que le ligament colique gauche de Hensing n'est pas un ligament.

En résumé, malgré les nombreuses formations fibreuses qui ont été décrites, l'angle droit est relativement *mobile* et mal fixé; l'angle gauche est, au contraire, solidement maintenu et dans la colectomie, il faut sectionner aux ciseaux le ligament pariéto-colique. Quénu (1) a signalé « un cas dans lequel l'angle colique gauche descendait au-dessous de l'hypochondre dans la région du flanc à 3 centimètres à peine de la crête iliaque ». En réalité, ces déplacements sont fort rares, tandis que ceux de l'angle droit sont fréquents. Ces faits sont actuellement bien établis, et la radiographie du côlon après repas ou lavement bismuthé en a donné une démonstration saisissante (2).

Ce contraste est aisément explicable. Ces formations ligamenteuses ne sont, en effet, que le résultat de phénomènes d'*accolement*. On peut appliquer à l'appareil suspenseur des angles coliques ce qu'ont dit Quénu et Heitz-Boyer à propos des ligaments

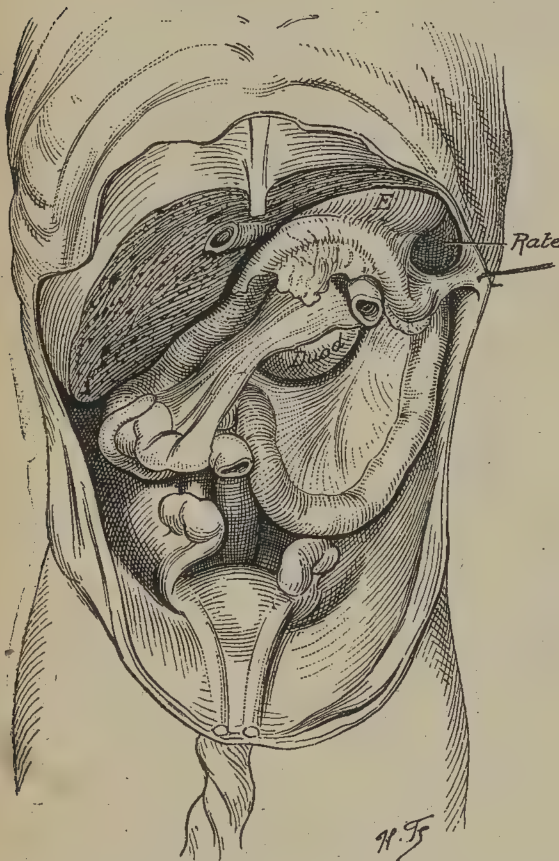


Fig. 4. — *Fœtus de 18 centimètres.* — Le foie énorme est partiellement réséqué. Le gros intestin, en s'allongeant, a dû décrire des sinuosités. Le diverticule épiploïque gauche, en atteignant la paroi, a formé sous le pôle inférieur de la rate le ligament pariéto-colique. Le diverticule épiploïque droit, trèspeu développé, dépasse à peine le segment colique préduodénal.

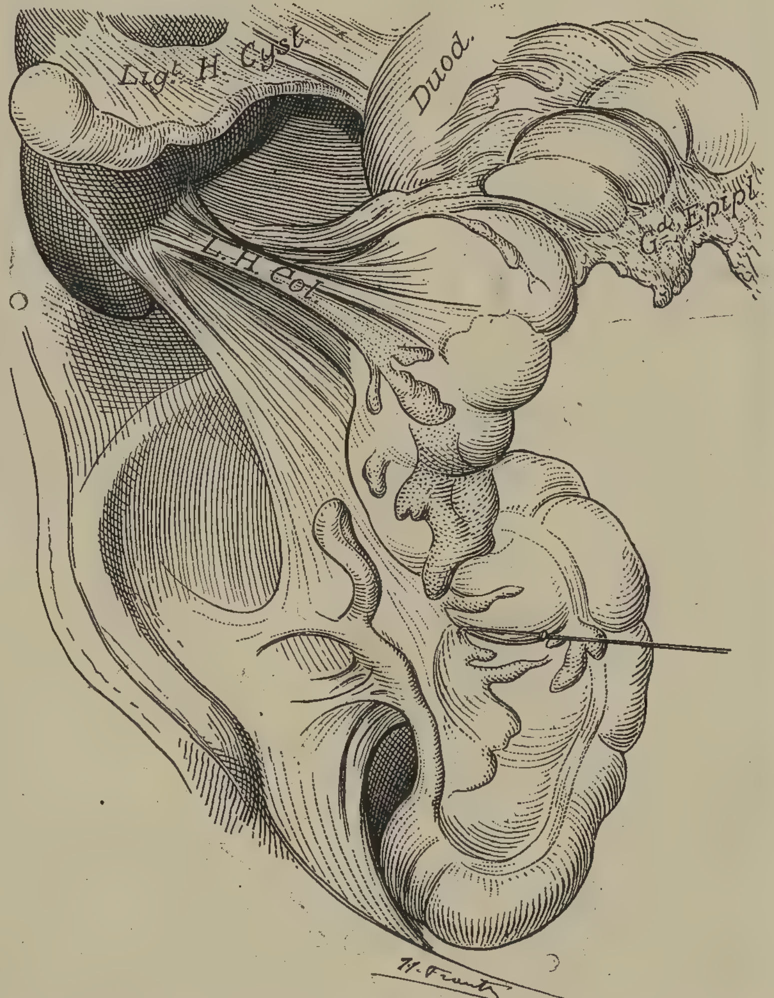


Fig. 5. — *Adulte, sexe masculin, côté droit.* — Le côlon injecté au suif est attiré vers la ligne médiane, pour mettre en tension ses formations ligamenteuses.

(1) Pérignon (*Th. de Paris*, 1892-1893) l'a observé chez un fœtus de 15 centimètres et demi « tout à fait à ses débuts... Il passait au devant de la coudure splénique sans lui adhérer, mais au-dessus et un peu en dehors il se fixait à la paroi, cela suffit pour rejeter l'opinion d'après laquelle il ne serait que l'extrémité supérieure du méso-côlon descendant. »

(2) Adenot. Des occlusions intestinales postopératoires, *Revue de chir.*, janv. 1896). Adenot a minutieusement étudié la disposition en éventail du ligament suspenseur de l'angle colique gauche et son rôle dans les occlusions, mais il n'envisage à aucun moment la question pourtant capitale de sa signification.

(1) Quénu. *Soc. de chir.*, juin 1902, p. 695.

(2) Aubourg. *Arch. d'électr. méd.*, n° 313.

du cæcum. « Tous ces soi-disant ligaments ne sont que des degrés, des accidents de la coalescence » (fig. 5 et 6). Or, tandis que l'angle colique gauche s'enfonce profondément dans le sinus réno-pariétal et prend largement contact avec le plan postérieur, l'angle droit en est séparé par des viscères; l'angle droit ne peut s'attacher qu'à des organes (foie, vésicule biliaire, rein), doués eux-même d'une certaine

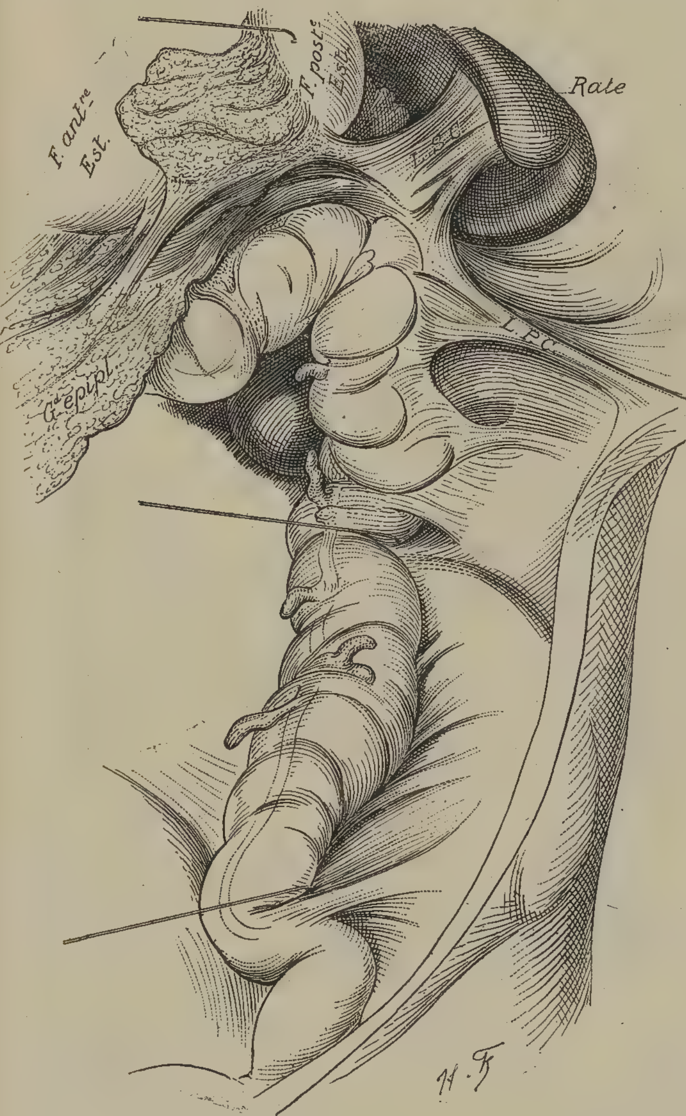


Fig. 6. — *Adulte, sexe masculin, côté gauche.* — La rate est relevée; le côlon injecté au suif est attiré vers la ligne médiane pour mettre en tension ses formations ligamenteuses.

Nota. — Ces injections au suif ont été pratiquées par le bout distal. Ce procédé nous semble le meilleur et le plus simple pour mettre en valeur les formations ligamenteuses. On voit le côlon, au fur et à mesure qu'il se distend, exécuter une sorte de mouvement de reptation; l'anse sigmoïde se redresse et ébauche parfois un « volvulus ». On a sous les yeux la « caricature » de la disposition physiologique.

mobilité. Il serait même susceptible d'être entraîné par le foie ou par le rein anormalement mobiles (1) à moins que le défaut d'accolement du côlon ne soit le phénomène primitif (2).

Nous ne pensons pas que l'on puisse avec Jonnesco (3) comparer la fixation de l'angle colique gauche à celle du coude duodéno-jéjunal qui est un phénomène beaucoup plus précoce; le ligament suspenseur de l'angle gauche n'est nullement assimilable au muscle de Treitz (1).

De même ce sont de simples phénomènes de coalescence qui expliquent le développement du plan superficiel ligamenteux. A gauche, l'adhérence rapide et à peu près constante du diverticule épiploïque vient constituer en surface un ligament pariéto-colique important. A droite, en raison même de l'éloignement de la paroi, rarement pourra se constituer le sustentaculum hepatis des anciens auteurs.

L'exagération du processus de coalescence peut créer des prédispositions pathologiques. L'allongement colique, en déterminant un large adossement de deux surfaces séreuses peut produire une adhérence par une sorte d'usure de l'endothélium au point de contact. C'est dans ce sens qu'il faut peut-être interpréter certains aspects de la lame fixatrice de Buy. Qu'un processus inflammatoire intervienne, les tractus plus ou moins lâches et filamenteux s'épaissiront; les deux branches coliques viendront s'adosser en « canon de fusil » que les progrès de la sclérose rendront bientôt irréductible. Les formations ligamenteuses peuvent ainsi préparer et guider le processus inflammatoire qui suit en quelque sorte des voies toutes tracées.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1922)

La tuberculose et la maternité. — M. Bar revient sur cette grave question qui a déjà été l'objet d'une première discussion dans laquelle les avis étaient partagés, les uns soutenant que la grossesse aggrave généralement la tuberculose, les autres, plus optimistes, professant une opinion contraire.

Devant cette opinion franchement optimiste, MM. Bar et Léon Bernard ont pris la parole et ont pensé qu'un aussi grave sujet devait devenir l'objet d'une discussion plus étendue.

Donc, en présence d'une femme tuberculeuse devenant enceinte quel pronostic faut-il porter?

De l'avis de MM. Bar, Léon Bernard, Sergent et de plusieurs membres de la Société d'obstétrique, c'est plutôt un pronostic sombre qu'il faut porter.

Dans son argumentation, c'est uniquement de la tuberculose pulmonaire que s'occupera M. Bar. Le premier problème qui se pose est celui de savoir, d'après les observations, dans quelle proportion la grossesse peut amener une aggravation de la tuberculose pulmonaire; en second lieu quelle peut être la cause de cette aggravation; enfin, au cas où cette aggravation est très accentuée, quelle conduite doit tenir le médecin.

Y a-t-il réellement aggravation? Pour répondre à cette question, M. Bar invoque les faits qu'il a observés dans son service de 1916 à octobre 1922. Il a observé plus de 80 tuberculeuses sur lesquelles 15 sont mortes.

Nous ne pouvons suivre pas à pas M. Bar dans son argumentation très rigoureuse, très documentée. Nous en retiendrons les faits principaux. Voici ce qui semble résulter de ces faits :

(1) Alglave. *Soc. de chir.*, 20 juin 1920.

(2) P. Duval et Gatellier. *Arch. des mal. ds l'app. dig.*, t. II, n° 3. — Leveuf. *Revue de chir.*, 1920, n° 11. — Grégoire. Loc. cit., p. 134.

(3) Jonnesco, 1912, t. IV, fasc. 1, p. 390.

(1) Schieferdecker, cité par Jonnesco, a étudié surtout la topographie du duodénum, de l'angle iléo-cæcal et du sigmoïde. En ce qui concerne l'angle splénique, il ne précise nullement le moment de sa fixation. Nous estimons que ce nom allemand doit disparaître de nos traités classiques dans l'étude des angles coliques.

Une femme enceinte atteinte de tuberculose légère voit celle-ci s'aggraver vers le cinquième mois de sa grossesse et cette aggravation va croissant jusqu'à la fin de la grossesse.

Une femme tuberculeuse, ayant plusieurs grossesses, voit chaque fois s'aggraver sa tuberculose. Elle s'affaiblit, elle maigrit, et, généralement, à partir du quatre-vingt-dixième jour, l'enfant demandant de plus en plus à sa mère, celle-ci s'affaiblit de plus en plus et l'état local lui-même s'aggrave. Il s'agit là, bien entendu, de cas où le diagnostic repose, non seulement sur les signes cliniques, mais aussi sur l'examen bactériologique des crachats et sur l'examen radioscopique. Cette aggravation a été constatée dans 54 p. 100 des femmes tuberculeuses.

Un facteur important, c'est la bilatéralité des lésions. Chez 9 femmes atteintes de cavernes, cette aggravation, sous l'influence de la grossesse, s'est produite 9 fois.

Voilà donc un premier fait clinique bien acquis : la grossesse aggrave généralement la tuberculose.

Passons ensuite aux faits expérimentaux. Des élèves de M. Bar ont inoculé dans le péritoine de femelles gravides 1 milligramme de bacilles de Koch, 16 p. 100 sont mortes très rapidement de tuberculose généralisée, les autres ont présenté des accidents d'une gravité particulière.

M. Bar aborde ensuite l'étude des femmes tuberculeuses ayant eu plusieurs grossesses. A chacune de ces grossesses on a constaté une aggravation manifeste de la tuberculose, et c'est toujours dans les derniers mois que cette aggravation atteint son maximum.

Ce n'est pas seulement pour la tuberculose, mais aussi pour tous les états infectieux, que les choses se passent ainsi. On est donc en droit de conclure à une susceptibilité particulière de l'organisme gravide.

On a parlé de tuberculose placentaire. Ce sont là, d'après M. Bar, des faits exceptionnels.

L'autopsie des femmes enceintes tuberculeuses qui ont succombé a montré qu'elles meurent toutes par le poumon.

En présence d'une femme enceinte tuberculeuse dont la maladie présente une aggravation redoutable au cours de sa grossesse, que faut-il faire?

M. Bar n'hésite pas à répondre qu'il faut interrompre la grossesse. On a dit qu'il ne fallait recourir à cet expédient que quand la femme est en danger de mort. C'est là, pour M. Bar, une grave erreur. Pour obtenir un bon résultat il ne faut pas attendre que les lésions pulmonaires soient trop avancées. Toutefois, il y aurait intérêt à n'intervenir que dans les trois derniers mois de sa grossesse.

Des faits observés par M. Bar, il est une autre conclusion importante à tenir c'est qu'en tout temps le médecin doit suivre de près une femme tuberculeuse qui devient enceinte et prendre toutes les mesures propres à enrayer sa tuberculose et à augmenter sa résistance.

M. Chauffard, en insistant sur l'importance de cette question, fait observer que M. Bar s'est confiné dans l'étude des rapports de la grossesse avec la tuberculose. Mais ce qu'il a dit de la tuberculose peut s'appliquer à tout autre ordre de maladies infectieuses. Deux des élèves de M. Chauffard, MM. Fiessinger et Paul Robin ont entrepris une série d'observations et d'expériences sur les états infectieux des voies biliaires dans leurs rapports avec la grossesse. Leurs conclusions sont les mêmes que celles de M. Bar pour la tuberculose.

Le ministère de l'hygiène. — Dans l'une des dernières séances, M. Hayem avait proposé la nomination d'une Commission pour protester contre le projet de supprimer le ministère de l'Hygiène.

M. Méry, au nom de cette Commission, fait un rapport qui conclut, non seulement au maintien, mais même à l'extension des attributions du ministère de l'Hygiène. (Adopté à l'unanimité.)

L'hygiène au Maroc. — M. Martial fait un exposé très documenté des précautions d'hygiène et de prophylaxie prises au Maroc contre le typhus exanthématique. (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1922, nº 58, p. 930.)

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. La liste de présentation portait : en première ligne, M. Carnot; en deuxième ligne, par ordre alphabétique, MM. Le Noir, de Massary, Nobécourt et Rathery. Adjoint à la présentation, M. Lereboullet.

Le nombre des votants étant de 73, majorité 36, au premier tour M. Carnot obtient 56 suffrages.

En conséquence, M. Carnot est proclamé élu.

Le résultat n'était pas douteux. On ne peut qu'applaudir au choix de l'Académie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1922)

Traitement de la lèpre par l'amino-arsenophénol (132). — M. Gougerot, à propos de la communication de M. Hassan, signale qu'il a obtenu des résultats convaincants par l'éparséno (132) chez trois lapins, l'un atteint de lèpre tubéreuse, un autre de léprides achromiques avec léprome infiltré du front, le dernier de leucomélanodermie. Les accidents cutanés ont complètement régressé, même les taches leucomélanodermiques. Il faut remarquer que les lépreux sont plus sensibles à la médication arsenicale que les syphilitiques; les premières injections provoquèrent un réveil très pénible de la névralgie cubitale. Il faut donc espacer les doses et les graduer.

Synovite tendineuse chronique à localisations multiples. — MM. Pasteur Vallery-Radot, J. Haguenau et M.-A. Dollfus présentent une jeune femme de vingt-huit ans, atteinte d'une polysynovite tendineuse chronique à forme séreuse. Depuis près d'une année existe une distension des gaines tendineuses des extenseurs des doigts des deux mains, ainsi que des gaines des extenseurs des orteils et des péroniers latéraux des deux pieds et un gonflement des bourses séreuses du biceps, à l'avant-bras droit, du tendon rotulien à droite, des muscles de la patte d'oie et du creux poplité à gauche. Les synoviales articulaires sont cliniquement et radiologiquement indemnes.

Ce cas est exceptionnel en raison de la multiplicité des gaines tendineuses et des bourses séreuses atteintes, de la forme uniquement séreuse, sans participation d'un autre mode réactionnel des synoviales, de l'absence de lésions articulaires. Il pose enfin le problème étiologique de l'affection, car ni l'examen clinique de la malade, ni l'étude bactériologique du liquide synovial ne permettent de conclure à une étiologie tuberculeuse.

Sur la vaccinothérapie des affections pulmonaires aiguës. — M. Jean Minet (de Lille) revient sur les résultats déjà publiés par lui, il y a un an et demi, et obtenus dans les affections pulmonaires aiguës, avec un stock-vaccin, contenant du pneumocoque, du streptocoque, et du staphylocoque. Pneumonies, broncho-pneumonies, congestions pulmonaires, bronchites ont bénéficié de ce traitement d'une façon remarquable. Depuis qu'il l'emploie, M. Jean Minet a vu guérir la presque totalité des malades qu'il y a soumis. Tantôt ce vaccin déclenche une véritable crise, suivie de la résolution rapide des signes locaux ; tantôt il ne produit pas de crise immédiate, mais l'état général des patients est relevé, et leur résistance à l'infection se trouve augmentée dans des conditions que les thérapeutiques anciennes ne nous ont pas accoutumés à observer. Utilisé à la dose quotidienne de 1/3 à 1 centimètre cube, selon l'âge, depuis les plus jeunes années jusqu'aux limites extrêmes de la vie, ce vaccin n'a jamais déterminé d'accidents ni même d'incidents. Et il a fait ses preuves non seulement dans de multiples cas sporadiques, mais aussi en milieu épidémique comme en témoignent les observations recueillies à Châlons par M. le médecin principal Logerais, pendant l'épidémie militaire de 1921, ainsi que celles colligées par M. Minet et par de nombreux médecins durant la grippe de 1921-1922.

Dermatite bismuthique. — MM. M. Pinard et Marassi.

Anémie aplastique hémorragipare post-arsenobenzolique; guérison par les transfusions répétées. — MM. P. Emile-Weil et P. Isch-Wall.

Anurie par intoxication mercurielle au cours d'une néphrite chronique. — MM. P. MENETRIER, H. BÉNARD et J. SURMONT.

Erythème polymorphe dû au benzol ; rôle des altérations du sympathique. — M. MILIAN.

(SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1922)

Deux cas de cirrhose de Gruveilhier-Baumgarten. — M. HUBER rattache à ce type anatomo-clinique deux cas observés dans les services de MM. Chauffard et Florand. Ces faits se caractérisent par la persistance de la veine ombilicale, cause de souffles veineux, intenses, juxta-ombilicaux, et par une cirrhose où l'élément dominant est l'hypertrophie splénique. Celle-ci semble faire rentrer ces faits dans les hépatites d'origine splénique, la dilatation de la veine restée anormalement perméable étant un fait secondaire.

L'importance de cette voie de dérivation peut expliquer la rareté des hémorroïdes et des hémorragies gastro-intestinales.

L'étiologie n'offre rien de spécifique ; les causes habituelles des cirrhoses s'y retrouvent isolées ou associées.

Maladie de Recklinghausen familiale. — M. G. GUILLAIN présente deux malades, frère et sœur, atteints de neurofibromatose très typique et dont deux autres membres de la famille, la mère et deux cousines germaines, ont la même affection.

Chez aucun de ces deux malades, on ne décèle l'éosinophilie parfois signalée dans cette maladie.

La transmission par la mère dans cette famille paraît d'autant plus évidente que les deux malades ne sont pas nés du même père.

Crise d'excitation délirante avec tentative de suicide chez un urémique œdémateux et déclanchée par une forte dose de calcium. — MM. PAGNIEZ et A. RAVINA ont observé chez un malade de quarante-deux ans atteint de néphrite chronique avec insuffisance cardiaque une crise de délire hallucinatoire à la suite de l'administration de 8 grammes de chlorure de calcium en vingt-quatre heures.

La mort est survenue quinze jours plus tard dans la somnolence et l'hypothermie.

Un tel fait paraît montrer que, dans certaines conditions de rétention aqueuse et de troubles graves de l'osmose, un cristalloïde par lui-même à peu près inoffensif introduit à doses élevées peut se comporter à la manière d'un produit toxique à action élective.

Septicémie méningococcique avec épisodes méningés. Néphrite avec persistance à l'état chronique. — MM. GANDY et DEGUIGNAND rapportent un cas de septicémie méningococcique avec grandes oscillations thermiques ayant évolué en six semaines avant l'apparition de deux épisodes méningés guéris par la sérothérapie rachidienne. La sérothérapie intraveineuse paraît avoir contribué à la guérison.

Le malade présenta, en outre, une néphrite subaiguë persistant dix-huit mois après le début.

Septicémie méningococcique à type pseudo-palustre sans réaction méningée. Sérothérapie intraveineuse. Bactériothérapie. Guérison. — MM. GANDY et BOULANGER-PILET signalent un cas de septicémie méningococcique pure qui a duré deux mois. Guérison complète après un mois de sérothérapie intraveineuse complétée par auto-vaccinothérapie.

L'arsenobenzol dans le traitement de la syphilis héréditaire. — M. Maurice RENAUD, à propos d'une communication de M. Pinard, émet l'avis que le traitement le plus efficace de la syphilis du nourrisson est bien le traitement par l'arsenobenzol, qu'il emploie sans nul désagrément en injectant sous la peau la solution dans l'eau physiologique.

Il rappelle quelques observations, en particulier celle d'une syphilis récidivante et d'une kératite grave qui, si elles établissent l'indiscutable efficacité du traitement, témoignent aussi que la syphilis héréditaire compte à son actif les manifestations les plus tenaces de la maladie.

Il ne saurait donc souscrire aux conclusions qui tendent à laisser croire qu'il est facile de stériliser l'infection. Le mot même de stérilisation lui paraît d'un emploi dangereux, étant donnée la valeur toute relative des critères sur lesquels on se base pour en affirmer l'existence.

Le phénomène de la bradycardie par inspiration forcée ou réflexe pneumocardiaque. — M. J. WALSER désigne sous le nom de réflexe pneumocardiaque le phénomène caractérisé par le ralentissement du pouls survenant à la fin d'une inspiration forcée.

Les réflexes oculo-cardiaque et pneumo-cardiaque se font toujours dans le même sens.

Hémorragies postnovarsenicales et homo-hémothérapie sous-cutanée. — M. SICARD, à propos de la communication de MM. Weil et Isch-Wall, signale qu'il a eu l'occasion de traiter avec succès un certain nombre d'états hémorragipares postnovarsenicaux par l'homo-hémothérapie sous-cutanée, c'est-à-dire par l'injection de sang prélevé chez un sujet humain et inoculé dans le tissu cellulaire de l'abdomen ou de la cuisse du récepteur.

La quantité injectée était de 100 à 120 centimètres cubes environ, et les injections répétées suivent les indications évolutives.

Ce procédé d'injection sous-cutanée de sang total que l'auteur a décrit avec Gutmann déjà en 1912 est d'une simplicité très grande. Par ponction veineuse chez le donneur on recueille en un récipient la quantité de sang à injecter. Pour entraver la coagulation sanguine, il suffit de lubréfier les parois du vase à l'aide de quelques fragments de parafine ou d'ambrine que l'on soumet à l'ébullition et que l'on laisse refroidir dans le récipient même ainsi stérilisé. On a donc tout loisir pour prélever le sang recueilli et le répartir chez le récepteur. Facilité et rapidité d'exécution, inutilité de tout adjuvant chimique anticoagulant, inutilité de tout contrôle humoral des sangs du donneur et du récepteur, grande efficacité. Ce sont-là les avantages appréciables de l'homo-hémothérapie sous-cutanée appliquée aux états hémorragipares.

(SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1922)

Atrophie des phalangettes chez une goitreuse rhumatisante et sclérodermique, morte tuberculeuse. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et COULAUD rapportent, avec radiographie à l'appui, une observation de sclérodermie intéressante à quatre points de vue. La déformation hippocratique de doigts tenait surtout à l'atrophie presque totale des phalangettes ayant permis le tassement de la pulpe devenue globuleuse. La sclérodermie coïncidait avec un goitre comme dans les cas de Freund, Jeanselme, Klippel. La tuberculose rare chez les goitreux sauf à la ménopause, fut ici cliniquement constatée à l'aménorrhée, coïncida avec une amélioration nette du rhumatisme et prit une allure aiguë galopante. La cuti-réaction à la tuberculine, négative lors de l'opothérapie thyroïdienne et de l'aménorrhée, devint positive après suppression du traitement thyroïdien et ovarien.

Coexistence de zona et de varicelle. — M. CAYREL (de Rouen) présenté par M. Pagniez, rapporte l'observation d'une petite fille de quatre ans chez qui, au cours d'une varicelle banale, apparut sur le bras droit une éruption du type zostérien le plus net sur le trajet de la septième racine cervicale et accompagnée de névralgie.

L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine chez les tuberculeux pulmonaires chroniques. — MM. MERKLEN et MINVIELLE ont recherché comment s'élimine la phénolsulfonephtaléine chez les tuberculeux pulmonaires chroniques indemnes de toute détermination rénale clinique. Ils se sont demandé si la sensibilité de l'épreuve ne décélerait pas une déficience rénale. A cet égard on peut diviser les bacillaires en deux groupes. Dans le premier, l'élimination de la phénolsulfonephtaléine est normale, de même que la constante d'Ambard. Dans le deuxième groupe l'élimination de la phtaléine s'abaisse tandis que monte la constante, ce qui indique selon la conception de Widal une défaillance de la fonction uréo-secrétoire. Mais jamais il n'y a d'azotémie concomittante. De plus dans

ce deuxième groupe, il y a des malades dont l'élimination phtaléinique est très fortement abaissée sans que la constante se modifie. C'est une dissociation assez spéciale.

Il est à retenir en tous cas que l'épreuve de la phtaléine peut être le seul symptôme d'une déficience rénale. Les auteurs se sont du reste assurés que le trouble qu'elle indique ne saurait être rapporté à une modification de la dynamique circulatoire.

Polynévrite tendineuse chronique. — M. Guttmann présente un malade atteint d'une synovite de toutes les bourses séreuses et des gaines tendineuses analogue au cas présenté par M. Pasteur Valery-Radot. Aucune étiologie particulière ne peut être invoquée.

Septicémie cryptogénétique à type de fièvre intermittente sérothérapie antiméningococcique guérison. — MM. Clerc et Perrochaud rapportent l'histoire d'une jeune femme de dix-neuf ans qui pendant trois semaines environ présente des accès fébriles intermittents avec douleurs articulaires et éruption rubéoliforme. Malgré trois hémocultures négatives, les auteurs recoururent au sérum antiméningococcique polyvalent: Après quatre injections de 40 centimètres cubes et une de 20 centimètres cubes par voie sous-cutanée la fièvre tomba et la guérison complète fut obtenue. Les auteurs admettent le diagnostic de méningococcémie sans phénomènes méningés et le triade symptomatique, arthralgies, éruption rubéoliforme et fièvre intermittente doit éveiller l'idée de méningococcémie possible même en l'absence de précisions fournies par le laboratoire.

Anémie pernicieuse post-arsenobenzolique. — M. J. Deroide (de Calais) relate l'observation d'un tabétique, chez lequel apparut, après une série de traitements par l'arsenobenzol un syndrome d'anémie pernicieuse qui se termina par la mort, malgré trois transfusions de sang citraté.

Compression par un goitre du plexus brachial et des vaisseaux sous-claviers. — MM. Sézary et Bartet présentent un malade atteint d'une paralysie radiculaire totale du membre supéri ur gauche, s'étendant jusqu'au nerf du grand pectoral et en même temps de troubles circulatoires du bras caractérisés par : la diminution de l'amplitude du pouls radial, l'abaissement de l'indice oscillométrique et de la pression maxima, l'élévation de la minima et l'hypothermie locale. Ces symptômes survenus depuis deux mois sont dus à la compression du plexus brachial, de l'artère et de la veine sous-clavières, par un goitre volumineux dont une ablation partielle avait été pratiquée en 1919 et dont un traitement radiothérapique va être tenté.

Intoxication benzolique professionnelle. Anémie grave avec purpura hémorragique. Syndrome médullaire fruste. — MM. Faure-Beaulieu et Levy-Bruhl présentent une femme âgée de quarante ans qui, depuis douze ans, travaillait dans une fabrique de vêtements caoutchoutés et était de ce fait, exposée à l'inhalation de vapeurs de benzine, quand elle fut prise récemment, sans cause occasionnelle appréciable, d'accidents rapides et graves : asthénie profonde, anémie intense avec purpura et hémorragies (épistaxis et métrorragies). L'examen du sang, pratiqué à plusieurs reprises a montré une diminution considérable des globules rouges avec faible réaction plastique, ainsi que des globules blancs dont le nombre tombe jusqu'à 1.780 par millimètre cube; cette leucopénie s'est produite surtout aux dépens des polynucléaires dont le pourcentage n'était que de 40 p 100. L'examen du système nerveux a révélé en l'absence de troubles fonctionnels appréciables, la présence de signes objectifs (trépidation spinale, hypoesthésie osseuse) indiquant une atteinte légère des faisceaux pyramidaux et des voies médullaires de la sensibilité profonde. Après plusieurs mois seulement une amélioration s'est dessinée qui a abouti à une guérison à peu près complète.

Les auteurs font remarquer la très longue tolérance de leur malade à l'action du benzol, et insistent sur la netteté du syndrome hématologique réalisé dans leur cas comme dans les autres observations cliniques ou expérimentales d'anémie benzolique, syndrome hématologique dont l'élément le plus caractéristique est la leucopénie.

Enfin ils rappellent les cas récents (Rabut et Oury, P.-E. Weill et Isch-Wall) d'anémie arsenobenzolique, où le même tableau hématologique se retrouve, dû sans doute au noyau benzine de l'arsenobenzol.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1922)

Action de la lumière sur la tuberculine. — M. A. BOUYEYRON. Si l'on soumet à une irradiation lumineuse suffisante de la tuberculine en solution colorée par l'éosine ou l'érythrosine, la tuberculine qui n'est altérée dans ces conditions ni par la lumière seule ni par ces matières colorantes seules, est détruite, au contraire, par leur action conjointe. Cette expérience peut servir à expliquer les avantages d'une photothérapie associée qui consiste à imprégner au préalable d'éosine ou d'érythrosine les lésions tuberculeuses avant de les exposer à la lumière.

Sur un nouveau bacille isolé chez les huîtres saines et présentant certains caractères communs avec le bacille d'Eberth. — MM. A. BESSON et EHRINGER. Ce microbe dont l'auteur résume les particularités culturales n'est pas pathogène pour les animaux de laboratoire.

Sur la toxicité d'un nouveau glucoside arsenical, le diglucoside-dioxydiamino-arsenobenzine. — M. A. LUQUET (présenté à la dernière séance de l'Académie des sciences par MM. AUBRY et DORMOY). Ce corps est deux fois moins toxique que le dérivé méthylène-sulfoxylate de soude de la série des 914.

De la cholestérinémie chez les sujets porteurs d'artérite oblitérante. — M. Jean HEITZ a dosé la cholestérine, par le procédé colorimétrique de Grigaut, dans le sang de vingt-deux sujets *non-glycosuriques* présentant de l'artérite oblitérante, avec claudication intermittente et abolition ou réduction considérable des oscillations du Pachon au cou-de-pied. Alors que la cholestérinémie normale selon Grigaut est de 1g60, la moyenne des vingt-deux déterminations de l'auteur a atteint 2g82; un seul des chiffres est inférieur à 2 grammes; neuf dépassent 3 grammes. La grande majorité de ces malades n'étaient ni syphilitiques, ni brightiques, ni hépatiques.

Chez dix autres sujets *diabétiques* présentant de l'artérite oblitérante ou des troubles encore légers de la perméabilité artérielle aux membres inférieurs, le dosage de la cholestérine dans le sang a donné un chiffre moyen de 2g37 légèrement supérieur à la moyenne de 2g09 chez les diabétiques indemnes de lésions artérielles.

Il n'est pas illogique de croire que l'hypercholestérinémie quelle qu'en soit l'origine, joue un certain rôle dans la pathogénie de l'artérite oblitérante. Et l'on peut envisager même, de ces constatations, une déduction thérapeutique.

Action des rayons X sur le corps thyroïde du lapin adulte. — M. E. COULAUD a examiné trente corps thyroïdes de lapin soumis à l'action des rayons X. Il montre qu'aux doses de 10 à 50 H les modifications du corps thyroïde sont nulles. De 58 à 100 H il existe des modifications notables mais il faut arriver aux doses de 140 H, 160, 170 H pour observer des altérations importantes de la glande avec destructions nucléaires.

La déchéance glandulaire ne comporte pas d'hyperplasie conjonctive.

A doses égales on observe des différences notables entre les lésions thyroïdiennes chez divers animaux. Ces différences ne sont pas le fait de l'âge, du sexe ou de l'état des autres glandes à sécrétion interne.

L'auteur estime qu'elles s'expliquent par des lésions antérieures du corps thyroïde au cours des diverses affections de types septicémiques auxquelles le lapin est sujet.

Divers modes de culture des bacilles tuberculeux. — MM. C. GESSARD et A. VAUDREMER se sont préoccupés de savoir quelles étaient les conditions nutritives minimum pouvant permettre le développement des bacilles tuberculeux.

Ils ont employé des milieux dérivés, des milieux classiques mais privés de glycérine; et des milieux synthétiques non glycérinés. Parmi les premiers ils ont choisi la décoction de 500 grammes de viande de bœuf dans un litre d'eau; l'eau peptonée à 2 p. 100 (peptone pancréatique) et l'eau distillée; comme support, ils ont utilisé la pomme de terre, suivant le dispositif habituel. Les cultures ont été positives dans les trois cas.

MM. Gessard et Vaudremer ont supprimé la pomme de terre, en raison de l'élément nutritif que celle-ci représente et l'ont remplacée par des supports inertes. Le bacille tuberculeux s'est développé encore.

Les auteurs ont alors réalisé des milieux synthétiques à base de :

Succinate d'ammoniaque	0,5
Phosphate bipotassique	0,5
Sulfate de magnésie	0,25
Chlorure de calcium	0,125
Eau distillée	100 c. c.

Puis ils ont successivement éliminé tous les composants pour en garder que le succinate d'ammoniaque. Ils ont eu des cultures même dans le dernier cas.

Les bacilles constituant ces cultures présentaient le polymorphisme décrit antérieurement par l'un des auteurs.

En résumé, le bacille tuberculeux peut se développer dans des conditions nutritives variées et qui peuvent se réduire à tel élément chimique très simple, comme le succinate d'ammoniaque.

Sur les réactions du liquide céphalo-rachidien dans la sclérose en plaques. — MM. ACHARD et THIERS rapportent deux nouveaux cas de sclérose en plaques avec état spécial du liquide céphalo-rachidien dont l'examen est négatif pour la réaction de Wassermann, et positif pour la réaction du benjoin colloïdal.

Un anaérobie œdématogène de l'appendicite. — M. UKIL étudie les caractères d'un anaérobie strict qu'ils ont isolé, MM. Weinberg et lui, dans un cas d'appendicite ulcéreuse aiguë et qui diffère, par certains côtés, du *B perfringens* et du *B. œdematiens*.

L'excrétion azotée dans le jeûne. — MM. Marcel LABBÉ et Floride NEVEU. Des chiffres apportés par les auteurs, il ressort que, dans le jeûne, l'organisme humain s'adapte à une alimentation réduite ou supprimée, diminue progressivement ses dépenses et vit de plus en plus économiquement; il se produit chez l'homme quelque chose d'analogue à ce que l'on voit, à un degré plus marqué, chez les animaux hibernants.

Sur l'obtention du principe bactériophage par antagonisme microbien. — MM. LISBONNE et CARRIÈRE répondent aux récentes critiques de MM. Beckerich et Hauduroy en montrant que, contrairement à ce qu'ont avancé ces auteurs, la propriété lytique est bien créée par l'interaction microbienne et non apportée par un germe doué de propriétés lysogènes spontanées.

Etude sur l'imperméabilité des fosses nasales due aux déviations de la cloison et aux malformations consécutives, par G. DUTHEILLET DE LAMOTHE, ancien interne des hôpitaux de Paris. Préface du docteur LERMOYEZ, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, membre de l'Académie de médecine. Un volume in-8 de 160 pages avec 19 figures dans le texte et deux planches hors texte. — Prix : 10 francs; franco, 11 francs. — Paris, Gaston Doin.

Annuaire général du service de santé (arrêté au 10 septembre 1922). In-8 de 350 pages. — Prix : 7 fr. 50. — Paris, Charles-Lavauzelle et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — Strasbourg. — *Concours d'internat et d'externat.* — Liste de classement des candidats reçus à ces concours :

Internat. — Internes titulaires : MM. Carlier (Paul), Kuhlmann (J.), Kayser (Ch.), Desvallées (V.), Lanzenberg (P.), Kueny (Fritz), Vassal (Louis-F.), Néel (André), Dreyfus (Paul-A.), Ziegler (Jean-D.).

Internes provisoires : MM. Lévy (Arthur), Kaufmann (Robert), Pétrovitch (C.), Hoff (Pierre).

Externat. — MM. Martin (René), Adnot (André), Tassovatz (Sinicka), Trensz (P.), Duverger (Raymond), van Caulaert (C.), Meidinger (Fernand), Reiss (Paul), Wolter (J.-C.), Bindschelder (Jean), Feuerbach (Albert), Robert (René), Fouquet (Georges), Dosdat (Léon), Brenckmann (Ernest), Mlle Lévy (Yolande), MM. Spack (Adolphe), Koehren (Paul).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — La chaire de physiologie du travail est supprimée; il est créé un emploi de professeur suppléant de physiologie.

Un concours s'ouvrira, le 9 avril 1923, devant la Faculté de médecine de Montpellier pour l'emploi de professeur suppléant de physiologie à l'Ecole de médecine de Marseille. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — Sont désignés pour être délégués dans les fonctions de professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, les professeurs agrégés du Val-de-Grâce dont les noms suivent :

Dans les fonctions de professeur de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale, M. le médecin-major de 1re classe Plisson.

Dans les fonctions de professeur de neuropsychiatrie et de médecine légale, M. le médecin-major de 1re classe Jude.

— Les médecins militaires, ci-après désignés, qui ont subi avec succès les épreuves du concours de 1922, ont obtenu le titre de « chirurgien des hôpitaux militaires », savoir :

MM les médecins-majors de 1re classe Morisson et Jeannin.

MM. les médecins-majors de 2e classe Couboulès, Augé, Vanlande et Surin.

— Les médecins militaires, ci-après désignés, qui ont subi avec succès les épreuves du concours de 1922, ont obtenu le titre de « médecin des hôpitaux militaires » savoir :

MM. les médecins-majors de 1re classe Hornus et Dircks-Dilly.

MM. les médecins-majors de 2e classe Coudray, Izard, Théobalt, Trabaud, Poulhès, Cazalas, Tamalet et Lesbre.

CONGRÈS DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES. — Le prochain Congrès des aliénistes et neurologistes aura lieu en août 1923, à Besançon. Il sera présidé par le docteur Henri Colin, assisté de M. de Massary comme vice-président, et du docteur Santenoise, médecin chef de l'asile de Saint-Ylie par Dôle comme secrétaire général.

Les sujets des rapports sont les suivants :

1° « La psycho-analyse », par Hesnard (de Bordeaux);

2° « Les troubles nerveux consécutifs aux côtes surnuméraires », par André Thomas (de Paris);

3° « La criminalité dans les toxicomanes (en dehors de l'alcoolisme) », par Legrain (de Paris).

CONGRÈS INTERALLIÉ DU CANCER. — Un Congrès interallié du cancer aura lieu à Strasbourg au printemps de 1923.

Les trois questions suivantes sont mises à l'ordre du jour et donneront lieu chacune à deux rapports :

1° « Production expérimentale du cancer » ;

2° « Réactions de défense spontanées et provoquées de l'organisme contre le cancer » ;

3° « Traitement des cancers du sein par les radiations ».

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Fabre (de Virieu).

HOPITAL BEAUJON. — COURS DE CHIRURGIE D'URGENCE, du 20 novembre au 12 décembre 1922, par MM. Savariaud, Souligoux, Cauchois (chirurgie générale) et Michon (voies urinaires).

Ce cours aura lieu tous les jours de 6 à 7 heures du soir (leçons théoriques) et de 10 à 12 heures (leçons pratiques). Ces dernières consisteront en examens de malades, poses d'appareils, opérations et pansements.

Lundi, à 10 heures : consultation (docteur Cauchoix); mardi, à 10 heures, salle Laugier (docteur Savariaud) ; mercredi, à 10 heures, salle Malgaigne (docteur Michon); jeudi, à 10 heures, consultation (docteur Cauchoix); vendredi, à 10 heures, pavillon Dolbeau (docteur Savariaud); samedi, à 10 heures, pavillon Lannelongue (docteur Souligoux).

Les droits d'inscription sont de 200 francs. Prière d'en adresser le montant, en s'inscrivant, soit au docteur Savariaud, 31, rue Marbeuf, soit au docteur Michon, 37, rue Vaneau.

Le cours est gratuit pour MM. les internes et externes des hôpitaux qui sont priés de s'inscrire à l'avance et de se munir de pièces d'identité.

CONFÉRENCES CLINIQUES. — MALADIES CHRONIQUES DE LA NUTRITION. — M. André Leri, agrégé, commencera le samedi 2 décembre 1922, à 16 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, une série de conférences avec présentation de malades et projections. Il les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Ces conférences auront pour sujet principal « les maladies dystrophiques de la croissance ».

CLINIQUE OBSTÉTRICALE. (Ecole des élèves sages-femmes, hôpital de la Pitié, 83, boulevard de l'Hôpital. Professeur : M. Cyrille JEANNIN.) — M. le professeur Cyrille Jeannin fera sa leçon inaugurale, au grand amphithéâtre de la Faculté le mardi 21 novembre, à 16 heures, et continuera son enseignement à la clinique de l'hôpital de la Pitié tous les matins, à 9 heures.

COURS LIBRE SUR LES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF. (Service du docteur PARMENTIER, à l'Hôtel-Dieu). — Le docteur Parmentier, avec la collaboration du docteur Chabrol, médecin des hôpitaux, commencera ses leçons cliniques le jeudi 23 novembre, à 10 h. 1/2, et les continuera tous les jeudis, à la même heure.

Présentation de malades et projections.

Le **DISPENSAIRE DE PROPHYLAXIE MENTALE**, 1, rue Cabanis (XIVe), a repris ses consultations spécialisées.

La consultation pour épileptiques du docteur Marchand, médecin en chef de la Maison nationale de Saint-Maurice, a lieu le vendredi à 14 heures.

La consultation du docteur Rogues de Fursac (psychopathies organiques) a lieu le mardi, à 14 heures.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

PROROGATION FACULTATIVE

LOI DU 31 MARS 1922. CONVENTION POSTÉRIEURE AU 23 OCTOBRE 1919

L'article 7 de la loi du 31 mars 1922 ne permet la prorogation facultative qu'à défaut de conventions contraires intervenues postérieurement au 23 octobre 1919 ; ces conventions peuvent être constatées par simples lettres. C'est ce qui ressort d'un jugement rendu, le 25 juillet 1922, par le tribunal civil de la Seine (Chambre du Conseil).

V... était locataire des époux de T..., d'un appartement faisant partie d'un immeuble sis à Paris, 130, boulevard Exelmans, en vertu d'un accord verbal intervenu entre V... et l'architecte qui s'occupait de la gérance de l'immeuble des époux de T... Au mois de juillet 1920, V... avait versé la somme de 3.000 francs, montant d'une année de loyer d'avance. Le propriétaire et le locataire, s'étant mis d'accord pour la location de l'appartement pendant une année, ainsi qu'il résultait d'une lettre écrite, le 14 octobre 1921, par V... à de T..., qui constituait le contrat entre les parties, V... prit possession de l'appartement le 15 octobre 1921.

En raison de cette convention, le propriétaire signifia congé au locataire pour le 1er octobre 1922. Le locataire protesta contre le congé et signifia au propriétaire qu'il entendait bénéficier jusqu'au 1er janvier 1925, sans augmentation, de la prorogation prévue par l'article 7 de la loi du 31 mars 1922.

La juridiction compétente fut saisie par le propriétaire.

« Attendu, dit le jugement, que de T... soutient que V... n'a droit à aucune prorogation, car il aurait renoncé à s'en prévaloir par la convention intervenue entre les parties et que V... soutient, au contraire, avoir droit à la prorogation, à laquelle il n'aurait pas renoncé.

Attendu que la lettre écrite par V... à de T..., le 14 octobre 1921 et qui constitue l'accord des parties, renferme les précisions suivantes : « Il est entendu que l'entrée en jouissance étant fixée au 15 octobre 1921, je vous remettrai cet appartement le 15 octobre 1922 », et plus loin : « Je note qu'avant ma prise de possession, vous m'avez indiqué que vous me délivreriez l'appartement, uniquemnnt pour m'indemniser de la somme versée à M. B... (c'était le gérant) et dont j'ai refusé le remboursement et seulement pour une année ; que vous avez l'intention d'en disposer le 15 octobre 1922. Je m'engage même, de la façon la plus formelle, à vous le remettre à cette date dans le même état que celui dans lequel vous me l'avez livré. »

Attendu qu'il résulte des termes ci-dessus rappelés, et bien que les mots renonciation à prorogation ne figurent pas dans la lettre de V..., que ce dernier a nettement renoncé aux possibilités et au bénéfice de toute prorogation, s'engageant de la façon la plus formelle, dit-il, à remettre son appartement à M. de T..., le 15 octobre 1922 ;

Attendu que la clause précise de limiter, à une seule année, la durée de la location a été la condition déterminante de la location concédée par de T... à V...

Attendu que, soucieux de respecter les conventions des parties, le législateur du 31 mars 1922 a, dès le début du paragraphe 2 de l'article 7, indiqué que la prorogation facultative ne pourrait être accordée qu'en l'absence de conventions contraires intervenues postérieurement au 23 octobre 1919; qu'il a ainsi exclu du bénéfice à la prorogation le cas où une convention serait intervenue par laquelle le locataire aurait renoncé à la prorogation.

Attendu que les termes de la convention du 14 octobre 1921 ne laissant aucun doute sur la renonciation de V... à une prorogation, il échet d'ordonnance qu'il devra rendre libres, les locaux qu'il occupe, pour la date du 15 octobre 1922. »

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

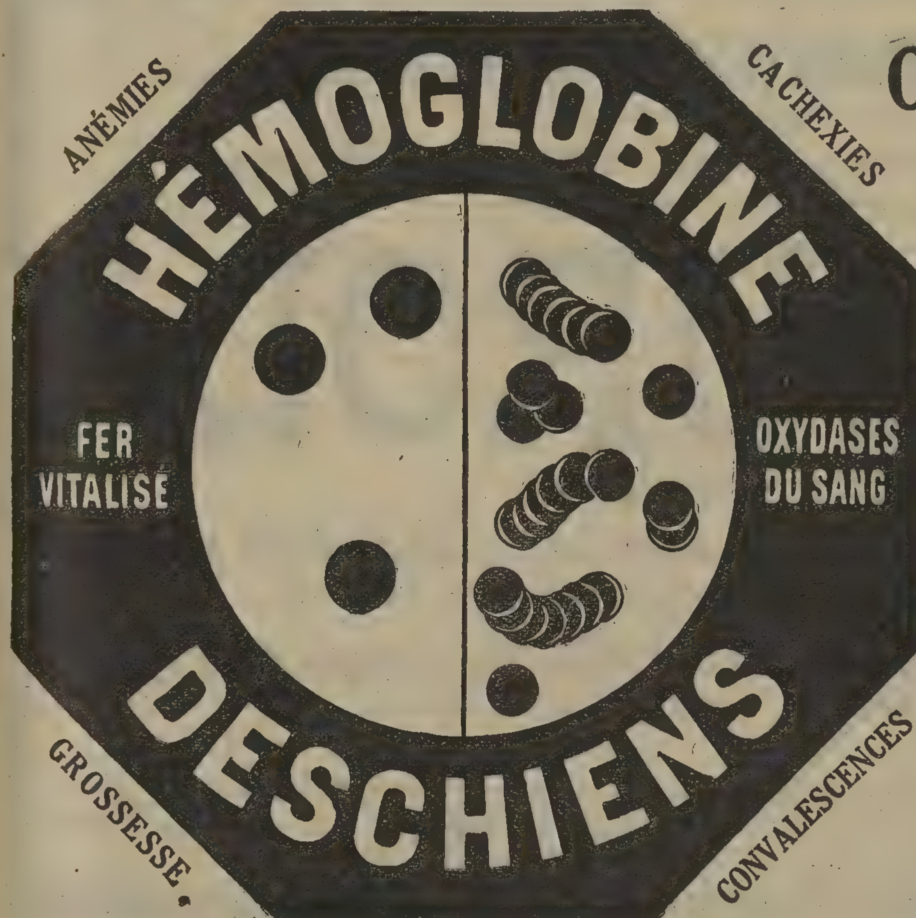
NOTES DE PRATIQUE

DIABÈTE ARTHRITIQUE

Prendre cinq jours de suite : antipyrine, 1g50 en deux paquets, à prendre dans de l'eau de Vichy avant les deux principaux repas.

Les vingt jours suivants : Vanadarsine, v à x gouttes, dans un peu d'eau, avant les repas.

Laissez reposer le malade une quinzaine de jours et recommencer ensuite la double série d'antipyrine et de Vanadarsine.


ANÉMIES
HÉMOGLOBINE
CACHEXIES
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE.
CONVALESCENCES

LA TRANSFUSION SANGUINE
A LA PORTÉE DU PRATICIEN

Par M. le docteur Bourret,
Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon,
Accoucheur de la Maternité du Creusot.

N'envisageant que les cas où la transfusion sanguine se présente comme une intervention d'extrême urgence, il nous paraît inutile d'insister bien longuement sur l'intérêt qu'il y aurait à vulgariser la pratique de cette opération et à la mettre à la portée de tous les médecins praticiens. Ce sont eux, en effet, qui sont, neuf fois sur dix, appelés à donner les premiers soins aux grands hémorragiques *chirurgicaux* (grands traumatismes, plaies artérielles), *obstétricaux* (hémorragies de la délivrance, du placenta prævia), *médicaux* (hématémèses, hémorragies intestinales, hémoptysies), aussi bien qu'aux cas d'intoxications graves du sang (gaz d'éclairage, empoisonnements par les champignons à phalline) où la transfusion, après saignée préalable, constitue la médication réellement efficace.

De même, en chirurgie de guerre n'y aurait-il pas le plus grand intérêt à pouvoir pratiquer la transfusion au poste de secours même, puisque là, on ne meurt pour ainsi dire que d'hémorragie, et qu'il est à peu près impossible d'y accumuler à l'avance les quantités de sérum artificiel qui y trouveraient pourtant si bien leur emploi.

Mais pour qu'une pareille utilisation de la transfusion devienne ainsi réalisable par *n'importe quel médecin* et en *n'importe quel milieu*, il était indispensable tout d'abord de réduire cette intervention à la plus extrême simplicité : simplicité de technique, et simplicité surtout de l'instrumentation qui doit pouvoir faire partie de la trousse médicale même la plus sommaire.

Nous nous sommes attachés à résoudre ce problème et nous pensons y être parvenu de la façon suivante : après avoir essayé à peu près toutes les techniques qui ont été préconisées dans ces dernières années pour réaliser la transfusion de sang citraté, nous nous sommes arrêtés à celle décrite par Bécart ; elle est, en effet, très simple et ne nécessite aucune habileté particulière de la part de l'opérateur, puisqu'en somme, les manœuvres techniques se réduisent à une double ponction veineuse au pli du coude.

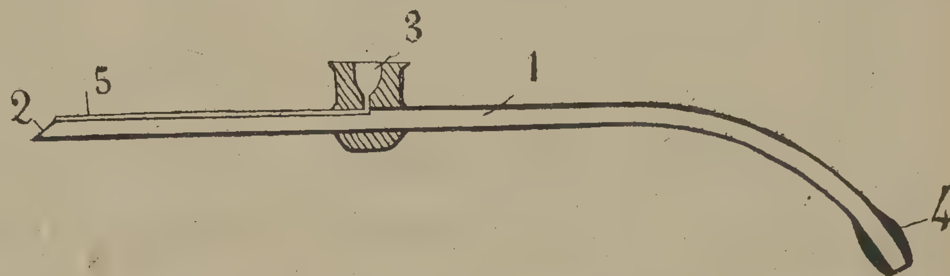
Mais si nous avons accepté à peu près la technique de notre confrère, nous avons modifié sensiblement son instrumentation, à la fois pour la simplifier et pour en exclure les inconvénients que nous a révélés la pratique. Dans cette méthode, la ponction de la veine du donneur se fait simplement au moyen d'une grosse aiguille ; or, malgré le calibre qui lui est donné, malgré le soin qu'il faut avoir d'en paraffiner les parois internes, nous avons pu nous rendre compte qu'il est souvent difficile d'obtenir, par ce moyen, la quantité de sang nécessaire à une transfusion *chirurgicale*.

Le plus souvent, quand on a retiré 200 à 250 grammes de sang, la coagulation obstrue la lumière et arrête l'écoulement de sang.

D'autre part, si l'inconvénient de la grosseur du calibre qu'il est nécessaire de donner à l'instrument, n'est pas très grand dans un service hospitalier, où l'on a la faculté de choisir à l'avance des donneurs à système veineux particulièrement développé, il n'en n'est certainement pas de même dans les transfusions d'extrême urgence (les seules que nous envisageons ici) où le choix du donneur doit être limité, s'il se peut, notamment pour éviter le plus possible les accidents d'incompatibilité sanguine, aux ascendants ou aux descendants du blessé en première ligne, puis à ses frères et sœurs.

La nécessité du paraffinage préalable de l'aiguille est également une complication qui peut paraître négligeable dans une clinique où rien n'est plus plus simple que de conserver les instruments dans du chloroforme paraffiné, mais qui peut être singulièrement embarrassante pour un praticien obligé d'avoir constamment sur lui, l'appareil à transfusion, s'il veut pouvoir en disposer le jour tout à fait imprévu où il aura l'occasion de l'utiliser.

Pour remédier à ces difficultés, très réelles dans la pratique journalière, nous avons fait construire par M. Lépine, fabricant d'instruments de chirurgie à Lyon, une aiguille spéciale dont la coupe schématique est représentée ci-dessous et qui permet de rendre le sang incoagulable, dès sa pénétration dans l'instrument, à l'intérieur même de la veine ponctionnée. Dès lors, l'exagération de calibre et le paraffinage préalable deviennent inutiles ; le sang qui circule dans la lumière étant du sang citraté, l'obstruction prématurée du conduit par coagulation n'est plus à craindre.



1. Canal de l'aiguille à ponction. — 2. Point d'arrivée de la solution anticoagulante. — 3. Support de la seringue servant de réservoir à cette solution. — 4. Embout pour fixer le tube de caoutchouc au moment de l'injection au transfusé. — 5. Canalisation de la solution citratée.

Le résultat cherché a été obtenu, par l'adjonction dans la lumière même d'une aiguille ou d'un trocart de calibre moyen, d'une fine canalisation qui communique, d'une part, avec un réservoir mis en charge sur l'aiguille et renfermant la solution anticoagulante de citrate de soude, et qui, d'autre part, s'ouvre à la partie supérieure, au plafond, de l'extrémité piquante de l'aiguille : chaque goutte qui tombe de là est naturellement entraînée avec le courant sanguin dans la lumière du conduit, et le sang qui sort à l'autre extrémité est donc du sang citraté. Le réservoir contenant la solution anticoagulante est constitué par une simple seringue médicale de modèle ordinaire que tout médecin a toujours à sa disposition, qui a l'avantage d'être exactement graduée, et de posséder un piston dont la pression servira à provoquer et à régler l'écoulement du citrate de soude. On pourra donc, sans aucune difficulté, au moyen de cette aiguille, retirer par simple ponction veineuse, telle quantité de sang qu'il plaira, à la seule condition d'entretenir en même temps l'écoulement de la solution anticoagulante. Bien

entendu, celle-ci pourra être à base de citrate de soude au titre que l'on jugera le plus convenable ; ou à base de toute autre substance ayant des propriétés analogues. Flandin et Tzank ont montré (*Soc. de biol.*, janv. 1921) qu'une faible quantité d'un arsenobenzène (1 centigramme pour 200 grammes de sang) s'oppose à la coagulation ; peut-être le praticien aura-t-il plus de facilité pour se procurer et conserver du novarsenobenzol au lieu du citrate de soude ; s'il en était ainsi, il n'aurait qu'à utiliser dans la seringue mise en charge sur l'aiguille, une solution convenable de ce produit, à la place de la solution de citrate.

Après avoir établi l'instrument nécessaire à la cueillette du sang du donneur, il nous a paru tout naturel d'utiliser le même instrument pour pratiquer l'injection au sujet récepteur. Nous avons donc fait munir l'extrémité mousse de l'aiguille d'un embout pouvant recevoir, soit l'extrémité d'une seringue médicale, soit un simple tube de caoutchouc analogue à ceux qui servent pour les injections de sérum artificiel.

Enfin, au cours des transfusions que nous avons vu exécuter ou exécutées nous-même, nous avons été frappé de la difficulté que l'on a généralement pour ponctionner la veine aplatie et exsangue du récepteur. Si l'on essaie de ponctionner directement à travers la peau, il n'est pas rare de perforer le vaisseau de part en part ; si l'on dénude préalablement la veine, et qu'on ponctionne la paroi antérieure au bistouri, il reste assez difficile avec un instrument pointu, de pénétrer exactement et un peu profondément dans la lumière du vaisseau, sans accrocher la tunique interne. Pour éviter ce petit inconvénient, nous avons fait munir notre aiguille d'un protège-pointe amovible et à extrémité mousse qui, en temps de non utilisation préserve le piquant de l'aiguille et qui pour une injection après ponction de la veine au bistouri, pénètre avec la plus extrême facilité, absolument comme le fait la pointe de la sonde cannelée.

Telle est l'instrumentation qui nous a paru la plus propre à rendre la transfusion de sang incoagulable excessivement simple et pratique, puisque sa technique se réduit dès lors aux seules manœuvres suivantes :

I. Préparatifs. — 1. Stérilisation par ébullition dans de l'eau citratée, ou tout au moins du sérum artificiel préparé à l'avance ou improvisé : *a*. De l'aiguille spéciale ; *b*. d'un tube de caoutchouc à injection de 1m50 à 2 mètres de long, d'une pince d'arrêt (non indispensable, mais commode) et d'un récipient si possible gradué ou jaugé à l'avance (bock, entonnoir en verre, ampoule de sérum) ; *c*. d'un bistouri, d'une sonde cannelée, de fils de lin (si l'on n'a pas de catgut).

2. Après stérilisation, laver tous les objets avec de la solution de citrate de soude à 10 p. 100.

Garnir de la même solution la (si elle est grande, 20 centimètres cubes) ou les (si elles sont petites) seringues qui seront nécessaires pour maintenir l'écoulement du citrate dans l'aiguille, tant que durera la cueillette du sang : il faut 10 à 15 centimètres cubes pour 250 grammes de sang ; 25 environ pour 500 grammes.

3. Dénuder la veine du *récepteur*, et la charger sur la sonde cannelée sans l'ouvrir.

4. Placer la seringue garnie de citrate, sur l'embout de l'aiguille destiné à la recevoir, et amorcer l'écoulement de la solution de citrate : ceci fait la seringue peut être enlevée momentanément pour rendre plus facile le temps suivant.

II. Ponction de la veine du donneur au moyen de l'aiguille spéciale. — Cette manœuvre ne présente rien de particulier, elle se fait sur la basilique ou la céphalique rendue tangescente par une ligature élastique placée à la racine du membre et par une injection de caféine avant l'intervention. Dès que la veine est perforée replacer sur l'aiguille, la seringue remplie de solution anticoagulante, et appuyer *légèrement*, mais de façon *continue*, sur le piston, afin que l'écoulement de citrate à l'extrémité de la canalisation se fasse de façon régulière et ininterrompue. Faire recueillir par un aide quelconque, le sang qui s'écoule par l'extrémité de l'aiguille, dans le récipient préparé à cet effet et qui devra être remué constamment, afin de parfaire le mélange du sang et de la solution de citrate.

III. Injection au récepteur. — Une fois recueillie, la quantité de sang jugée utile, adapter le caoutchouc de l'ampoule qui contient le sang à l'embout qui termine l'aiguille et munir sa pointe du protège-pointe mousse ; ponctionner alors de la pointe du bistouri la veine dénudée du sujet à transfuser, et à travers l'orifice de ponction, introduire la petite canule que représente le protège-pointe de l'aiguille : *Cette introduction ne doit, bien entendu, être faite qu'alors que le sang s'écoule parfaitement par l'orifice, c'est-à-dire que lorsque tous les conduits, tube et aiguille ont été purgés d'air.* Le lien élastique de la racine du membre étant enlevé, il suffira d'élever le récipient qui contient le sang citraté pour voir l'injection se faire comme s'il s'agissait d'une injection intraveineuse de sérum artificiel. A la fin de l'injection, comme au début, on devra éviter soigneusement l'entrée d'air dans la veine, on arrêtera donc l'écoulement avant que la quantité de sang citraté ne soit complètement épuisée ; enfin, on terminera en liant la veine au-dessus et au-dessous de l'orifice de ponction.

Ainsi pratiquée, la transfusion sanguine devient réellement une opération de petite chirurgie dont tous les temps peuvent être exécutés tranquillement et successivement par le même opérateur.

L'instrumentation, d'autre part, ne peut guère être plus simple, puisqu'elle se réduit, en somme, à une seule aiguille, peu encombrante, incassable, que l'on aura avantage à avoir en permanence dans sa trousse. Cette aiguille servira du reste non seulement à la transfusion, mais, bien entendu, à n'importe quelle ponction ou injection sous-cutanée ou intraveineuse. Elle a même sur les aiguilles et trocarts ordinaires, l'avantage de permettre, si on le désire, l'insufflation d'un gaz, en même temps que l'on procède à l'évacuation d'une collection liquide (pneumo-séreuse dans les pleurésies, les péricardites, l'ascite).

Elle peut également servir à réaliser, d'une façon particulièrement propre et commode, une saignée médicale abondante.

En dehors des cas évidemment exceptionnels où elle remplira le rôle pour lequel elle a été conçue, elle est donc susceptible de rendre bien des services aux praticiens, c'est pour cela qu'il nous a paru utile de la leur faire connaître.

FAITS CLINIQUES

ANÉVRISMES PÉRIPHÉRIQUES NON TRAUMATIQUES EXTIRPATION. GUÉRISON LEUR FRÉQUENCE DANS LES RACES DE COULEUR

Par les docteurs LOP et BOURGEOIS-GAVARDIN (de Marseille).

Les observations que l'on lira plus loin ont fait l'objet de la thèse inaugurale de l'un de nous (Montpellier, 1922).

Elles ont été toutes recueillies par M. le docteur Bourgeois-Gavardin, assistant de la clinique chirurgicale « La Joliette », à Marseille.

Leur intérêt réside non seulement dans le succès opératoire de chacun de ces cas, à l'exception d'un seul, qui nécessita, le treizième jour, l'amputation de la jambe, mais encore dans leur pathogénie, le rôle de la syphilis dans leur développement, n'étant pas douteux.

L'influence pathogène de la race est ici des plus nettes. Les cinq cas que nous rapportons appartiennent tous à des hommes de couleur :

Deux Hindous ;
Un Arabe d'Aden ;
Un Noir de la Jamaïque;
Un Mulâtre de la Guadeloupe.

Quand on pense à la rareté des anévrismes périphériques non traumatiques chez les Européens, on ne peut pas être, autrement que nous le sommes, frappé de l'action prédisposante des races de couleur sur leur développement.

Les observations recueillies dans ces vingt dernières années, portent sur un chiffre moyen annuel de 1.200 marins de toutes races, hospitalisés à la clinique, où les blancs représentent les 80 p. 100 environ, chiffre d'avant-guerre, abaissé à 65 p. 100 depuis celle-ci.

OBSERVATION I. — *Anévrisme de la poplitée droite. Extirpation. Guérison.* — Le 26 mai 1914, le docteur Lop était appelé d'urgence à bord du vapeur anglais *City-of-Lahore* pour y donner ses soins à un chauffeur hindou atteint d'un abcès de la jambe droite. On lui recommandait, surtout, d'apporter un bistouri, le médecin précédemment appelé à bord avait oublié — par quel bienheureux hasard pour le pauvre Hindou — de se munir de sa « lancet » et le temps lui ayant fait défaut pour aller la chercher.

Le malade, un homme de quarante-cinq ans environ, était porteur, dans la région poplitée droite, d'une tumeur grosse comme le poing, animée de battements et d'expansion. La peau à son niveau, macérée par l'application répétée de cataplasmes, était amincîée et en menace de rupture. Toute la partie inférieure de la jambe était œdématisée et très douloureuse. Le diagnostic d'anévrisme poplité droit fut aisément porté.

Admis à la clinique, le malade y est opéré aussitôt.

Intervention classique : ligature, extirpation. Les suites en furent des plus heureuses. Une gangrène superficielle, limitée aux orteils, apparue au quatrième jour de l'intervention, céda rapidement aux bains de chaleur.

Deux mois après le malade regagnait les Indes, parfaitement guéri.

Malgré l'absence de stigmates de syphilis, le malade fut soumis au traitement spécifique.

OBS. II. — *Anévrisme de la poplitée droite. Extirpation. Guérison.* — Hindou de trente ans environ, chauffeur à bord du vapeur *Knight-Bachelor*.

Admis à la clinique chirurgicale « La Joliette », le 20 juin 1907, pour tumeur, animée de battements et expansive, de la région poplitée droite, jambe œdématisée, température élevée, douleurs très vives.

Pas de stigmate de syphilis.

L'extirpation de l'anévrisme est pratiquée le surlendemain.

Trente-six heures après l'opération, gangrène sèche du gros orteil, que l'on dut désarticuler.

Traitement antisyphilitique. Guérison au quarantième jour.

OBS. III. — *Anévrisme de la poplitée. Extirpation. Gangrène consécutive de la jambe droite au treizième jour. Amputation. Guérison.* — Le 18 août 1916, entrait à la clinique « La Joliette », J. S..., Nègre originaire de la Jamaïque, chauffeur du vapeur *Edith-Cawel*, mesurant 1m88. Depuis deux mois, cet homme souffrait de la jambe droite et les douleurs avaient augmenté aux cours des dix derniers jours, au point de ne plus lui permettre d'assurer son service.

Au niveau du creux poplité, presque effacé, existe une voussure animée d'un très léger battement isochrone au pouls. Le membre est le siège d'un œdème dur.

Les vives douleurs éprouvées par le malade, l'impotence, la minceur de la peau réclamaient une intervention à laquelle le docteur Lop procéda le 20. Les deux jours qui précédèrent l'opération furent très pénibles pour le malade. Douleurs des plus aiguës que, seule, la morphine put calmer. Température 38°6.

Opération. Anesthésie au mélange de Schleich, puis au chloroforme pur. Incision médiane de 20 centimètres de long. La dissection des couches superficielles fut très pénible, leur vascularisation intense augmentant encore les difficultés.

Il fallut littéralement sculpter dans la paroi.

Malgré les précautions prises et la lenteur de la dissection la minceur de la paroi était telle qu'elle se rompit brusquement sous la pression des doigts. Les parois étaient si adhérentes qu'il fallut abandonner l'idée d'extirpation totale de la poche.

Le treizième jour après l'opération, alors que la plaie opératoire se réunissait sans incidents, le malade fut pris, vers le soir, de vives douleurs et de sensations de refroidissement dans les orteils et le talon. Malgré un traitement local énergique, s'installa une zone de gangrène, en guêtre, du pied et du tiers inférieur de la jambe qui nécessita l'amputation de celle-ci.

L'examen du membre amputé démontra une oblitération de la tibiale postérieure, au-dessus de la malléole par un caillot d'un demi-centimètre de long.

Six semaines après, le malade était guéri. Il avait suivi pendant son séjour à la clinique, un traitement antisyphilitique, ayant eu la vérole dix années auparavant.

Il ne fut pas pratiqué de réaction de Bordet-Wassermann.

OBS. IV. — *Anévrisme de la poplitée droite. Extirpation. Guérison.* — Arabe d'Aden, chauffeur aux messageries maritimes, trente-cinq ans.

Admis à la clinique, le 3 octobre 1918, pour traumatisme léger de la jambe droite? se plaint de souffrir beaucoup et accuse une tumeur vers le creux du genou droit, antérieure, dit-il, à son accident.

On se trouve en présence d'un anévrisme poplité de la grosseur d'une mandarine. Extirpation de l'anévrisme.

Sept jours après l'opération, une gangrène superficielle limitée aux orteils et qui disparaît rapidement sous l'influence de bains de chaleur et de lumière.

Wassermann positif, traitement antisyphilitique.

Guérison en deux mois.

OBS. V. — *Anévrisme spontané, artérioso-veineux de la fémorale gauche. Extirpation. Guérison.* — C. C..., trente-cinq ans, chauffeur de paquebot, Mulâtre originaire de la Guadeloupe.

Entre à la clinique, le 12 janvier 1921, porteur d'une tumeur de la grosseur du poing, occupant la région du triangle de Scarpa gauche.

Cette tumeur est animée de battements et expansive; à l'auscultation, on entend un double souffle. Tout le membre inférieur est douloureux et œdématisé. Le genou est le siège d'une volumineuse hydarthrose Température constante aux environs de 38 degrés. Pas de souvenirs, ni de stigmates de syphilis.

Le 13, on pratique la réaction de Bordet-Wassermann. Elle est positive. A partir de ce jour, le malade reçoit quotidiennement une injection intramusculaire de 914 (musclarsenol) à la dose de 0g15. Le membre est immobilisé dans une gouttière de fils de fer.

Le traitement antisyphilitique amène la sédation de la douleur et une légère régression de la tumeur.

Le 22 janvier 1921, la poche anévrismale est extirpée.

Les suites opératoires furent une suppuration attribuée à la soie employée et qui nécessita, le 7 février, un large débridement suivi de drainage, et le 21 mars suivant, le curetage d'une fistule entretenue par les soies. Pendant toute la durée de son séjour à la clinique, le malade a été soumis à un traitement spécifique (injections de 914 intraveineuses et intramusculaires).

Le 22 juillet, C. C... sort guéri, ne conservant de son traumatisme opératoire et de la longue immobilisation qui suivit, qu'une légère impotence fonctionnelle au niveau du genou, depuis disparue.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1922)

Sur l'absorption de la pepsine et de l'acide chlorhydrique par les aliments. — M. Jean EFFRONT. Les pulpes des fruits, la salade crue, les légumes cuits exercent une action directe sur le suc gastrique naturel : elles absorbent à la fois les acides et les pepsines.

Cette absorption est en relation avec l'état colloïdal de la pulpe. Les pommes et poires ont un pouvoir absorbant relativement faible pour les pepsines et les acides; les salades accusent un pouvoir absorbant peu intense pour les pepsines et très prononcé pour les acides; les légumes cuits agissent à la fois très énergiquement sur les acides et les pepsines.

Le pouvoir absorbant de 100 grammes de choux ou de carottes correspond à 80 milligrammes ou 90 milligrammes d'acide chlorhydrique, dose supérieure à la quantité que l'on prescrit pour un repas dans les cas d'hypochlorhydrie. De même, la dose médicinale de pepsine que l'on prescrit peut facilement être absorbée par une purée de légumes.

Il faut donc prendre en considération le pouvoir absorbant des aliments lors de la prescription d'un régime; les purées de légumes peuvent être d'une grande utilité quand il s'agit d'une hyperacidité, mais le même régime peut devenir nuisible quand on se trouve en présence d'un suc pauvre en pepsine ou en acide, ou quand les deux se trouvent en quantité insuffisante.

Sur un glucoside arsenical : le « diglucosidodioxydiamino-arsenobenzène ». — MM. A. AUBRY et E. DORMOY, en faisant réagir le glucose sur les fonctions amines du dioxydiamino-arsenobenzène (606), ont obtenu un nouveau glucoside qui, au point de vue de son emploi thérapeutique, présente sur le 606 l'avantage d'être très soluble en milieu neutre et d'être beaucoup moins altérable à l'air que ce composé; il présente, sur les solutions glucosées d'arsenobenzol, l'avantage d'une composition définie et d'une plus grande pureté.

La centauréine, glucoside nouveau, retiré des racines de centaurea jacea (Linné). — MM. Marc BRIDEL et Camille CHARAUX.

Effets sur les cobayes d'une préparation antiscorbutique. — M. BEZSSONOFF a obtenu, en partant du chou frais, une préparation antiscorbutique (produit C); au cours d'expériences sur les cobayes, l'auteur a constaté que ce produit pouvait contrebalancer l'action nocive que l'huile de foie de morue exerce sur les cobayes. La quantité d'éléments antiscorbutiques contenus dans 1/10 de gramme de produit C, se montre suffisante pour assurer le développement normal de cobayes pesant plus de 600 grammes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1922)

Obstruction des voies biliaires par hydatides. — M. SAVARIAUD, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Lapointe, apporte l'observation d'un homme de trente ans, opéré d'un kyste hydatique par la méthode de Delbet, qui revient avec un gros foie et des accidents d'obstruction des voies biliaires. M. Savariaud ne trouve ni la vésicule ni de membrane hydatique, et referme. Les troubles d'obstruction persistent, ainsi que l'ictère. Peu à peu, les accidents disparaissent et le malade guérit. M. Savariaud pense qu'il y a eu une élimination des hydatiques et, par suite, une guérison spontanée.

Sigmoïdite perforante. — M. SAVARIAUD intervient d'urgence chez un homme de cinquante ans, atteint de bronchopneumonie et pris brusquement de vives douleurs dans le ventre, de vomissements et de fièvre. On croyait à une appendicite perforante. Il s'agissait d'une sigmoïdite aiguë avec abcès et perforation. Les suites parurent d'abord favorables, mais les phénomènes pulmonaires s'aggravèrent et le malade mourut. On trouva, à l'autopsie, de graves lésions de pneumonie double et une S iliaque chroniquement enflammée.

Bactériothérapie. — M. FREDET fait un rapport sur des recherches très intéressantes communiquées par Mlle Perly qui a étudié plusieurs modifications au vaccin de Delbet.

Occlusion duodénale. — M. GRÉGOIRE analyse une observation de M. Villet (de Dunkerque). Il s'agit d'un cas d'occlusion duodénale. Le diagnostic n'est pas facile.

L'examen radioscopique révèle une certaine persistance de l'ombre duodénale, des mouvements antipéristaltiques assez caractéristiques. Il s'agit d'un homme de soixante-trois ans ayant déjà subi une gastro-entérostomie qui est restée sans résultat.

Dans une seconde intervention, M. Villet pratique une duodéno-jéjunostomie à la suite de laquelle tous les accidents disparurent.

Occlusion duodénale. — M. MOCQUOT rapporte l'observation d'une malade qui fut prise de douleurs abdominales de plus en plus vives, de plus en plus fréquentes. Après bien des examens radioscopiques et autres on arriva à reconnaître qu'il s'agissait d'une obstruction duodénale par compression mésentérique. La malade était très affaiblie, très amaigrie. L'examen radioscopique montrait une grande dilatation de l'estomac et une grande distension de la troisième partie du duodénum. M. Mocquot pratiqua une duodéno-jéjunostomie latéro-latérale qui amena une guérison rapide.

Névralgie génitale guérie par section des plexus hypogastriques. — M. HALLOPEAU fait une intéressante communication sur un cas de névralgie génitale rebelle et intolérable ayant résisté à tous les moyens thérapeutiques et rapidement guérie par la section des plexus hypogastriques.

M. AUVRAY rapproche de ce fait celui d'une jeune femme de vingt-deux ans qui souffrait beaucoup le long du canal inguinal du côté droit. On sentait dans le canal une petite nodosité. M. Auvray ouvrit le canal, put extraire cette petite nodosité fibreuse, adhérente au ligament rond, que l'examen histologique caractérisa d'adénofibromyome, libéra le nerf. Les douleurs disparurent.

M. LEGUEU, à ce propos, dit avoir obtenu de très bons résultats de l'énervation des reins dans les cas de lésions doubles et conséquemment inenlevables. Cette énervation ne trouble en rien la fonction physiologique des reins.

Fibrome traité par la radiothérapie. — Parmi les présentations, signalons une observation très suggestive communiquée par M. CUNÉO. C'est l'histoire d'une malade, atteinte d'un gros fibrome, ayant subi trois séances de radiothérapie selon la méthode de M. Béclère. Le traitement n'ayant donné aucun résultat, la malade demanda à être opérée, ce qui fut fait. Le péritoine était épaissi, adhérent, les annexes étaient adhérentes. Quand M. Cunéo voulut refouler la vessie avec un tampon d'ouate, celui-ci pénétra dans la vessie dont les

parois étaient amincies. Jamais il ne fit hystérectomie plus difficile. Dans les premières heures, la malade n'allait pas mal, mais la température monta à 39 degrés, elle tomba dans le collapsus et succomba dans la nuit.

M. Cunéo avoue qu'il est porté à incriminer dans ce cas la radiothérapie, bien que M. Bourguignon, dont on connaît la parfaite compétence, affirma qu'elle était innocente. Il n'a pas convaincu M. Cunéo qui déclare formellement qu'il se refusera, dans l'avenir, à pratiquer une hystérectomie chez une femme qui aura été traitée par les applications de rayons X.

Une courte discussion s'engage sur ce fait qui est bien de nature à troubler les chirurgiens.

(SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1922)

Traitement des névralgies par les résections nerveuses. — M. MAUCLAIRE, à propos de la communication de M. Hallopeau sur ce sujet, cite plusieurs cas d'où il semble résulter que les résections nerveuses ne donnent pas toujours de bons résultats. Par exemple, chez une femme qui souffrait de névralgie génitale après une hystérectomie, les résections nerveuses sont restées sans résultat et on n'a pu calmer les douleurs que par l'ablation d'un ovaire qui était resté.

M. AUVRAY revient sur le cas qu'il a présenté et dans lequel il s'agissait, non pas d'un adéno-fibromyome, mais de tissu fibreux pur.

Fracture par tassement chez un adolescent. — M. MOUCHET fait un rapport sur une observation de M. Basset : garçon de seize ans, chute de bicyclette ; sur la paume de la main, fracture par tassement des extrémités inférieures du radius et du cubitus. Ces fractures sont spéciales à l'enfance et à l'adolescence. M. Mouchet en retrace l'historique.

M. BROCA fait remarquer que ces fractures sont d'une extrême banalité chez l'enfant.

M. HALLOPEAU a observé une fracture de ce genre à l'extrémité inférieure du tibia, chez un enfant rachitique, fracture par tassement ou en motte de beurre.

Ostéome traumatique du brachial antérieur. — M. MOUCHET fait un rapport sur un cas d'ostéome du brachial antérieur d'origine traumatique, communiqué par M. Gay-Bonnet, médecin de l'armée; cet ostéome a été très amélioré, très diminué par un traitement radiothérapique, avec un bon résultat fonctionnel.

Troisième rapport de M. MOUCHET sur un cas de **décollement épiphysaire tardif de l'extrémité inférieure du radius**, par MM. Combier et Michard (du Creusot).

Fracture du bassin, déchirure vésicale. — M. WIART analyse deux intéressantes observations adressées par M. Miginac (de Toulouse). Premier cas : soldat gravement blessé, atteint de fracture des os du bassin avec déchirure vésicale, opéré quatre heures après. Il présente une contracture généralisée de l'abdomen. M. Miginac pratique une laparotomie exploratrice; il n'y a rien dans le ventre. Il fait alors une incision sus-pubienne, trouve une déchirure de la vessie et tamponne. Le blessé, qui avait d'autres graves blessures, succombe. Deuxième cas : un manœuvre est serré latéralement entre deux wagons, il a une fracture des os du bassin, une lésion vésicale. Comme il présente une contracture abdominale généralisée, M. Miginac fait une laparotomie exploratrice, ne trouve rien dans la cavité abdominale, fait alors une cystostomie sus-pubienne, trouve une déchirure vésicale qu'il suture; il draine et fait plus tard une opération complémentaire pour fermer la cystostomie.

M. Wiart approuve la conduite suivie, dans ces deux cas, par M. Miginac. Il en rapproche un fait personnel. Un jeune homme, après un traumatisme, arrive dans son service. Dès le lendemain matin il présente le ventre en bois. M. Wiart fait aussitôt une laparotomie exploratrice; il trouve un peu de sang dans la cavité péritonéale, sans aucune lésion. Il fait alors une incision sus-pubienne et la cystostomie. Il trouve une déchirure vésicale, la suture, place une sonde à demeure et draine au-dessus du pubis. Il peut refermer la cystostomie quelques semaines après. Guérison rapide.

M. Wiart insiste sur ce fait que, dans ce cas, il y a eu contracture abdominale généralisée et léger épanchement sanguin intraabdominal dans un cas de déchirure vésicale extrapéritonéale. Ce fait est assez difficile à expliquer. Il n'en faut pas moins toujours pratiquer la laparotomie exploratrice.

M. LENORMANT, tout en reconnaissant la justesse des conclusions de M. Wiart, se demande si, dans certains cas, on ne pourrait pas se dispenser de la cystostomie sus-pubienne.

M. MICHON fait observer que le fait de la contracture abdominale généralisée est très fréquent dans les cas de fractures du bassin et de déchirure vésicale extrapéritonéale. La présence de sang dans la cavité abdominale s'observe également dans ces mêmes cas. Dans ces cas, une intervention s'impose, c'est la cystostomie sus-pubienne avec une petite incision péritonéale au-dessus. C'est le meilleur moyen de mettre la cavité de Retzius à l'abri des complications.

Plusieurs orateurs prennent part à la discussion : MM. Hartmann, Roux-Berger, Cauchois, Anselme Schwartz, Baudet et Wiart.

Ponctions abdominales. — M. SAVARIAUD fait un rapport sur un travail de M. Delhomme relatif à l'usage des ponctions abdominales dans les cas d'épanchements sanguins intrapéritonéaux.

Fractures bi-malléolaires. — M. SOULIGOUX prend la parole au sujet du rapport de M. Cunéo sur un travail de M. Picot.

Epithélioma de l'amygdale. — M. LENORMANT présente un malade qui était atteint d'un épithélioma de l'amygdale avec ganglions carotidiens. Il a commencé par enlever ces ganglions, et dans un second temps il a pu attirer l'amygdale, la pédiculiser et l'extraire par la bouche. Deux ans après, légère récidive locale. Application de radium. Résultat, jusqu'ici, très favorable.

M. SÉBILEAU admet, avec M. Lenormant, que l'ablation d'un épithélioma de l'amygdale n'est pas très difficile par la voie buccale, en s'aidant, au besoin, de l'incision bicommissurale, à condition qu'on l'entoure de toutes les précautions nécessaires, éclairage frontal, etc.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1922)

Syndrome de la calotte pédonculaire. Les troubles psycho-sensoriels dans les lésions pédonculaires. — M. J. LHERMITTE présente une malade de soixante-quinze ans, atteinte d'une paralysie extrinsèque complète des muscles oculaires gauches associée à des troubles de la motilité et de la réflectivité croisées avec hypotonie, réflexe pendulaire et tremblement à type intentionnel.

L'auteur insiste particulièrement sur l'apparition d'un état d'hallucinose pure lequel se transforma en un état hallucinatoire vrai. A la tombée du jour, la malade a des visions d'animaux ou d'être humains revêtus d'accoutrement bizarre. Ces fausses perceptions visuelles et parfois tactiles ont plus d'un trait de ressemblance avec le tableau dont est formé le rêve physiologique. Aussi Lhermitte admet-il que, dans ce fait, l'insomnie nocturne fait place à un état de somnolence avec visions du type hypnogogique. Comme l'on sait avec quelle fréquence les lésions pédonculaires déterminent des perturbations de la fonction hypnique, ainsi qu'en témoignent l'évolution des tumeurs basilaires, le développement des lésions de l'encéphalite léthargique, il est légitime de se représenter que l'état de rêve n'est autre, dans les faits de ce genre, que l'équivalent de la narcolepsie véritable et qu'ainsi il a droit à être rangé dans la symptomatologie des lésions du mésocéphale.

Craniotomie décompressive pour stase papillaire chez un syphilitique. Guérison par le traitement spécifique après la décompression. — MM Henri DUFOUR et CANTONNET rappellent que la décompression cranienne pour stase papillaire est actuellement pratiquée d'une façon courante. Ils désirent attirer l'attention sur un ordre de faits moins connus. Il s'agit de montrer que chez certains syphilitiques le traite-

ment reste inefficace avant la décompression pour reprendre toute sa valeur après et à la faveur de celle-ci.

Le malade, jeune homme de vingt neuf ans, en est un exemple typique. Syphilitique, il a présenté une stase papillaire qui n'a cessé de progresser malgré l'emploi des traitements les plus variés (mercure, arsenic, bismuth). Dès que la répanation décompressive eut été pratiquée, l'amélioration de la stase amorcée par cette intervention s'est transformée en guérison rapide dès la mise en œuvre du même traitement spécifique qui avait échoué avant l'intervention.

Cantonnet a observé deux cas semblables. On ne saurait trop insister sur les faits de ce genre signalés par Chaillous, Rochon-Duvigneau, Velter. Si l'on s'élève à des conceptions plus générales, on peut supposer que certaines résistances aux médications spécifiques, surtout du côté du système nerveux, pourraient être levées par des moyens analogues à la décompression, ressortissant à la chirurgie.

Crâne « en bénitier » avec syndrome atypique d'ostéomalacie sénile chez une syphilitique. — MM. Paul Descomps, Lagarenne et Maufrais rapportent l'observation d'une femme de soixante-dix-huit ans ayant présenté depuis environ dix ans neuf fractures spontanées de la clavicule, du fémur et du tibia du côté droit, fractures pour la plupart non consolidées et donnant de ce fait au membre inférieur une certaine mobilité anormale, mais sans ramollissement proprement dit des os qui restent rigides mais très friables ; une déformation considérable du bassin dont les ailes iliaques par contre, mobiles et flexibles sont de consistance molle, cartilagineuse ; un écartement accusé de la symphyse pubienne; une cyphose dorso-lombaire très accentuée donnant l'impression que le thorax est télescopé dans le bassin. En outre, on note une déformation cranienne très spéciale, consistant en un véritable enfoncement large et profond de la partie moyenne de l'os frontal, de forme arrondie, s'étendant depuis le sinus frontal jusqu'au bregma et donnant l'aspect d'une dépression « en bénitier » dont les parois ont conservé leur consistance normale.

Les radiographies du crâne montrent l'absence de modification d'épaisseur des parois et l'absence de décalcification. Par contre, les radiographies du bassin permettent de constater les déformations caractéristiques du bassin ostéomalacique avec sa décalcification tout particulièrement intense dans ce cas, décalcification s'étendant également aux membres inférieurs.

L'examen somatique de la malade ne révèle par ailleurs aucun trouble appréciable, notamment aucun symptôme de la série nerveuse, soit organique, soit psychique. Mais, constatation importante, des signes cliniques et sérologiques indiscutables, dont deux réactions de Wassermann positives sur le sang démontrent l'existence de la syphilis chez cette malade et posent le problème étiologique des rapports de ces diverses déformations osseuses avec la syphilis.

Myoclonie traitée et guérie par le luminal et la scopolamine. — MM. Cl. Vincent et Krebs. Malade de vingt ans. En 1918, sans cause appréciable, sans fièvre, début brusque des mouvements un jour à table. Intensité d'emblée maximum. Ne cède que durant le sommeil. Amélioration spontanée légère, puis pendant trois ans, de 1918 à 1921, les mouvements désordonnés persistent et d'une intensité telle que le membre droit, sain, est occupé à maintenir le membre malade. Dans l'ensemble, ce sont des mouvements de torsion du membre supérieur gauche autour de son axe suivis de mouvements de détorsion. Torsion et détorsion sont coupées de brusques mouvements d'adduction et d'abduction du bras, de flexion et d'extension de l'avant-bras. De temps à autre, les mouvements s'arrêtent. Tantôt alors le membre est pendant, la paume de la main tournée en arrière, tantôt le bras est collé au corps, l'avant-bras fléchi, la main appliquée sur le sein. Les muscles de tout le membre supérieur gauche sont hypertrophiés : périmètres des bras et avant-bras gauches : 29 centimètres et demi, 25 centimètres et demi ; mêmes périmètres droits : 27 centimètres, 24 centimètres. Toutes les fonctions nerveuses des autres parties du corps sont normales.

Traitement par les injections de scopolamine et le luminal. Dès le quatrième jour les mouvements sont beaucoup moins nombreux et moins forts. Au huitième jour, ils ont presque complètement disparu. Cessation du traitement pendant trois ou quatre semaines. En partie les mouvements reparaissent. Nouvelle application du traitement. La scopolamine est donnée par la bouche. Progressivement les mouvements qui persistent encore disparaissent presque complètement. Donc, d'une part, action rapide, quasi-instantanée du luminal et de la scopolamine ; d'autre part, action continue et prolongée.

Actuellement, au repos, il n'existe plus de mouvements involontaires et la malade peut faire de menus actes comme ramasser une épingle, faire du crochet, coudre, etc. Les secousses ne réapparaissent que s'il y a fatigue ou si l'on demande à la malade des mouvements qui nécessitent un effort relativement grand.

Donc, pour une part, les secousses sont intentionnelles comme est intentionnel le tremblement dans les affections du cervelet.

Inefficacité du traitement des syndromes parkinsonniens postencéphalitiques par les injections intraveineuses de liquide céphalo-rachidien du malade. — MM. Souques et Mouquin attirent l'attention sur le traitement des syndromes parkinsonniens par les injections intraveineuses du propre liquide céphalo-rachidien du malade à la dose de 10 centimètres cubes par semaine. Cette méthode, fondée sur l'hypothèse de l'existence d'anticorps dans ce liquide, a été préconisée récemment par Piticariu ; d'après cet auteur, cinq ou sept injections suffisaient, suivant les cas, pour amener la guérison ou l'amélioration.

MM. Souques et Mouquin ont essayé cette thérapeutique dans dix cas de syndrome parkinsonnien postencéphalitique. Ce nombre relativement élevé de cas leur permet de porter un jugement sur la méthode, d'autant plus qu'ils ont fait neuf injections à leurs malades. Or, dans tous ces cas, ils ont obtenu un échec complet, soit parce que leurs cas étaient déjà anciens, soit plutôt parce que ce traitement est réellement inefficace. Les syndromes parkinsonniens présentent souvent des phases d'amélioration spontanée ; il importe de souligner cette inefficacité d'une méthode qui, soumettant les malades à une ponction lombaire hebdomadaire pendant plusieurs semaines, ne laisse pas de leur être pénible.

Luxation de l'épaule consécutive à des crises de contractions musculaires violentes au cours d'une vieille hémi-athétose; guérison par la section des tendons du grand pectoral et du grand dorsal. — MM. Souques et H. Valter présentent une malade de cinquante et un ans qui, depuis l'âge de quatre ans, est atteinte d'une hémiathétose banale. Il y a quelques mois, survinrent, dans l'épaule, des paroxysmes convulsifs qui déterminèrent une luxation scapulo-humérale. Cette luxation récidivant à chaque paroxysme, d'abord réductible puis irréductible, paraissait occasionner surtout par la contraction du muscle grand pectoral. La preuve qu'il en était ainsi c'est que la ténotomie des tendons du grand pectoral (et du grand dorsal) amena ipso facto la cessation des paroxysmes convulsifs et la rentrée de la tête humérale dans la cavité glénoïde d'où elle n'est plus ressortie depuis lors.

Cette observation est intéressante pour les motifs suivants :

1° Apparition, au cours d'une hémiathéthose ancienne et banale, de paroxysmes convulsifs dans les muscles de l'épaule;

2° Luxation récidivante de l'épaule déterminée par la contracture de ces muscles;

3° Guérison de la luxation par la section des tendons du grand pectoral et du grand dorsal.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1922)

Pouvoir antigène des bacilles paratuberculeux dans la réaction de fixation de la tuberculose. — M. J. Valtis a recherché le pouvoir antigène des extraits méthyliques de bacilles paratuberculeux (fléole) comparativement avec les antigènes tuberculeux (antigène méthylique de Nègre et Boquet et antigène à l'œuf de Besredka).

Chez 47 malades tuberculeux avérés, la réaction de fixation a été positive dans la proportion de 72,3 p. 100 avec les antigènes tuberculeux et de 52 p. 100 avec l'antigène paratuberculeux.

Chez 24 malades non tuberculeux, la réaction de fixation a été positive 4 fois avec les antigènes tuberculeux et 2 fois avec l'antigène paratuberculeux.

Valtis conclut que les extraits méthyliques de bacilles paratuberculeux (fléole) présentent vis-à-vis des sérums de tuberculeux un pouvoir antigène comparable à celui des antigènes tuberculeux au point de vue qualitatif mais quantitativement plus faible.

SOCIÉTE DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1922)

A propos d'escharre adrénalinique. — M. Lavenant fait observer qu'il faut s'abstenir de faire des injections massives de sérum et même, d'une faible dose d'adrénaline chez les néphritiques azotémiques qui possèdent une vaso-constriction périphérique énergique.

Dispositif spécial pour les vaccinations en série. — MM. H. Duclaux et R. Courgenou présentent un dispositif destiné à assurer l'asepsie rigoureuse dans les vaccinations en série (écoles, casernes, etc.). Les vaccinostyles sont fixés comme les cartouches d'une bande de mitrailleuse sur une longue bande enroulée autour d'une bobine métallique, le tout pouvant se transporter dans une boîte stérilisée. La bande se déroule en fixant son extrémité sur une deuxième boîte nue qu'on fait tourner, les deux bobines placées sur des supports à quelques centimètres l'un de l'autre : ces plumes se présentent ainsi à l'opérateur commodément, une à une et par la partie opposée à leur pointe. C'est un perfectionnement dans la technique actuelle qui consiste à conserver les vaccinostyles en vrac dans une boîte où leur asepsie devient rapidement illusoire.

Pansement bismuthé dans l'ulcère chronique de l'estomac. — M. P.-L. Tissier cite quatre observations d'ulcères chroniques de l'estomac traités par le sous-nitrate de bismuth à de fortes doses longtemps prolongées et guéris depuis vingt-deux, vingt-trois, vingt-quatre et vingt-sept ans. Il s'agissait de quatre femmes atteintes de syphilis conceptionnelle. Il semble que la variété neurotrope du spirochète serait en cause dans ces cas. Le pansement avec le bismuth à l'inverse du pansement kaoliné, n'a pas seulement un effet calmant, mais encore une action spécifique.

La transfusion sanguine sans citrate de soude. — MM. Dupuy de Frenelle et Ribereau, en s'appuyant sur des expériences qui démontrent que le sérum glucosé à 47 p. 1000 retarde la coagulation du sang vérifiée à la coupe préconisent un procédé de transfusion très simple : injection de sérum glucosé chimiquement pur, intraveineuse avec une ampoule de 500 cas, à large goulot; dès que l'injection passe facilement, en place le coude du donneur et le sang coule dans l'ampoule, 200 grammes de sang au maximum pour 500 grammes de sérum glucosé suffisent pour les cas les plus graves, avec deux parties de sang, mélangées à huit parties de sérum glucosé, la coagulation est retardée d'une demi-heure avec du sérum à 47 p. 1000 et de une heure avec du sérum à 100 p. 1000.

Les aliénés anthropophages. — M. Marie, rappelant les cas classiques d'aliénés anthropophages, en conclut que ces aliénés présentent certains caractères communs : l'état dégénératif préalable, héréditaire ou acquis, les inadaptations constantes familiales et sociales précoces, les perversions instinctives, les états d'impulsion périodique, l'association fréquente des lésions en foyer, caractères en partie relevés sur les anthropophages russes par la commission médicale des affamés.

Le métissage. Son rôle dans la production des enfants anormaux. — M. Bérillon, se basant sur des observations cliniques, considère que le métissage même entre individus de races blanches différentes, constitue à lui seul une des causes les plus fréquentes de la production des enfants anormaux. Quand il est associé aux autres causes de dégénérescence, il en accentue les effets nocifs et en aggrave les conséquences. Le métissage est donc une erreur biologique dont les conséquences sont des plus nuisibles pour la conservation de la race.

Un utérus fibromateux traité pendant sept ans par la radiothérapie a été enlevé par M. Peraire par hystérectomie abdominale demandée par la malade devant l'insuccès des rayons X.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1922)

Résultat éloigné d'une arthrotomie pour arthrite blennorragique du genou. — M. G. Lanos présente une malade qu'il a arthrotomisée le 6 décembre 1921 pour une arthrite gonococcique du genou, le traitement par les vaccins étant resté sans action.

Arthrotomie large — lavage à l'éther — fermeture sans drainage. Mobilisation passive quarante-huit heures après l'opération, puis mouvements actifs. Actuellement articulation normale : mouvements de flexion et d'extension normaux.

M. Thévenard rapporte l'observation d'un malade chez lequel **une sigmoïdite et une appendicite aiguë ont évolué simultanément**, le malade présentait une plicature de l'S iliaque ayant déterminé à plusieurs reprises des crises d'obstruction. L'évolution des deux affections simultanément comportant des difficultés pour un diagnostic exact et la décision à prendre, le malade a été opéré à froid. Guérison.

M. Dartigues présente un rapport sur une observation de M. Digeon intitulée : **Grossesse ectopique interstitio-isthmique rompue.**

L'opérateur a été appelé et est intervenu douze heures après les premiers symptômes de la rupture. Il a trouvé le ventre plein de sang, et l'état de la malade était si précaire, qu'il a enlevé le sac ectopique en suturant l'utérus à son angle droit et dont la muqueuse était ouverte, au lieu de recourir à l'hytérectomie qui lui paraissait trop aléatoire. La malade est morte au sixième jour d'infection : se croyant enceinte normalement, elle s'était livrée à des manœuvres abortives.

Le cas apporté par M. Digeon est des plus intéressants car il s'agit d'une grossesse ectopique très rare, un peu différente des grossesses dites interstitielles.

Suture d'un gros délabrement hépatique par le procédé des points à soutien vasculaire. — M. Dupuy de Frenelle lit un travail de M. Digeon qui, au cours d'une opération pour plaies du poumon, de l'estomac, du côlon transverse et du lobe gauche du foie, a eu l'occasion d'appliquer avec succès un procédé de suture hémostatique du foie. La technique de Digeon consiste à prendre point d'appui sur les gaines fibro-vasculaires du foie, dont la direction générale est transversale, pour placer les points de rapprochement dont la direction générale doit être longitudinale. Dupuy insiste sur l'orientation à donner aux points de suture du foie. Le schéma de la vascularisation du lobe gauche du foie rappelle l'architecture d'un arbre dont le tronc est situé dans l'axe transversal de ce lobe depuis le sillon transverse jusqu'à sa pointe gauche, plus près du bord postérieur que du bord antérieur, et dont les branches gagnent les bords et les faces du lobe gauche du foie. Le point hémostatique le plus important est le point placé transversalement sur le tronc principal. Sur les côtés, pour être bien perpendiculaire à la direction des rameaux vasculaires, les points en U doivent être orientés dans le sens longitudinal, parallèlement aux bords. En les imbriquant, sur les conseils de Walther, on obtient une suture très étanche.

M. Peugniez présente l'observation d'un malade atteint d'un **ostéome de la région du coude traité par la radiothérapie ultrapénétrante.**

La guérison fut obtenue en un mois et demi.

L'observation montre que les ostéomes dont le noyau osseux n'est pas encore constitué sont très sensibles à la radiothérapie et que les jeunes cellules qui les composent peuvent être facilement détruites en quelques semaines.

Il y a là l'indication d'un traitement préventif et précoce. Dans toutes les affections où la convalescence est fréquemment traversée par la formation d'un ostéome, les luxations du coude en particulier, il conviendrait de surveiller les malades de très près dans les quelques semaines qui suivent l'accident et de les soumettre à quelques séances de radiothérapie dès l'apparition des premiers signes révélant le développement d'un ostéome.

MM. Ozonne et Dartigues font des réserves sur le diagnostic d'ostéome.

(Séance du 3 novembre 1922)

M. Robert Lœwy rappelle, à la suite de l'observation publiée par M. Digeon, sa méthode des greffes péritonéales qui permet d'obtenir l'étanchéité des sutures et l'arrêt des hémorragies. L'épiploon est séparé de son insertion. La méthode comprend le procédé de la plaque, le procédé de la bourre, le procédé du capuchon. Dans le cas de plaie du foie, par exemple, on bourre celle-ci à l'aide d'un fragment d'épiploon, en laissant déborder ledit épiploon sur le pourtour de l'orifice. On veillera à faire entrer et ressortir l'aiguille de suture à travers l'épiploon de façon à éviter le suintement sanguin par l'orifice de pénétration dans le parenchyme glandulaire.

M. Peugniez présente l'observation d'une jeune fille de quinze ans atteinte de **luxation congénitale double de la hanche**. Deux radiographies montrent l'état des lésions beaucoup plus prononcées à gauche qu'à droite. Néanmoins, la malade est arrivée peu à peu à corriger les troubles fonctionnels entraînés par cette double malformation, au point qu'elle ne boite presque pas.

M. Peugniez estime que cette correction est due à ce que le raccourcissement s'est trouvé compensé en partie par la bilatéralité des lésions. La néarthrose solide qui s'est établie a fini par reconstituer une articulation nouvelle que la malade utilise heureusement par suite d'une rééducation fonctionnelle précise et rigoureuse.

Du drainage dans les opérations abdominales d'urgence. — M. Alix Churchill (de Londres), se basant sur 75 cas personnels d'appendicite perforée aiguë, de rupture duodénale et gastrique opérés au Great Ormond Street Hospital, à Londres, déclare qu'il ne faut pratiquer ni manipulations dans le ventre, ni lavages à l'eau salée ou à l'éther, qu'il ne faut point éponger le ventre profondément, ni faire subir à l'intestin aucun traumatisme : retirer les corps étrangers et c'est tout.

L'opération étant terminée, il faut mettre un seul drain sus-pubien, plongé dans le Douglas; le malade sera placé dans la position demi-assise, sans aucun lavage, sans aucune irrigation.

Dans les cas d'appendicite aiguë, l'auteur emploie l'incision de Roux ou de Mac Burney. Voici comment se classent ces cas :

Appendicite aiguë sans péritonite : 22; guérison, 22.

Appendicite aiguë avec péritonite pelvienne : 29; guérison, 27; mort, 2 ; soit 6,8 p. 100.

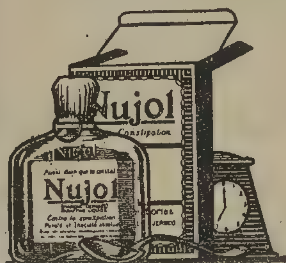
Appendicite aiguë avec péritonite généralisée : 5; guérison, 4; mort, 1; soit 20 p. 100.

Appendicite aiguë avec abcès appendiculaire : 14; guérison, 14.

Perforation de l'estomac et du duodénum : 5 ; guérison, 5.

Les résultats sont donc très bons, puisque, sur 75 cas, l'auteur n'a eu que 3 morts, c'est-à-dire 4 p. 100 de mortalité.

Calculs de l'uretère. Indications de la dilatation et de l'urétérotomie. — M. Le Fur, à l'occasion de plusieurs observations de calculs de l'uretère traités par urétérotomie ou par cathétérisme de l'uretère avec dilatation de l'uretère et sonde à demeure urétérale, pose les indications de ces deux méthodes. Il réserve, en général, l'urétérotomie à tous


Nujol
Nujol

les cas de calculs de l'uretère traités d'abord et sans succès par la dilatation de l'uretère, à condition naturellement que le rein soit bon. Dans de nombreux cas, il a obtenu l'élimination du calcul par une série de séances de dilatations urétérales progressives et notamment par l'emploi de la sonde urétérale à demeure employée pendant plusieurs jours de suite. Cette seconde méthode plus simple doit toujours être employée avant l'opération et donnera souvent des succès.

Section du cubital. Suture. Guérison. — M. Lavenant présente un blessé auquel il fit, après résection des neurones, une suture bout à bout. Réapparition des mouvements rapides et de la sensibilité au bout de deux ans. Bon état actuel.

M. Peraire présente un cas diagnostiqué **hydrocèle en bissac chez la femme.** Il insiste sur la rareté de cette affection caractérisée par la persistance du canal de Nuck.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS CARDIAQUES

DU

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU[1]

DIAGNOSTIC. — 1° Au début. — Le diagnostic n'est pas facile à poser, surtout en l'absence de signes physiques : l'apparition d'une poussée fébrile, accompagnée de phénomènes douloureux dans la région précordiale doit faire penser à la péricardite.

Cependant des signes de névralgie intercostale ou de névralgie phrénique peuvent coïncider avec l'apparition de pleurésie rhumatismale.

2° Lorsque les signes physiques existent. — Le diagnostic varie suivant les lésions organiques constituées :

a. *Souffles de l'endocardite.* — On doit les différencier avec :

— les souffles anémiques,

— les souffles extra-cardiaques, ou cardio-pulmonaires, inorganiques, qui sont méso-systoliques, doux, superficiels, inconstants, variables avec les mouvements du malade, la position debout ou couchée; ils ne sont pas localisés aux régions des foyers d'auscultation des souffles organiques, mais plutôt au niveau des régions préventriculaire gauche, pré-infundibulaire, sus-apexienne.

Enfin ils ne se propagent pas.

— les frottements péricardiques, dont les caractères spéciaux ont déjà été étudiés à propos de la péricardite sèche.

— les frottements pleurétiques, localisés à la partie antérieure de la plèvre gauche, peuvent être rythmés par le cœur et donner l'impression qu'il s'agit de souffles cardiaques véritables.

Ajoutons enfin, qu'en présence d'un souffle organique bien établi, il se pose la question d'une *lésion organique préexistante* ou bien d'une *endocardite réchauffée* (poussée nouvelle d'endocardite au niveau d'un orifice atteint antérieurement de lésion chronique).

b. *La péricardite sèche.* — Le frottement est à différencier dans certains cas d'un souffle organique valvulaire,

— d'un frottement pleural,

— d'un frottement pleural, rythmé par le cœur.

c. *La péricardite avec épanchement.* — Le diagnostic est difficile à poser avec la dilatation aiguë du cœur : le cœur bat dans ce dernier cas au niveau inférieur de la matité cardiaque. Réflexe d'Abrams positif. La radioscopie peut aussi aider à préciser le diagnostic.

Dans les cas où l'on constate les signes pseudo-pleurétiques, le diagnostic se pose avec la congestion pulmonaire massive, type Grancher,

et avec un épanchement pleural.

d. *La myocardite.* — Se traduisant par la dilatation du cœur, la myocardite doit être différenciée avec :

— l'hypertrophie du cœur : mais ici il y a augmentation du choc de la pointe et des bruits du cœur,

— un épanchement péricardique.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 85, p. 1375; n° 87, p. 1406, et n° 89, p. 1447.

Les souffles de dilatation cardiaque sont à distinguer des souffles d'endocardite qui sont d'ailleurs plus rudes, bien localisés et invariables.

e. Après la phase aiguë, en cas de *symphyse cardiaque*, le diagnostic peut être délicat : toutefois en présence d'une asystolie chez l'enfant, on doit toujours penser à la symphyse. Mais il faudra différencier la symphyse rhumatismale de la *symphyse tuberculeuse.*

La symphyse tuberculeuse s'accompagne de signes de tuberculose, avec troubles de l'état général qui marquent le début de l'affection. Le foie est très gros, lisse, ferme; l'abdomen est augmenté de volume, à cause de la présence d'une ascite. Il s'agit d'une cirrhose cardio-tuberculeuse, mais ici les troubles circulatoires et cardiaques sont au minimum; on ne trouve presque rien à l'auscultation du cœur; pas de voussure, pas d'hypertrophie du cœur, une matité peu augmentée, le choc de la pointe à peine diminuée; à la radioscopie le cœur apparaît immobile, par suite des lésions de médiastinite, et des lésions ganglionnaires et pulmonaires. En somme le malade se présente plus comme un hépatique que comme un cardiaque. L'évolution se fait par poussées successives et la mort survient finalement par asystolie, en un à deux ans.

RADIOSCOPIE. — Il est bien évident que pendant la période aiguë, rhumatismale, on ne pourra examiner ces malades à l'écran radioscopique. L'examen ne pourrait d'ailleurs donner d'indications utiles que pour un épanchement péricardique ou pleural. Il n'en est pas de même à la phase ultérieure des cardiopathies.

1. La *péricardite avec épanchement* se caractérise radiologiquement par les grandes dimensions de l'ombre cardiaque, par la forme triangulaire de ses contours et par la disparition plus ou moins complète des mouvements rythmiques.

2. La *symphyse cardiaque* est d'un diagnostic difficile et incertain : on recherchera l'aspect spécial produit par les adhérences qui relient le péricarde au diaphragme et l'angle cardio-diaphragmatique disparaît.

3. L'*hypertrophie cardiaque* est caractérisée par l'augmentation de volume de l'aire cardiaque, par la forte inclinaison de l'axe du cœur sur l'horizontale, par le déplacement en haut de la pointe du cœur.

4. Dans le *rétrécissement mitral pur*, on observe un agrandissement de l'ombre de l'oreillette gauche, surtout apparent en position oblique postérieure droite.

5. Dans l'*insuffisance mitrale*, l'agrandissement du ventricule et de l'oreillette gauche, entraîne un développement de l'image cardiaque à gauche et une augmentation de son diamètre transverse.

6. Enfin dans l'*insuffisance aortique*, le ventricule gauche est seul augmenté et l'image cardiaque est étroite et allongée en forme de poire.

TRAITEMENT. — Avant tout, il doit être prophylactique. grâce au traitement salicylé à hautes doses et suffisamment prolongé, on évitera bien des complications.

Dès que les complications cardiaques menacent (palpitations, douleurs, assourdissement des bruits), on doit ordonner une vessie de glace en permanence sur le cœur et une révulsion énergique par des ventouses scarifiées posées sur l'aire cardiaque.

Si les complications sont installées, ordonner l'immobilité absolue au lit et le traitement salicylé.

Plus spécialement :

— contre la myocardite, on utilisera les tonicardiaques, la strychnine, l'huile camphrée;

— contre la péricardite avec épanchement abondant : la ponction évacuatrice, qui éloignera les accidents syncopaux;

— contre l'endocardite constituée : instituer l'hygiène générale de toutes les cardiopathies;

— contre la symphyse cardiaque, le traitement curatif est nul, éviter les efforts, le surmenage. Braüer a proposé la cardiolyse ou résection des cartilages costaux et des extrémités précordiales des côtes, de façon à transformer la paroi costale rigide en paroi plus souple.

C'est une intervention inusitée.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

LE JEUDI 14 DÉCEMBRE 1922

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication, sur soumissions cachetées, en 83 lots, des fournitures *d'herboristerie, de produits chimiques et de substances pharmaceutiques* nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant le premier semestre 1923.

Dépôt des demandes jusqu'au samedi 2 décembre 1922.

N° 92. — SAMEDI 25 NOV. 1922. 95e ANNÉE. SAMEDI 25 NOV. 1922. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES



Prix de l'abonnement pour les étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — M. le docteur Mangé est nommé médecin résidant à l'Hospice général.

— LILLE. — M. le docteur Crampon est nommé médecin des hôpitaux et hospices de Lille.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — Les professeurs, les suppléants, les chargés de cours, les agrégés et les maîtres de conférences de la Faculté de médecine de Nancy sont convoqués le jeudi 15 décembre à l'effet d'élire un délégué au conseil académique, en remplacement de M. le professeur P. Parisot, nommé membre du conseil de l'Université.

GUERRE. — Par décret du 3 novembre 1922 sont nommés dans les cadres du Service de santé militaire de la réserve et de l'armée territoriale, et, par décision ministérielle de ce jour, sont maintenus ou reçoivent les affectations actuelles :

(Réserve.) *Au grade de médecin aide-major de 2e classe à titre définitif.* — MM. les médecins aides-majors de 1re classe à titre temporaire Hufschmitt, Rougier, Roume, Guilhamon, Fontaine, Vergnet, Lattes, La Tour de Brie, Roux, Ginesty, des Bouillons, Desarnauts, Paysant, Lacombe, Huc, Chauvet, Cougoureux, Jacquemart, Saleur, Novella, Sivieude, Goujard.

MM. les médecins aides-majors de 2e classe à titre temporaire Blondin, Brault, Ortscheit, Couput, Clarou, Beisson, Lombard, Fenelon, Chenet, Sivade, Peloux, Cottalorda, Lambin, Nicod, Le Du.

Au grade de pharmacien aide-major de 2re classe à titre définitif. — M. le pharmacien aide-major de 1re classe à titre temporaire Violette.

MM. les pharmaciens aides-majors de 2e classe à titre temporaire Cavaud, Duhardel, Py, Ancibure, Cruzel, Le Bonzec, Bertrand, Lemaître.

(Armée territoriale.) *Au grade de médecin aide-major de 2re classe à titre définitif.* — MM. les médecins aides-majors de 1re classe à titre temporaire Clauzel, Bonamour, Maillard, Stephanopoli, Vannier, Andrieu, Barthelemy, Caillie, Sanguinetti, Munier.

MM. les médecins aides-majors de 2e classe à titre temporaire Guirauden, Beziere, Portay, Villepelet.

Au grade de pharmacien aide-major de 2e classe à titre définitif. — MM. les pharmaciens aides-majors de 2e classe à titre temporaire Berthiot, Delerme, Jacquey, Querion, Dumas, Rigaud, L'Hernault, Gérard, Ursot, Labarre, Perrier, Delainzy, Bigot.

— Par le même décret sont promus :

(Réserve.) *Au grade de médecin aide-major de 1re classe à titre définitif.* — MM. les médecins aides-majors de 2e classe Hufschmitt, Rougier, Roume, Guilhamon, Fontaine, Vergnet, Lattes, La Tour de Brie, Roux, Ginesty, des Bouillons, Desarnauts, Paysant, Lacombe, Huc, Chauvet.

Au grade de pharmacien aide-major de 1re classe à titre définitif. — MM. les pharmaciens aides-majors de 2e classe Violette Cavaud.

(Armée territoriale.) *Au grade de médecin aide-major de 1re classe à titre définitif.* — MM. les médecins aides-majors de 2e classe Clauzel, Bonamour, Maillard, Stephanopoli, Barthélemy.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MÉDITERRANÉEN. — Dans la séance du 10 novembre 1922, la Société des sciences médicales a renouvelé son bureau, son Conseil et sa Commission de contrôle, qui se trouvent, pour l'année 1922-1923, composés de la façon suivante :

Président : M. le docteur Euzière ; vice-présidents : M. le docteur Guibert (de Balaruc), M. le médecin principal Haffre ; secrétaire général trésorier : M. le docteur Gaston Giraud ; secrétaires généraux adjoints : MM. les docteurs Vinon et Milhaud ; secrétaires des séances : M. Puech ; conseillers : MM. Derrien, Ducamp, Grynfeltt, Astruc, Boudet, Bousquet, Paul Delmas, Vallet, Villard ; commissaires : MM. Comte, Drouet, Izard.

INSTITUT D'HYGIÈNE. — DIPLÔME D'HYGIÈNE. — Un enseignement de bactériologie et d'hygiène sera donné, en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène, du 9 janvier au 20 mai.

1° *Enseignement de la bactériologie*, sous la direction de M. le professeur Fernand Bezançon et de M. A. Philibert,

agrégé. — Cet enseignement aura lieu au laboratoire de bactériologie de la Faculté de médecine et comprendra des leçons et des travaux pratiques.

2° *Enseignement de l'hygiène*, sous la direction de M. le professeur Léon Bernard et de M. Robert, agrégé. — Ce cours supérieur d'hygiène comprendra des leçons, des travaux pratiques et des visites.

La session d'examen, en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène de l'Université de Paris, sera ouverte dès la fin de l'enseignement spécial.

Ce diplôme peut être délivré : 1° aux docteurs et médecins français; 2° aux docteurs étrangers, pourvus du diplôme de doctorat de l'Université, mention « médecine »; 3° aux étrangers, pourvus d'un diplôme médical admis par la Faculté de médecine de Paris.

Les étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions ou les internes en médecine des hôpitaux de Paris, reçus au concours, pourront s'inscrire, mais le diplôme ne pourra leur être délivré que lorsqu'ils seront docteurs en médecine.

Le diplôme d'hygiène est obtenu après examen ; les candidats devront produire avant l'inscription pour l'examen :

1° Le certificat d'assiduité au Cours supérieur d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris ;

2° Soit le certificat du cours spécial de bactériologie de la Faculté de médecine de Paris dont le programme est indiqué plus haut; soit le certificat du cours spécial de bactériologie, délivré par la Faculté de Strasbourg; soit le certificat de l'un des cours spéciaux de bactériologie de l'Institut Pasteur de Paris ; soit le certificat de l'un des cours spéciaux de bactériologie du Val-de-Grâce.

L'examen comporte : 1° une épreuve écrite éliminatoire sur l'un des sujets d hygiène traité dans le cours ; 2° des épreuves pratiques; 3° des épreuves orales.

Les épreuves pratiques comprennent des manipulations relatives à l'hygiène, des enquêtes et des rapports épidémiologiques et des épreuves cliniques sur les maladies transmissibles.

Les épreuves orales portent sur les différentes matières comprises dans les enseignements spéciaux de la bactériologie et de l'hygiène.

Les droits à verser, pour les travaux pratiques de bactériologie, sont de 150 francs.

Les droits à verser, pour le cours supérieur d'hygiène et l'examen, sont de : un droit d'immatriculation, 20 francs; un droit de bibliothèque, 10 francs; un droit de laboratoire, 150 francs; un droit d'examen, 150 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté les jeudis et samedis, de midi à 15 heures (guichet n° 3).

LABORATOIRE DE BACTÉRIOLOGIE. (Professeur : M. Fernand BEZANÇON. Agrégé, chef des travaux : M. A. PHILIBERT.) — Cours complémentaire de bactériologie du 9 janvier au 28 février par M. le professeur Fernand Bezançon et par M. le docteur A. Philibert, agrégé, chef des travaux.

Les leçons auront lieu à 14 h. au laboratoire de bactériologie de la Faculté, les mardis, jeudis et samedis. Les travaux pratiques auront lieu tous les jours à partir de 2 h. au laboratoire de bactériologie de la Faculté du 9 janvier au 28 février.

Cet enseignement (cours et travaux pratiques) sera sanctionné par un certificat, valable pour l'obtention du diplôme universitaire d'hygiène.

Le cours est public.

Les droits à verser pour les travaux pratiques sont de 150 fr.

Les bulletins de versement relatifs aux travaux pratiques seront délivrés au secrétariat de la Faculté les jeudis et samedis de midi à 3 h.

MATERNITÉ DE L'HOPITAL BEAUJON. — CONFÉRENCES PUBLIQUES DE L'INTERNAT. — Le docteur Greder, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire, fera des conférences publiques à l'usage des candidats à l'oral d'internat sur les sujets d'obstétrique qui peuvent être donnés au concours.

Ces conférences, au nombre de cinq, auront lieu le samedi à 4 h. 1/2 à la maternité de l'hôpital Beaujon.

Elles commenceront le samedi 2 décembre.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — ENSEIGNEMENT OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE. — Sous la direction de M. Georges Laurens, chef du service oto-rhino-laryngologique et avec le concours de ses assistants MM. C. Hubert et Girard, un cours de technique oto-rhino-laryngologique en trente leçons sera fait à partir du mardi 5 décembre.

Les leçons auront lieu les mardi, jeudi, samedi à 9 h. Leur programme détaillé est affiché dans le service.

Chaque leçon consistera : 1° En un cours théorique avec présentation de pièces osseuses, de pièces anatomiques et de dessins.

2° Dans des exercices pratiques : les élèves assisteront aux consultations après le cours et aux interventions, le lundi, mercredi, vendredi à 10 heures.

Un certain nombre d'entre eux pourront être admis ultérieurement à travailler dans le service.

Le nombre de places est limité à 10. Droit d'inscription, 150 fr.

Se faire inscrire dans le service de M. Georges Laurens, le matin à l'hôpital Saint-Joseph, auprès des assistants.

COURS D'ORTHOPÉDIE DE M. CALOT (à Paris, 69, quai d'Orsay, du 22 au 28 janvier 1923, 13e année). — En une semaine, de 2 heures à 7 heures du soir, enseignement de l'orthopédie indispensable aux praticiens, avec exercices pratiques individuels, pour médecins et étudiants français et étrangers.

Explications en espagnol et en anglais. Droits d'inscription : 150 francs.

Ecrire dès maintenant au docteur Fouchet, Institut Calot, à Berck-Plage, ou au docteur Colleu, clinique Calot, 69, quai d'Orsay, Paris.

Le programme résumé :

I. *Tuberculoses externes ou chirurgicales* : abcès froids, adénites, épididymites, péritonite tuberculeuse, tumeurs blanches, mal de Pott, coxalgie.

II. *Déviations congénitales et acquises* : luxations congénitales de la hanche et subluxations (d'après les derniers travaux), pied bot, paralysie infantile, scoliose et son traitement moderne, torticolis, coxa-vara, déviations rachitiques, etc.

III. *Fractures*. Comment les praticiens doivent les traiter.

IV. Exposé des *dernières acquisitions en orthopédie* : *a*. Dans la luxation congénitale : comment rattraper et guérir les luxations ratées et récidivées ; *b*. Dans le mal de Pott : bilan négatif des opérations ankylosantes; ce pourquoi nous les avons abandonnées nous qui les avions imaginées et faites le premier (Congrès de chirurgie, 1897), dix et douze ans avant Albee et Hibbs; *c*. A la hanche. Nécessité de reviser le diagnostic de la coxalgie et même presque toute la pathologie de la hanche.

Pièces et documents prouvant que sont des anomalies congénitales méconnues :

1° Plus d'un tiers des hanches actuellement étiquetées coxalgies (oui, un tiers ne sont pas des coxalgies, mais seulement des arthralgies de hanches légèrement mal formées dont le bon équilibre fonctionnel est rompu);

2° Toutes les prétendues coxa-plana ou ostéochondrites;

3° Toutes les hanches d'enfants ou d'adolescents étiquetées : arthrites déformantes, rhumatismes chroniques localisés (et même aussi presque toutes les hanches des sujets âgés étiquetées : rhumatismes localisés à une hanche ou aux deux.

Le diagnostic et le traitement des hanches adultes et vieilles qui grincent, qui grippent, qui souffrent.

Bibliographie. — Bardet (*Bulletin de Thérapeutique*, juillet 1908). — P. Carnot (*Progrès médical*, 17 oct. 1908). — Kolbé (*Archives des Maladies de l'estomac* du Dr Mathieu, 1908, et *Presse médicale*, 11 août 1909). — P. Le Gendre (*Journal des Praticiens*, 8 mai 1909). — Martinet (*Presse Médicale*, 5 déc. 1908 et 30 mars 1910). — P. Le Gendre et Martinet : *Les régimes usuels*, Paris, Masson et Cie, 1909, p. 243. — J. Charles Roux : *Les Consultations médicales françaises*, fasc. xiv; *La colite muco-membraneuse* (Poinat, édit.).

LIVRES NOUVEAUX

Les Laits condensés et leur utilisation dans l'alimentation humaine. Les monographies techniques n° 1 (1), par le docteur G. VARIOT.

Il appartenait à l'un de ceux qui se sont le plus occupés des questions relatives à la lactation de rédiger une brochure sur ce sujet. M. G. Variot a passé sa vie à étudier les laits et leurs applications à l'alimentation. De son intéressante brochure, qui se lit avec profit et facilité, résulte cette importante donnée que la fabrication des laits condensés constitue un important progrès dans l'alimentation humaine, et que sous cette nouvelle forme, le lait est devenu plus aisément transportable. L'expression vulgaire est juste : « C'est la vache dans le placard ». L'usage de ce lait se trouve tout indiqué lors des traversées, au cours d'expéditions lointaines, dans les armées, dans les hôpitaux de campagne, et même dans les Gouttes de lait. Il y a plus. Il convient parfaitement à l'alimentation des adultes. Stérilisé à basse température, il ne fait courir aux enfants aucun danger d'avitaminose, comme on dit aujourd'hui, si bien que « dans la gamme des laits qui nous permettent d'élever artificiellement les nourrissons avec sécurité, les laits condensés sucrés, bien maniés, tiennent une place honorable. »

L. BABONNEIX.

L'Enfant et son médecin (2), par Albert BALL.

L'auteur, qui est un médecin d'enfants distingué, et qui a dirigé longtemps la consultation de l'hôpital Trousseau, a eu maintes fois l'occasion de voir combien il était difficile de trouver, au moment précis, les renseignements nécessaires au praticien qui, par la force des choses, est à tout instant consulté par une question de pédiatrie. Il s'est donc proposé de rédiger un petit Traité, aussi complet que possible, d'une documentation précise, d'un format minime et transportable et d'un prix insignifiant.

D'où le plan qu'il a adopté. Un premier chapitre traite de l'ENFANT, et comprend une *table alphabétique des matières*; les *renseignements d'urgence*; les *médicaments*; la *définition de l'enfance*; l'*examen de l'enfant*; l'*hygiène de la première enfance*; la *thérapeutique générale*; un *dictionnaire médico-chirurgical*.

Dans une deuxième partie, se trouvent condensés tous les *renseignements* nécessaires.

Une table alphabétique termine cet ouvrage, qui, en peu de temps a atteint la troisième édition, et que la maison Maloine a édité avec son soin coutumier.

L. BABONNEIX.

(1) Une brochure de 30 pages. — Prix : 2 fr. — Paris, 1922, Editions médicales.
(2) 3e édit. — Paris, 1922, A. Maloine et fils.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 30 NOVEMBRE AU 2 DÉCEMBRE 1922)

THÈSES

Jeudi 30 novembre. — Jury : MM. Bezançon, président; Cunéo, Claude et Lereboullet. — M. PROCUREUR (Jean). Contribution à l'étude clinique des purpuras de la tuberculose pulmonaire. — M. TISON (Fernand). Contribution à l'étude des abcès du sein. — M. DELPÉRIER (Paul). Etude du cancer de la corde vocale. — M. LAURENT (Pierre). Le signe de la main dans la démence précoce. — M. DANGY (P.) La névralgie faciale et son traitement.

M. SERGENT, qui a ouvert cette discussion et dont les observations ont pu étayer l'opinion soutenue par M. Bar, opinion qu'il partage avec lui, fait observer qu'à côté du salut de l'enfant il y a celui de la mère. Si chez elle l'évolution de la tuberculose prend un tel caractère d'aggravation que ses jours sont menacés, il peut y avoir une indication, dans ces cas, d'interrompre la gestation, ce qui permettra peut-être à cette femme de guérir et d'avoir plus tard d'autres enfants.

M. BALTHAZAR fait remarquer que l'avortement thérapeutique doit être aussi envisagé au point de vue légal. Il prendra la parole, à ce sujet, dans la première séance.

Hydrates de carbone et régimes équilibrés dans le diabète. — MM. DESGREZ, BIERRY et RATHERY, dans une précédente communication, ont exposé leurs recherches sur l'emploi du lévulose chez le diabétique. Ils apportent aujourd'hui quelques nouvelles précisions concernant les régimes équilibrés et l'emploi des hydrates de carbone, du lévulose notamment.

Selon ces auteurs, rien ne permet d'individualiser l'acidose diabétique comme une manifestation totalement différente de l'acidose du jeûne hydrocarboné. Le jeûne hydrocarboné et le jeûne total constituent, du reste, des états qui ne sont pas eux-mêmes entièrement comparables.

La grande majorité des auteurs s'accordent pour admettre, contrairement à l'opinion de M. Marcel Labbé, que les hydrates de carbone ont une influence sur l'acidose diabétique. MM. Desgrez, Bierry et Rathery estiment que le lévulose, en donnant lieu, d'une part, à la formation du glycogène, et en combattant, d'autre part, l'acidose, peut être d'un emploi tout indiqué chez le diabétique.

La kératite neuro-paralytique, ses variétés, sa pathogénie. — M. LAGRANGE (de Bordeaux) rappelle que la kératite neuro-paralytique grave résulte toujours de la lésion simultanée du ganglion ophtalmique et de la branche ophtalmique de Willis.

La seule lésion du trijumeau (même par résection du ganglion de Gasser) ne suffit pas à produire l'affection; la cornée peut s'infiltrer, mais l'occlusion des paupières amène facilement la guérison; il en est encore ainsi lorsque le ganglion ophtalmique est seul intéressé, l'œil devient hypotone, mais il vit grâce à la suppléance des nerfs ciliaires par le réseau nerveux provenant des nerfs sensitifs de la branche ophtalmique.

L'altération combinée du ganglion et de ses nerfs sensitifs entraîne la destruction du globe oculaire.

Au point de vue de la nutrition de l'œil, les expériences des physiologistes sont contradictoires, l'étude clinique seule permet de reconnaître l'importance relative des divers éléments nerveux qui appartiennent au globe oculaire, et l'étude des malades conduit à la juste interprétation des théories physiologiques. On va avec clarté de la clinique à la physiologie.

Le pneumothorax artificiel dans la gangrène pulmonaire. — M. P.-Emile WEIL, par l'étude des cas publiés par divers auteurs et de ses observations personnelles, s'efforce de préciser les indications du pneumothorax artificiel dans la gangrène pulmonaire et de fixer les résultats qu'on est en droit d'en espérer.

Tout d'abord, le pneumothorax ne peut donner mêmes succès dans une affection de causes multiples qui succède, tantôt à des embolies, tantôt à des pneumonies ou bronchopneumonies et dont l'évolution peut être aiguë ou subaiguë.

Pour que le pneumo donne un bon résultat, il faut que les lésions pulmonaires soient unilatérales, que le processus gangréneux n'ait point envahi les séreuses pleurale ou péricardique, que la nature ait déjà fait un effort d'élimination du bloc gangréneux et qu'il y ait caverne, enfin que le poumon malade puisse être décollé facilement sans pression. On com-

prend donc qu'une caverne profonde soit plus facilement curable qu'une superficielle et que des lésions récentes soient plus favorables que des lésions anciennes.

Quoi qu'il en soit, sur 20 cas personnels de gangrènes pulmonaires postgrippales, l'auteur n'a tenté que 8 fois de pratiquer un pneumothorax thérapeutique, jugeant sa réalisation impossible dans 60 p. 100 des cas; 6 ont été suivis d'insuccès, le décollement du poumon ayant été insuffisant.

Par contre, quand les conditions utiles se trouvent réalisées, aucune méthode ne donne d'aussi beaux et prompts résultats (diminution puis cessation de l'expectoration et de la fétidité, disparition de la fièvre, reprise de l'état général, disparition des lésions pulmonaires), surtout si on ajoute au pneumothorax la pratique de la sérothérapie antigangréneuse.

Comme l'auteur, Forlanini, de Verbizier et Loiseleur, Denéchau, Amaudrut, Tewisbury et d'autres ont obtenu des succès. Mais il faut savoir que les précautions à prendre pour éviter des complications doivent être minutieuses, un pyopneumothorax gangréneux pouvant suivre la moindre faute de technique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1922)

Traitement de la syphilis héréditaire. — M. COMBY à propos du procès-verbal, sur les bons résultats qu'il a toujours obtenus par l'emploi des frictions mercurielles et le traitement de la syphilis héréditaire.

Sclérodermie et hypophyse. — MM. René BENARD et E. COULAUD relatent un cas de sclérodactylie avec mélanodermie, traité vainement par l'opothérapie thyroïdienne, et dans lequel la médication hypophysaire amena une guérison aussi complète que rapide. Plus tard, un examen anatomique leur montra l'existence de lésions particulièrement intenses des diverses glandes endocrines. Ils envisagent par suite deux hypothèses possibles pour expliquer la pathogénie de la sclérodermie : soit l'existence de plusieurs sclérodermies qui seraient les unes d'origine thyroïdienne, les autres d'origine non thyroïdienne (hypophyse ou toute autre glande); soit l'existence d'une seule sclérodermie qui serait toujours d'origine thyroïdienne; mais alors, tantôt la sécrétion thyroïdienne, déficiente ou viciée pourrait être excitée ou redressée par l'opothérapie homologue, tantôt, au contraire, cette sécrétion thyroïdienne ne pourrait se rétablir que sous l'influence de l'hyperfonctionnement d'une glande vicariante, en l'espèce l'hypophyse.

A propos des intoxications par la benzine et les benzols. — M. DUVOIR, à propos des diverses observations d'intoxications professionnelles par la benzine et par les benzols rapportées récemment, insiste sur l'intérêt qu'il y aurait à définir exactement le produit incriminé afin de préciser le rôle probable des impuretés dans la symptomatologie et la gravité de l'intoxication.

Tabes et purpura radiculaire. — MM. A. CAIN et HILLEMAND présentent une femme de soixante-cinq ans tabétique, atteinte d'un purpura à grandes ecchymoses, à topographie radiculaire sur le trajet de L_1, L_2, L_3.

Erythème noueux et angine herpétique. — M. Jean TROISIER rapporte une observation d'érythème noueux consécutif à une angine herpétique. Trois semaines après, une deuxième angine herpétique s'accompagnait encore d'une poussée d'érythème noueux.

L'auteur insiste sur l'absence totale de réaction cutanée à la tuberculine, alors que la vaccination jennérienne, pratiquée au même moment, était particulièrement intense. Il estime que dans les cas de ce genre on doit admettre une infection indéterminée à porte d'entrée angineuse, indépen-

dante de la tuberculose et peut-être voisine du virus herpétique.

Un cas d'anémie grave, progressive, cryptogénétique guérie par les transfusions sanguines répétées. — MM. P. Emile-Weil et P. Isch-Wall présentent un malade âgé de quarante et un ans qui d'une part souffrait de troubles gastro-intestinaux (vomissements, diarrhée) et d'une asthénie croissante, et d'autre part offrait une chute graduelle, continue du nombre des globules rouges. L'examen des selles mettait en évidence des parasites mais sans valeur pathogène, et l'examen du sang montrait une inversion de la formule leucocytaire, et l'absence de réaction myéloïde. Lorsque les globules rouges furent tombés au voisinage d'un million, des œdèmes apparurent; malgré la gravité apparente de ce cas, les injections sous-cutanées, puis les transfusions du sang amenèrent une amélioration parallèle du sang et de l'état général. En trois mois, les globules rouges augmentèrent de 1.200.000 à 3.500.000 et dans les quatre mois suivants de 3.500.000 à 4.800.000. Les auteurs analysent la marche de cette ascension et l'influence des transfusions. Voici donc une anémie grave, cryptogénétique qu'on aurait pu qualifier de pernicieuse, si l'issue avait été fatale, et qui, grâce à cinq transfusions de moyenne abondance, semble avoir été guérie.

Présentation d'une nouvelle seringue à transfusion sanguine. — MM. P. Emile-Weil et P. Isch-Wall présentent une seringue de 100 centimètres cubes, qui peut être facilement manœuvrée d'une seule main, grâce à ses dimensions, à ses oreilles et à son canon latéral. Elle se raccorde directement sans intermédiaire à l'aiguille.

Syndrome hémibulbaire rétro-olivaire droit.

Un cas d'hémoglobinurie paroxystique a frigore amélioré par le traitement hydrargyro-arsenical. — MM. Ardin-Delteil, Derrieu et Azoulay.

REVUE DES THÈSES

L'Adonis vernalis et ses falsifications actuelles (1), par le docteur Jean Bretin.

Les propriétés thérapeutiques de l'Adonis vernalis ont déjà été décrites dans de nombreux travaux, mais il est indispensable qu'il soit fait emploi d'Adonis *vernalis* et non des autres espèces d'Anonis (A. aestivalis, A. autumnalis), beaucoup moins actives.

D'après l'auteur, l'Adonis vernalis est l'objet de fraudes nombreuses. Les très nombreux échantillons examinés au laboratoire de matière médicale de la Faculté de Lyon ont, en effet, révélé qu'on substitue communément les espèces annuelles à l'Adonis vernalis ou qu'on le remplace souvent même par des plantes étrangères et sans action thérapeutique.

RENSEIGNEMENTS

Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — **Où? Quand? Comment voyager?** — L'*Agenda P.-L.-M pour 1923*, qui vient de paraître, l'enseigne de façon pratique et amusante. Collaboration des meilleurs écrivains, peintres et dessinateurs; 250 illustrations dans le texte, 15 hors-texte en couleurs, 12 cartes postales illustrées offertes en prime.

Prix : 5 francs à l'agence P.-L.-M., rue Saint-Lazare, 88, et dans les agences de voyage, Grands Magasins à Paris, gares P.-L.-M.

Envoi franco à domicile (6 fr. 65 pour la France, 7 fr. 20 pour l'étranger) contre mandat adressé au service de la publicité P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, à Paris.

(1) *Th. de Lyon*, juillet 1922.

NOTES POUR L'INTERNAT

CANAL CARPIEN

La gouttière à concavité antérieure que présente la face palmaire du massif osseux du carpe est transformée en canal par le ligament annulaire antérieur. Intérêt chirurgical de cette étude : pathologie et traitement des phlegmons des gaines et de la luxation du semi-lunaire en avant. Deux chapitres à étudier : sa constitution osseuse et ligamenteuse, son contenu.

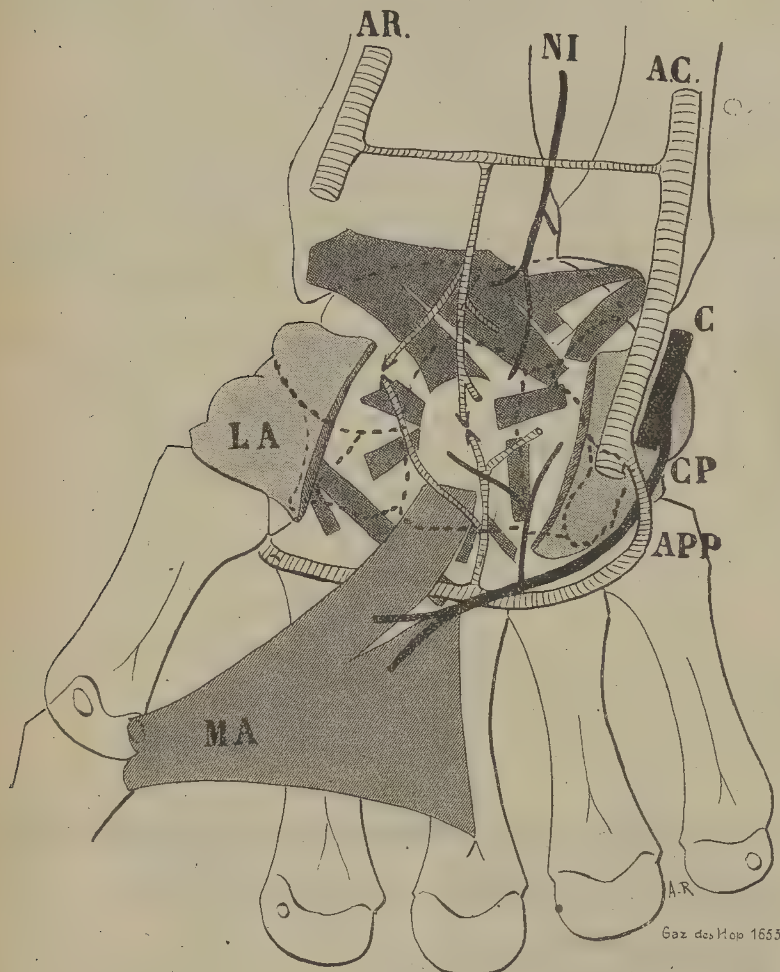


Fig. 1. — *Fond de la gouttière carpienne.* — LA. Ligament annulaire antérieur dont la partie médiane a été excisée. — AR. Artère radiale. — AC. Artère cubitale. — APP. Arcade palmaire profonde. — C. Nerf cubital. — CP. Branche profonde du cubital. — NI. Nerf interosseux antérieur du médian. — MA. Muscle adducteur du pouce.

I. **CONSTITUTION.** — *A.* **Osseuse.** — Squelette du poignet haut de 3 centimètres, large de 5 centimètres formé par la juxtaposition de huit osselets disposés en deux rangées superposées. Bord supérieur en forme de condyle transversal. Bord inférieur plus long, sinueux : interligne carpométacarpien. Face antérieure concave en forme de gouttière profonde dans laquelle glissent les tendons fléchisseurs des doigts. Sur les bords latéraux deux éminences de chaque côté font saillie en avant et contribuent à augmenter la profondeur de la gouttière carpienne : en dehors : tubercule du scaphoïde et apophyse du trapèze; en dedans : pisiforme et apophyse unciforme qui forment une saillie beaucoup plus considérable, car c'est sur elle que se réfléchissent le plus grand nombre des tendons, à cause de l'obliquité en dehors et en bas de la gouttière carpienne; se rappeler que le pisiforme ne se trouve pas sur la même verticale que l'apophyse unciforme, mais est rejeté en dedans.

Ce massif osseux dont les éléments sont unis par des ligaments interosseux, palmaires et dorsaux, est tapissé par de nombreuses formations ligamenteuses appartenant aux articulations radio-carpienne, médio-carpienne et carpo-métacarpienne, et dont la plupart irradient du grand os en un véritable soleil. Le bord interne de la gouttière est prolongé vers le bas par les ligaments pisi-unciformien et pisi-métacarpien. Signalons enfin dans la partie tout inférieure la terminaison de l'extrémité proximale de l'aponévrose palmaire profonde, l'insertion du faisceau oblique de l'adducteur du pouce sur le grand os, les ligaments carpiens profonds et l'insertion du faisceau profond du court fléchisseur sur le trapézoïde et le grand os.

B. **Fibreuse.** — Ligament annulaire antérieur du carpe tendu entre les éminences latérales. Lame fibreuse formée de deux plans de fibres (d'après Poirier) : superficiel : fibres d'origine des muscles thénar et hypothénar qui s'entrecroisent en X pour gagner, les premiers le pisiforme et le crochu, les deuxièmes le trapèze et le scaphoïde — profond : fibres propres qui s'insèrent en dedans sur le pyramidal, pisiforme, apophyse unciforme, et aussi sur le bord externe du tendon du Cubital antérieur — et qui, en dehors, ont une insertion double : les unes, fibres directes, vont à la face antérieure du scaphoïde et au tubercule du trapèze, les autres, fibres réfléchies, vont au trapézoïde et au grand os. Dans ce dédoublement glisse le tendon du Grand palmaire au moyen d'une synoviale propre. De plus, profondément, le ligament annulaire comprendrait (Dujarier) des fibres qui se réfléchiraient en arrière pour venir doubler la face antérieure du carpe et limiter le canal carpien. Le ligament annulaire ainsi formé a des bords supérieur et inférieur nets, distincts des aponévroses antibrachiale et palmaire superficielle. En effet c'est sur sa face antérieure qu'irradie la terminaison aponévrotique du petit palmaire dont les parties latérales seules s'attachent à la partie la plus supérieure du ligament. En bas le ligament envoie latéralement aussi deux faisceaux obliques qui vont renforcer la face profonde de l'aponévrose palmaire. La disposition de ces fibres a per-

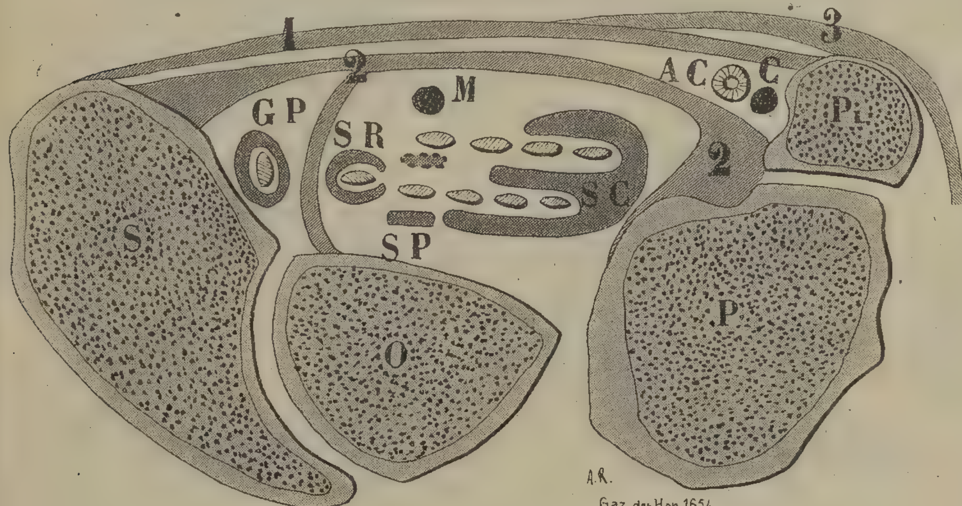


Fig. 2. — *Coupe frontale du canal carpien au niveau de la première rangée des os du carpe.* — S. Scaphoïde coupé au niveau de son tubercule. — O. Extrémité supérieure de la tête du grand os. — P. Pyramidal. — Pi. Pisiforme. — 1. Fibres superficielles du ligament annulaire. — 2. Fibres profondes. — 3. Expansion du ligament annulaire dorsal. — AC Artère cubitale. — C. Nerf cubital. — GP. Grand palmaire avec sa gaine séreuse propre. — M. Nerf médian. — SR. Gaine séreuse digito-palmaire radiale avec son méso — SC. Gaine séreuse digito-palmaire cubitale avec ses trois loges. — SP. Séreuse moyenne postérieure.

mis à certains auteurs de décrire l'éventail du petit palmaire comme partie intégrante du ligament annulaire. Enfin celui-ci est renforcé par le ligament annulaire dorsal qui contourne le bord cubital du poignet, s'insère plus ou moins au pisiforme et vient se perdre sur la face antérieure du ligament annulaire antérieur vers sa partie médiane, contribuant ainsi à inclure dans une gaine fibreuse de protection les vaisseaux et nerf cubitaux. En résumé le canal carpien est accompagné latéralement de deux canaux accessoires, tendineux en dehors, vasculo-nerveux en dedans. Sur le ligament annulaire passent le rameau cutané palmaire du médian et l'artère radio-palmaire en dehors, les ramifications de la branche superficielle du cubital à son origine en dedans.

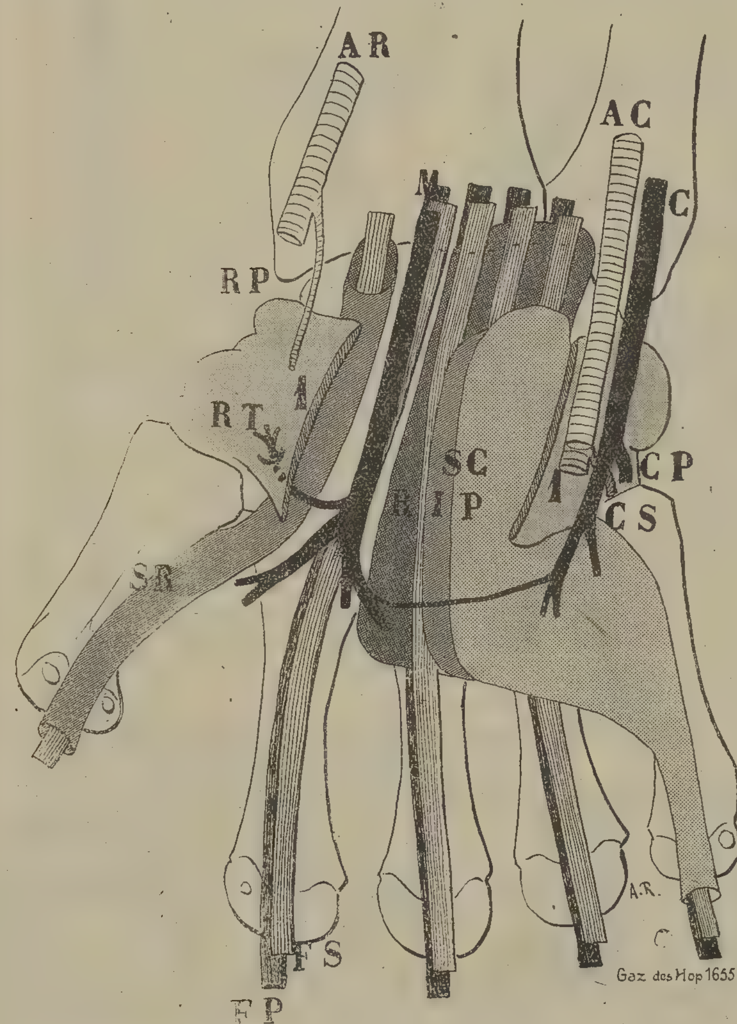


Fig. 3. — *Contenu du canal carpien.* — 1. Ligament annulaire antérieur. SR. Gaine séreuse radiale. — SC. Gaine séreuse cubitale. — R. Loge rétro-tendineuse. — I. Loge intertendineuse. — P. Loge prétendineuse. — M. Nerf médian. — RT. Rameau thénardien. — AR. Artère radiale. — RP. Artère radio-palmaire. — AC. Artère cubitale. — C. Nerf cubital. — CP. Branche profonde du cubital. — CS. Branche superficielle du cubital. — FS. Tendons du fléchisseur superficiel. — FP. Tendons du fléchisseur profond.

II. CONTENU. — Le canal carpien livre passage principalement aux tendons fléchisseurs des doigts munis de leurs séreuses et au nerf médian, et accessoirement à des rameaux vasculaires et nerveux qui cheminent dans le fond du canal : — réseau artériel carpien antérieur formé par des artérioles grêles issus de l'arcade transverse antérieure du carpe située au niveau du bord inférieur du Carré pronateur et par des rameaux ascendants de l'arcade palmaire profonde qui est couchée sur la base des métacarpiens — filets nerveux de la terminaison du nerf interosseux antérieur du médian et filets articulaires de la branche profonde du nerf cubital.

Les tendons Fléchisseurs sont disposés en deux plans : l'un superficiel pour les quatre tendons perforés, l'autre profond pour le tendon du Fléchisseur propre du pouce et en dedans de lui les quatre tendons du Fléchisseur perforant commun, ces derniers sont légèrement décalés en dehors par rapport aux premiers. Ils sont compris dans deux gaines séreuses principales qui le plus souvent constituent les gaines digito-palmaires radiale et cubitale. La séreuse radiale entoure le tendon Fléchisseur propre et dépasse le bord supérieur du ligament annulaire où elle se termine par un cul-de-sac qui s'étend surtout sur la face profonde du tendon et par un fuseau qui le surmonte. Méso-quadrangulaire unit tendon et gaine. La séreuse cubitale, beaucoup plus étendue transversalement, simple sur son bord cubital, présente sur son bord radial trois prolongements qui constituent les trois loges — prétendineux n'atteignant pas en général le bord interne du tendon du médius — intertendineux s'insinuant entre les deux tendons du médius — rétrotendineux n'arrivant pas jusqu'à la face profonde du tendon de l'index : ainsi celle-ci est plus large, elle est aussi plus haute que les autres car seule elle empiète plus ou moins sur l'extrémité inférieure du cubitus. Communication entre les deux gaines radiale et cubitale exceptionnelle directement, assez fréquente par l'intermédiaire d'une séreuse palmaire moyenne postérieure située sous la face profonde du tendon perforant de l'index. Plus rare est la séreuse palmaire moyenne antérieure interposée entre les deux tendons superficiel et profond de l'index. Le feuillet profond des gaines séreuses adhère intimement au plan fibreux qui tapisse le fond du canal carpien.

Le nerf médian est satellite du tendon superficiel de l'index et lui est sus-jacent. Il est situé entre les deux séreuses digito-palmaires « occupant la partie antérieure du médiastin de la main » (Farabeuf). Il est plus interne et plus superficiel que le tendon du Fléchisseur propre. Il se divise en général à la partie inférieure du canal carpien en un tronc interne et un tronc externe qui donne le rameau thénarien qui, ou bien perfore le ligament annulaire près de son bord inférieur, ou bien contourne ce bord pour aborder l'éminence thénar par un trajet récurrent.

En résumé le canal carpien sert d'union entre les plans profonds de l'avant-bras et ceux de la paume de la main et peut ainsi être homologué au canal calcanien qui conduit à la plante du pied.

CONSÉQUENCES CLINIQUES ET CHIRURGICALES. — Dans le phlegmon des gaines : recherche de la douleur par la pression des deux extrémités du canal; douleur spontanée par compression du médian contre la face profonde du ligament annulaire qui le bride; traitement par section verticale du ligament annulaire, mais il importe de ménager le rameau thénarien dans l'incision de la gaine radiale : lui laisser un pont fibreux pour son passage. Dans la luxation subtotale du carpe rétro-lunaire de Mouchet et Jeanne : troubles dans le domaine du médian comprimé par le semi-lunaire énucléé en avant, troubles qui constituent autant un symptôme qu'une indication opératoire : ablation du semi-lunaire.

Guida sanitaria italiana (1), édit. 1922.

Contient la liste complète et mise à jour des médecins, vétérinaires, sages-femmes, pharmaciens du Royaume (y compris les nouvelles provinces) et des colonies; l'indication du personnel des cliniques des Universités, des médecins spécialisés, des organisations sanitaires de l'Etat, des organisations professionnelles, presse médicale, eaux minérales, sanatoria, maisons de cure et de santé; fabricants de produits chimiques et de spécialités pharmaceutiques, etc.

(1) Un vol. de 700 pages. — Prix : 40 lires. — Milan, Società editrice Unitas, via Tre Alberghi, 28.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — — Concours de l'externat. — *Epreuve supplémentaire.* — Question : « Symptômes et diagnostic du pneumothorax. » — MM. Saingery, Longuet, Garnier, 19; Saint-Pierre, Racine, Gazes, Gouyen, 19 1/2; Ragu, 20.

— Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1. MM. Ragu, Gouyen, Gazes, Racine, Saint-Pierre, Longuet, Garnier, Saingery, Mme Jully, Mlle Peillon,

11. Mlle Dreyfus, MM. Plessier, Bompard, Mlle Brosse, MM. Stéhelin, Godel, Mlles Wolff, Lefilliâtre, MM. Chadourne, Caroli,

21. Thoyer, Loeb, Brunet, Fournier (J.), Mlle Guérin, MM. Mesplomb, Frémont, Boquel, Davioud, Mlle Landowski,

31. MM. Lang, Le Baron, Magnien, Duhamel, de Sèze, Falaise, Rudolf, de Langenhagen, Fredet, Rivoire,

41. Parlier, Veuillot, Grenaud, Odinet, Audouin, Lebecq, Fouquet, Vannier, Merger, Lemaire,

51. Berry, Querneau, Mlle Maldan, MM. Motz, Gay, Cadilhac, Mlle Wertheimer (Suz.), Vidal-Naquet, Sallé, Mlle Bronilawski,

61. MM. Husseinstein, Lacurte, Corbin, Müller, Cohen-Deloro, Macasdar, Poumeau-Delille, Pompanon, Mlle Dartin, MM. Gasné,

71. Lévy (André), Loubry, Rogier, Cantin (Jean), Fellous, Grancher, Eliascheff, Gallais (Pierre), Samitca, Maksud,

81. Sallard, Mme Trivas (née Morosoff), MM. Gaston, Castellant, Cachera, Deliencourt, Guédé, Plat, Langumier, Lacombe,

91. Clément (André), Desormeaux, Fayot, Cantacuzène, Mlle Cahen, MM. Ab der Halden, Houzeau, Stérin, Delahaye, Pottier,

101. Merklen (Pierre), Magloire, Marie, Ventre, Heim, Loussot, Mlle Chemin, M. Camps, Mme Amiot, née Patti, MM. Janvier,

111. Jeantet, Omnès, Sassier, Rouquès, Priollet, Bruchon, Kyriaco, Mlle Nageotte, MM. Joly, Loevenbrück,

121. Lafitte, Favre, Bouquet, Hambourg, Nataf, Auclair (Jean), Martin (Charles), Moutard, Busson (André), Le Cacheux,

131. Veslot, Anchel, Mlle Scherrer, MM. Baugas, Calmels, Mlle Palisse, MM. Danhier, Bocquentin, Mlle Latil, MM. David (Pierre),

141. Monnier, Colin (Marcel), Delvaille, Bouvier (Georges), Liége, Hénault, Le Guet, Stuhl, Hébert, Delbreil,

151. Mlle Lechopier, MM. Bourgeois (Amable), Dreyfus (Pierre), Gilbrin, Brion, Durrbach, Drouhard, Redaud, Leroy (René), Malpart,

161. Cheynet, Lavoipierre, Béal, Tubiana, Weill (Jean), Chaignon, Poisson, Leproust, Lefrançois, Vayron de la Moureyre,

171. Larribère, Fort (Pierre), Briault, Baron, Decourt, Mlle Gautheron, MM. Manouvrier, Benoist (Marcel), Gavois, Henri (Guy),

181. Gibert (Henri), Albot, Bardin (Ferdinand), Monnerot-Dumaine, Mayrargues, Vaché, Pradier, Leclerc (Max), Mlle Lamy, MM. Cabrol,

191. Viriot, Breton (René), Barzilaï, Mlle David (Georgette), MM. Mahieu, Dinichert, Couperot, Berny, Tortat, Codet.

CONCOURS DE SAN-SALVADOUR. — Composition du jury : MM. les docteurs Pagniez, Lenormant, Lereboullet, Broca et Crouzon.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — Ont été nommés : M. le docteur Denéchau, professeur de clinique médicale, en remplacement de M. le docteur Thibault, décédé.

M. le docteur Antoine, professeur de pathologie interne, en remplacement de M. le docteur Denéchau.

DE GRANDS AMIS DE LA FRANCE HONORÉS EN SORBONNE. — A l'occasion de la séance solennelle de rentrée de l'Université de Paris, des diplômes de docteur *honoris causa* ont été remis samedi 25 novembre dans le grand amphithéâtre

de la Sorbonne, en personne ou par procuration, à d'éminents amis de la France à l'étranger.

Les nouveaux docteurs sont S. E. M. Masaryk, président de la République Tchéco-Slovaque, professeur de philosophie à l'Université de Prague; S. E. M. Bénès, ministre des affaires étrangères de la République Tchéco-Slovaque, professeur de sociologie à l'Université de Prague; M. le docteur Bordet, professeur à l'Université de Bruxelles; M. le docteur Ehlers, professeur à l'Université de Copenhague; M. Lawrence Lowell, président de l'Université d'Harvard; M. Lugeon, correspondant de l'Académie des sciences, professeur à l'Université de Lausanne; M. Michelson, associé de l'Académie des sciences, professeur à l'Université de Chicago; M. Pirenne, professeur à l'Université de Gand; M. Rajna, professeur à l'Université de Florence; M. Elihu Root, ancien secrétaire d'Etat aux Etats-Unis.

Le soir, a eu lieu, en l'honneur des nouveaux docteurs, un banquet auquel assistaient de nombreuses personnalités du monde politique et universitaire.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENTS DU TRAVAIL

CARACTÈRE DE LA FAUTE INEXCUSABLE DU PATRON

On sait que l'article 20 de la loi du 9 avril 1898 prévoit le cas de la faute inexcusable du patron. Comment déterminer celle-ci? C'est une question d'espèce qu'il n'est pas facile de résoudre. On va s'en rendre compte par l'exposé ci-après dans lequel on verra que le Tribunal et la Cour de Nancy avaient chacun une opinion différente.

Le 4 avril 1921, P... (Hippolyte), étant au service de M. B..., industriel à Brin-sur-Seille, fut victime d'un accident mortel de travail survenu dans les circonstances suivantes : il travaillait avec son fils, Paul-Emile, et le sieur X... à l'exploitation d'une carrière pour le compte de M. B... et sous la direction du maître-carrier de ce dernier lorsqu'un éboulement se produisit vers 2 h. 45 du soir, ensevelissant le sieur X... ainsi que les sieurs P..., père et fils. X... fut dégagé sans vie; P... jeune eut une jambe fracturée; P... (Hippolyte) expira presque immédiatement après avoir été dégagé de l'amas de terre qui le recouvrait. Il laissait sa femme veuve avec deux enfants mineurs, tous deux âgés de moins de seize ans au moment de l'accident. Le salaire annuel de l'ouvrier P... (Hippolyte) était de 5.000 francs, ce qui donnait un salaire utile de 4.625 francs.

La veuve prétendit que l'accident mortel survenu à son mari était dû à une faute inexcusable du patron; elle entendait se prévaloir des dispositions de l'article 20, paragraphe 3 de la loi du 9 avril 1898, et réclamer tant pour elle-même que pour ses enfants mineurs l'allocation du double des rentes prévues par l'article 3 de la même loi, modifié par la loi du 31 mars 1905.

Le Tribunal de Nancy, dans un jugement du 29 mars 1921, déclara qu'il était de jurisprudence que le Tribunal avait, sur le caractère inexcusable ou non de la faute du patron comme de celle de l'ouvrier, un pouvoir souverain d'appréciation (Cass. req., 7 fév. 1908, *Gaz. Pal.*, 1908, 1, 454); qu'il était établi, par des constatations du service des mines, relatées au rapport de l'ingénieur-adjoint Chateau, en date du 11 avril 1921, que la carrière où s'était produit l'éboulement était exploitée par M. B... d'une façon défectueuse et en violation des dispositions de l'article 9, alinéa 2 du décret du 24 juin 1891, sur la réglementation des carrières du département de Meurthe-et-Moselle, ainsi conçu : « L'exploitation de la masse est arrêtée à compter des bords de la fouille, à une distance horizontale, réglée à 1 mètre par chaque mètre d'épaisseur des terres de recouvrement, s'il s'agit d'une masse solide, ou à un mètre pour chaque mètre de profondeur totale de la fouille si cette masse, par sa cohésion, est analogue à ces terres de recouvrement »; que la méthode, employée par le patron, condamnée par le service des Mines, présentait, il est vrai, pour lui, l'avantage de le dispenser de se procurer l'emplacement nécessaire à la décharge des terres de recouvrement. Mais, ajoute le Tribunal, l'économie réalisée par B... avait eu pour effet de compromettre la sécurité de ses ouvriers; la faute inexcusable du patron, rendant applicable l'article 20 de la loi du 9 avril 1898, est le fait par ledit patron de n'avoir pas pris les mesures nécessaires pour sauvegarder l'existence de son personnel et lui éviter des dangers professionnels inutiles.

Le Tribunal considéra, dès lors, que le patron B... était responsable de l'accident mortel, survenu à Hippolyte P..., le 4 avril 1921, et qu'il avait commis une faute inexcusable; et il a condamné B... et la Compagnie d'assurances à verser, à dater du lendemain de l'accident, des rentes déterminées avec majoration à la veuve et aux mineurs.

Sur appel du patron, la Cour de Nancy infirma le jugement, parce que les premiers juges avaient fait au cas qui leur était soumis une appréciation inexacte de la faute inexcusable.

« Attendu, dit-elle dans son arrêt du 26 juillet 1922, que les infractions aux prescriptions des lois et décrets relatifs à la sécurité des ouvriers, lorsqu'elles ont occasionné un accident, ne constituent pas toujours par elles-mêmes la faute inexcusable; que certaines circonstances de fait peuvent être relevées qui en atténuent plus ou moins la gravité;

Attendu, d'une part, que B... n'exploitait que depuis sa démobilisation la carrière et le four à chaux de Brin-sur-Seille; que, n'ayant aucune expérience en matière d'exploitation de carrière, il en avait confié la direction au sieur L... qui avait travaillé à la carrière de Brin pendant dix-neuf ans comme ouvrier et depuis un an comme maître-carrier;

Attendu que la faute inexcusable est celle qui dénote une négligence intentionnelle et quasi dolosive; que tel n'est pas le cas dans l'espèce, B... ayant placé à côté des ouvriers, la plupart peu habitués au travail des carrières, qui lui avaient loué leurs services, un contremaître qui, non seulement devait avoir l'expérience des méthodes qu'il convenait de suivre, mais encore avait une connaissance particulière de la nature des masses de terrain, de leur compacité et de leur résistance;

Attendu, d'autre part, qu'il résulte des enquêtes tant de celle du juge de paix que de celle de l'ingénieur des Mines, que les imprudences et infractions au décret réglementaire relevées à juste titre contre B... n'ont pas été les seules causes de l'accident;

Attendu, en effet, que les ouvriers carriers, qui, comme P..., travaillent à la tâche, c'est-à-dire au mètre cube, commettent souvent l'imprudence de creuser en « sous-cave » au pied du front de taille afin de faciliter la chute d'une masse plus considérable; que, parfois même, ils provoquent des éboulements que leur expérience leur permet de prévoir assez à temps pour qu'ils puissent se porter en arrière et éviter d'être atteints. »

C'est ce qui s'était produit.

Dans ces conditions, la Cour n'a pas maintenu les majorations accordées par le Tribunal. Elle a accordé les rentes annuelles et viagères qui avaient été offertes par le patron et la Compagnie d'assurances.

La jurisprudence est fixée en ce sens que la faute inexcusable du chef d'entreprise doit consister dans une négligence ou une imprudence d'une exceptionnelle gravité, témoignant d'une insouciance de ses devoirs les plus élémentaires, d'un mépris visible de la sécurité de ses ouvriers. C'est aux tribunaux à l'apprécier.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LA PÉRIODE DITE PRODOMIQUE DANS LES VOLVULUS DU GROS INTESTIN CONSTITUE LA PÉRIODE D'ÉTAT DE CETTE AFFECTION

Par M. Ch. LEFEBVRE,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Toulouse.

Les chirurgiens ayant eu à traiter des malades atteints d'occlusion intestinale par volvulus du côlon et du côlon pelvien en particulier, savent pour avoir assisté à de fréquents insuccès, quelle est la gravité de cet accident.

Aussi les multiples travaux portant sur le sujet, insistent-ils sur la nécessité d'un diagnostic précoce.

Mais est-on autorisé à affirmer catégoriquement un volvulus en face d'un patient qui en offre la possibilité?

Il faut reconnaître, comme Forgue l'écrit très justement « qu'en dépit d'une observation minutieuse et critique, maintes fois notre diagnostic demeure dans l'indécision ». Tout au plus, peut-on y penser quand tout à fait au début de l'occlusion, on constate un météorisme localisé vers la partie inférieure gauche de l'abdomen, une augmentation asymétique du ventre en déformation oblique (Bayer), à maximum assez souvent du côté droit, phénomène tout à fait explicable pour Forgue, par la dilatation souvent énorme de l'anse sigmoïde obstruée, perceptible à la palpation (signe de von Wahl).

Mais les premières heures passées, l'abdomen uniformément distendu ne permet plus aucune précision dans l'investigation.

Autre point d'interrogation, en ce qui concerne la conduite à tenir en face d'un côlon volvulé : détorsion simple, fixation, entérostomie, colo-colostomie, résection en un ou plusieurs temps? Autant de cas d'espèces livrés à l'appréciation de l'opérateur, suivant les indications tirées des divers degrés d'intégrité ou d'altération de l'anse.

Ces questions très succinctement signalées, sont très difficiles à résoudre et confirment l'extrême gravité du volvulus du côlon.

Devons-nous nous contenter de ces propositions et ne pas chercher à mieux obtenir de ces malades?

Nous pensons que la chose est possible.

Les phénomènes aigus d'occlusion qui amènent ces malades au chirurgien ne sont que la conclusion souvent fatale, la complication terminale d'un état antérieur qui constitue lui, la maladie type, la plus importante en somme, puisqu'à ce moment, à notre avis, un diagnostic précis peut être porté, un traitement utile mis en pratique.

Avant de devenir définitif, avant de se fixer, le volvulus en effet, se reproduit souvent à plusieurs reprises. Nous savons que la rotation n'a pas besoin d'être très accentuée pour produire les accidents d'occlusion. Ce qui importe c'est cette fixation de l'anse en mauvaise position; il en est d'ailleurs de même dans les coudures de l'intestin qui n'arrêtent le transit intestinal qu'une fois fixées; nous avons déja, dans un de nos travaux antérieurs, énoncé ce fait, à propos du cæcum mobile.

Ces premiers accidents sont un avertissement que le médecin doit prendre en considération absolue.

L'étude des nombreuses observations de volvulus publiées par les auteurs, prouve sans conteste ce que nous avançons. Pour pouvoir en juger, nous en rapporterons très succinctement quelques-unes :

Barié et Ducastel. — Homme soixante-douze ans. Constipé habituel depuis un an. Mort.

Pertz. — Femme trente-huit ans. Constipation opiniâtre depuis deux ans. Mort.

Pertz. — Homme trente-trois ans. Constipation habituelle depuis deux ans. Mort.

Léger. — Femme cinquante et un ans. Constipation opiniâtre depuis longtemps. Mort.

Léger. — Homme cinquante et un ans. Constipation habituelle. Mort.

Spencer Watson. — Homme quatre-vingt-six ans. Constipation opiniâtre depuis très longtemps. Mort.

Melchiori. — Homme quarante-cinq ans. Depuis six mois constipation opiniâtre. Mort.

Melchiori. — Homme trente-neuf ans. Constipation opiniâtre depuis cinq ans. Mort.

Ces cas ont été rapportés par Liehaut.

Lecène. — Femme trente-six ans. « Très constipée d'habitude, n'allant à la selle que tous les quatre jours avec force pilules, laxatifs et lavements. »

Lecène. — Homme soixante ans. Constipé.

Lecène. — Homme. Constipé habituel depuis sa première enfance; opéré en 1896 par Hartmann (détorsion); récidives traitées en 1906 et en 1909 par nouvelle détorsion; récidive; résection.

Duroux et Mangini. — Homme soixante-cinq ans. « Dans les antécédents on ne trouve à signaler qu'un état de constipation habituelle avec parfois des crises de coliques s'accompagnant d'un arrêt brusque des matières et des gaz. » Mort.

Duroux et Mangini. — Homme soixante-huit ans. « Depuis l'âge de cinquante ans série de crises intestinales s'accompagnant de l'arrêt des gaz, d'un tympanisme douloureux et se terminant au bout de deux à trois jours, par une évacuation de glaires, parfois sanguinolentes, puis ensuite de matières fétides. » Guérison.

Viguier. — Homme vingt-cinq ans. Opéré à dix-sept ans pour occlusion (gros intestin noué); « depuis, il était sujet à de fréquentes crises de douleurs et d'arrêt stercoral qui duraient quelques heures, une journée parfois et cédaient seules ». Mort.

Viguier. — Femme quarante-deux ans. Opérée vingt mois auparavant pour volvulus (détorsion); récidive; résection; guérison.

Pierre Delbet. — Homme cinquante ans. « Volvulus chronique intermittent » — « crises de constipation extrêmement fréquentes s'accompagnant de douleurs violentes et se terminant par de la diarrhée. »

Pierre Delbet. — Malade ayant eu une crise abdominale avec obstruction; refuse l'intervention; se rétablit seul; volvulus probable, car « il n'y a guère que celles dues à des volvulus qui puissent guérir spontanément. »

Tuffier. — Homme soixante ans. « Le seul fait digne d'intérêt et sur lequel insistait beaucoup le malade, c'est que très souvent il avait présenté des accidents semblables, mais moins intenses et qui cédaient spontanément. » Mort.

Ingebrigtsen. — Homme soixante-quatre ans. « Constipé depuis quinze ans, voit cette constipation augmenter au cours des trois ou quatre dernières années. »

Ingebrigtsen. — Homme soixante-dix ans. « A eu déjà à trois reprises des crises de constipation ayant duré quelques jours. »

Ingebrigtsen. — Homme quarante et un ans. « A deux reprises déjà, il y a vingt ans et il y a un an, avait eu des crises de constipation subite, avec ballonnement du ventre, ayant duré quelques jours. »

Snow. — Femme vingt et un ans. « Dans les antécédents de la malade, on trouve différentes crises de coliques, se répétant d'abord à intervalles d'environ trois semaines, devenues ensuite plus fréquentes, survenant deux fois par semaine environ et durant de quatre à six heures. »

Guibé. — Homme trente et un ans. « Depuis son enfance, a toujours été constipé, n'allant guère à la selle que tous les quatre ou cinq jours; cette constipation s'est encore accrue ces dernières années et, à quatre ou cinq reprises déjà, il a

eu des crises d'occlusion qui, après cinq à six jours, se sont toujours spontanément terminées par la guérison. »

Eccles Smith. — Homme trente-trois ans. « Depuis plusieurs années, présentait des crises digestives avec constipation et stase intestinale, douleurs et gêne après les repas, et parfois vomissements. »

Guimbellot. — Femme vingt-six ans. « La malade déclare avoir toujours été constipée depuis sa tendre enfance, et cette constipation s'est accentuée dans ces dernières années, jusqu'à devenir invincible par les moyens ordinaires. La malade reste souvent quatre et cinq jours sans aller à la selle.

« Avec cette constipation le ventre a toujours été relativement volumineux, et fréquemment la malade a été prise de coliques violentes, durant souvent jusqu'à trois et quatre jours mais sans débâcles diarrhéiques consécutives. » Guérison.

Okinczyc. — Homme cinquante-deux ans. « Avait eu en 1915 une crise d'obstruction intestinale qui avait duré douze jours et cédé spontanément. En juin 1916, nouvelle crise d'occlusion plus grave qui nécessita un anus contre nature. »

Alglave. — Homme cinquante ans. « Evacué en Suisse, en 1916, en raison de troubles intestinaux persistants ayant, à plusieurs reprises, donné lieu à des phénomènes de subocclusion qui duraient parfois de douze à dix-huit heures. »

Loubat. — Homme soixante et un ans. « Le tube digestif en particulier, fonctionnait régulièrement sauf depuis un an où le malade a observé quelques irrégularités, consistant en périodes assez espacées de constipation, pendant deux à trois jours; cette constipation s'accompagnait fréquemment de coliques peu vives. » Mort.

Villette. — Femme dix-sept ans. « Cette jeune fille était sujette depuis trois ans, à des crises subites de douleurs dans la fosse iliaque gauche. »

Villette. — Femme cinquante-sept ans. « Elle avait eu précédemment plusieurs crises qui s'étaient résolues spontanément. »

Après les faits cliniques que nous venons de rapporter, voici ce qu'écrivent certains auteurs :

« C'est pourquoi, il nous paraît juste de tenir compte dans l'exposé clinique du volvulus, des étranglements, de ces ébauches de torsion qui se produisent pendant des années, caractérisées seulement par des crises de constipation opiniâtre, sans que l'étranglement par fixation de la torsion s'installe. » (Duroux).

« Il est très rare que le volvulus iliaque ne soit pas précédé d'une phase plus ou moins longue de troubles intestinaux : c'est la phase dite médicale (Roux). Il est certain que dans un avenir prochain, l'examen systématique de l's iliaque par l'endoscopie, la radioscopie, permettra de reconnaître des anses longues, coudées, que le chirurgien fixera ou réséquera pour parer à des accidents intestinaux immédiats et éviter le volvulus ultérieur. » (Patel).

« Un interrogatoire attentif révèle, ordinairement, chez ces malades l'existence d'une *constipation habituelle*, qui, pendant un délai plus ou moins prolongé, précède les accidents d'occlusion. *Evacuations rares et pénibles*, accompagnées de *coliques*, quelquefois avec *nausées*, ne cédant qu'à l'emploi de lavements haut portés; ces petits signes ont la valeur d'accidents prémonitoires; *ils correspondent, vraisemblablement, à l'établissement progressif de la mésosigmoïdite rétractile et de la stase stercorale dans le côlon pelvien.* Un degré de plus et l'on voit apparaître des crises *d'obstruction à rechute*, d'ailleurs passagères et remédiables, auxquelles suffisent des moyens médicaux : belladone, lavements du haut rectum; c'est ce que Riedel appelle les crises de pseudo-occlusion, ce sont « les attaques d'occlusion » de Brehm. Il est intéressant de rechercher ces troubles antérieurs; ils aident au diagnostic. Ils répondent à des coudures temporaires du côlon pelvien sur son segment fixe mésentérique; mais tant que le méso reste encore assez souple, l'intestin peut redresser sa direction par un effort péristaltique et une débâcle vide l'anse (Forgue). »

Pauchet ne manque pas de rappeler aussi les phénomènes intermittents de sub-occlusion qui précèdent l'occlusion définitive.

Nous devons convenir, évidemment, que l'attention des médecins a été ainsi attirée sur l'existence de la constipation dans les antécédents des malades atteints d'occlusion par volvulus. Mais cet appel n'a pour but, dans l'esprit des auteurs, que de rendre le diagnostic d'occlusion par volvulus probable, une fois cette occlusion installée complètement et définitivement. Les citations que nous venons de rapporter ne représentent, d'ailleurs, qu'une toute petite partie des travaux de ces auteurs qui traitent surtout et beaucoup plus longuement des signes cliniques et du traitement chirurgical de ces volvulus.

Notre intention est d'agir ici, à l'opposé et de donner la prépondérance qu'ils méritent aux accidents prétendus prémonitoires.

Ces accidents représentent pour nous, non plus la période prodromique de l'affection, mais sa période d'état, à proprement parler.

C'est à ce moment que le diagnostic doit être établi, c'est à ce moment que l'acte opératoire radical typique peut être utilement exécuté. Nous ne pouvons qu'approuver les paroles de Viguier : « La résection de l'anse, faite à froid, en dehors d'une période d'occlusion, ou bien quand l'état général le permet, paraît seule constituer la véritable cure radicale du volvulus du côlon pelvien. »

Pour nous, donc, les divers qualificatifs employés par certains auteurs précités ne lancent pas un appel suffisamment énergique : « *ces petits signes ont la valeur d'accidents prémonitoires* » (Forgue); « *tendance très marquée et bien connue à récidiver* » (Alglave); « *ces petits accidents prémonitoires* » (Loubat).

C'est une funeste hérésie que de parler de « phase médicale » (Roux) en matière de volvulus du côlon.

Donc, tout sujet présentant une constipation inaccoutumée et surtout, si des crises passagères de douleurs, de coliques avec arrêt plus ou moins complet, plus ou moins apparent du transit intestinal, devra, avant toute thérapeutique active, être soumis à un examen approfondi de son tube digestif et, pour ce qui nous occupe présentement, de son gros intestin. La radiologie est la meilleure méthode de recherche, à ce point de vue; elle nous décèlera à coup sûr, l'état de l'intestin; le sigmoïde est parfaitement visible à l'aide d'un lavement opaque; il sera, dans les cas qui nous intéressent, sous la forme d'une anse souvent très dilatée à sa partie moyenne et très rétrécie au niveau de son pied; le sigmoïdoscope viendra confirmer le fait.

Les quelques observations, dont nous avons rapporté, les extraits essentiels suffisent à nous montrer que ces malades dont une forte proportion a trop chèrement payé l'attente, souvent prolongée, qui les a amenés à la complication fatale, pourront guérir, pris à temps.

Il faudra donc de toute nécessité, livrer à un examen précis et approprié tout sujet présentant le moindre trouble un peu persistant ou récidivant

dans la circulation de son contenu intestinal. Nous avons insisté sur ce fait dans le travail antérieur que nous avons signalé un peu plus haut, dans lequel, d'ailleurs nous demandons une attention aussi importante envers d'autres altérations du tube digestif, les cancers, par exemple.

Pour le volvulus du côlon, la question est donc toute à reprendre, en renversant la place des facteurs. La période dite des prodromes ne doit plus être considérée comme faisant partie des antécédents du malade ; elle ne constitue pas davantage « la phase médicale » de l'affection. *Elle conditionne sans conteste, la maladie instituée, à sa période d'état.*

Ces principes doivent selon nous, éviter les nombreux désastres des volvulus traités à la période d'occlusion définitive.

BIBLIOGRAPHIE

ALGLAVE et GUIMBELLOT. Volvulus de l'S iliaque, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 8 déc. 1920.
DELBET (Pierre). Volvulus du côlon pelvien, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 11 juin 1913.
DUROUX et MANGINI. Volvulus du côlon pelvien, *Lyon chir.*, 1912, p. 41.
ECCLES SMITH. Volvulus du cæcum, *Brit. med. Journ.*, 28 fév. 1920, n° 3.087.
FORGUE. Quelques précisions au sujet des volvulus de l'S iliaque, *Presse méd.*, 10 janv. 1920, n° 3.
GUIBÉ. Mégacôlon congénital, volvulus de l'S iliaque, *Année méd. de Caen*, fév. 1920, n° 2.
GUIMBELLOT. Voir ALGLAVE.
INGEBRITSEN. Volvulus de l'S iliaque, *Lyon chir.*, sept.-oct. 1919, n° 5.
LECÈNE. Contribution à l'étude du volvulus du gros intestin, *Revue de chir.*, 10 janv. 1910.
LEFEBVRE. *Th. de Toulouse*, janv. 1919; — *La Chirurgie de la constipation*, Baillière, édit.
LIÉBAUT. Volvulus de l'S iliaque, *Th. de Paris*, 1882.
LOUBAT. Volvulus de l'S iliaque, *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 19, déc. 1921.
OKINCZYC. Sur le volvulus de l'S iliaque, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 12 janv. 1921.
PATEL. Chirurgie du côlon pelvien, *XXVIe Congrès de l'Assoc. franç. de chir.*, oct. 1913.
PAUCHET. Le volvulus iliaque, *Soc. de méd. de Paris*, 11 mars 1921.
SNOW. Volvulus du côlon, *Med. Journ. of Australia*, 31 janv. 1920.
VIGUIER. Volvulus du côlon pelvien (rapport de Lejars), *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris.*
VILLETTE. Volvulus de l'S iliaque, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 29 janv. 1922, n° 5.

ACTUALITÉS

OÙ EN EST LA QUESTION DES VITAMINES ?

Le XVIe Congrès français de médecine, qui vient de se tenir à Paris, avait inscrit à son programme le traitement préventif et curatif des maladies par carence, et MM. WEIL et MOURIQUAND (de Lyon) d'une part, M. RATHERY (de Paris) de l'autre, furent chargés des rapports. Ceux-ci, en raison de la compétence reconnue de leurs auteurs, nous fournissent un exposé très intéressant et très documenté de la question. Mais sommes-nous, à présent, mieux renseignés sur la nature réelle et la fonction propre des vitamines, c'est ce qu'il importe de se demander.

Passant sur l'historique, avec lequel du reste les médecins sont aujourd'hui familiers, nous indiquerons tout de suite les caractéristiques des principales vitamines, telles qu'elles ressortent des recherches actuelles.

La vitamine A, insoluble dans l'eau, est soluble dans les graisses, les huiles et la benzine, d'où le nom de *liposoluble* qu'on lui donne ; elle résiste à la stérilisation, mais est détruite par les rayons ultraviolets. On la rencontre dans le beurre, le jaune d'œuf, l'huile de foie morue, les lipoïdes des glandes, dans la carotte, les feuilles de chou, de trèfle et d'épinard ; en revanche, il y en a fort peu dans les huiles d'olives, d'arachides et d'amandes douces et dans le saindoux. La vitamine A de FUNK, qui paraît identique au facteur soluble A de Mac COLLUM, est dite aussi vitamine de croissance ou *antirachitique*, parce que sa déficience semble entraîner des retards et des altérations du développement, peut-être les lésions du rachitisme et enfin les troubles oculaires de la xérophtalmie.

La vitamine B est soluble dans l'eau et l'alcool, mais non dans l'éther; on lui donne, par suite, le qualificatif d'*hydrosoluble*. Les alcalins la détruisent facilement, tandis que les acides contribuent à sa conservation ; d'où sa disparition dans les conserves de légumes verts auxquelles on ajoute du carbonate de soude. Sensible à l'action de la chaleur, elle ne l'est cependant pas au même degré dans tous les cas. Ainsi le chauffage au-dessus de 100 degrés centigrades détruit 40 p. 100 des vitamines du haricot et seulement 5 à 10 p. 100, d'après W. MILLER, de oelles de la carotte. Il semble donc qu'il y ait deux vitamines B, celle de FUNK et le water sol de Mac COLLUM. Dernièrement FUNK et DUBIN ont été portés à admettre plutôt l'existence d'une vitamine D, qu'on rencontre dans la levure avec B et qui serait indispensable au rat, mais non au pigeon. Il est vrai que divers auteurs ont tenté en vain d'isoler cette nouvelle vitamine. Quoi qu'il en soit, la ou les vitamines B se trouvent dans un grand nombre d'aliments, lait, beurre, cœur, cerveau, foie, pancréas, rein, levures, racines, tiges, feuilles et fruits des végétaux ; dans les graines des céréales, seuls en renferment la cuticule et le germe, et le noyau amylacé en serait dépourvu. Il s'ensuit que nos procédés perfectionnés de mouture privent le pain blanc de la presque totalité de ces vitamines. Le béribéri est l'expression la plus nette des accidents qui découlent de cette privation, et notamment du polissage du riz, et c'est pourquoi la vitamine B s'appelle aussi vitamine *antibéribérique* ou *antinévritique*.

L'étude de la vitamine C, ou *antiscorbutique*, est encore assez peu avancée, en raison de son extrême sensibilité à l'action de la chaleur et des oxydants. Toutefois, si le chou et le pissenlit perdent leur pouvoir antiscorbutique par la simple ébullition, l'oseille et le jus de citron le gardent, au contraire, ce que l'on est tenté d'expliquer par l'influence conservatrice des acides organiques. Tous les légumes verts et les fruits frais renferment cette vitamine C, mais non les légumes et les fruits secs. On n'en rencontre pas dans les graines, car elle y apparaît seulement au moment de la germination. On en trouve aussi en petite quantité dans le lait frais. La fragilité de cette vitamine la rend très sensible au vieillissement ; des conserves fraîches qui en renferment une certaine proportion au moment de leur fabrication n'en contiennent plus au bout de quelques mois. Il s'ensuit que le scorbut infantile est la conséquence de l'usage continu, non pas de laits

pasteurisés ou stérilisés dans les familles et consommés aussitôt, mais de préparations industrielles, chauffées à haute température, et dont l'emploi alimentaire n'a lieu que beaucoup plus tard.

D'autres vitamines encore ont été signalées. Hess a cru en découvrir une dans le beurre, Funk et Dubin une autre dans la viande extractée, toutes les deux différentes de la vitamine antirachitique. On a décrit, enfin, une vitamine antipellagreuse. Mais ces nouvelles vitamines sont encore très mal connues et leur existence ou leur individualité reste douteuse.

*
* *

Non moins discutée et problématique est la nature de ces corps. On sait que C. Funk avait réussi à extraire, de la balle du *paddi*, une base pyrimidique, cristallisable, fondant à 233 degrés centigrades, qu'il regardait comme la vitamine du riz. Pour lui, toutes les vitamines seraient des substances chimiquement définies. Mais divers auteurs, et Botazzi en particulier, montrèrent que ces substances étaient impures et que, si on les débarrassait de leurs prétendues impuretés, elles perdaient toutes leurs propriétés thérapeutiques. On fut amené de la sorte à abandonner l'hypothèse de Funk et à assimiler les vitamines à des ferments. C'est la théorie adoptée, en France, par MM. Weil et Mouriquand. On a objecté toutefois que les véritables ferments sont inhibés brusquement entre 60 degrés et 70 degrés centigrades, tandis que les vitamines, même les plus labiles, ne perdent leur activité que progressivement, à mesure que la température s'élève. Aussi Hopkins et G. Schæffer ont-ils soutenu qu'elles ne sont pas de véritables ferments, mais jouissent de propriétés catalytiques, distinction au fond, un peu subtile, puisqu'il s'agit de matières certainement organiques, dont, en tout cas, le métal de base est encore totalement inconnu. M. A. Lumière a, de son côté, identifié les vitamines aux hormones et notamment à la sécrétine, à quoi Mac Collum répond que l'excitation des sécrétions glandulaires est plutot attribuable à la présence de produits accessoires, histamine, tyramine, etc. Cependant cette idée a été reprise, sous une autre forme, par Mac Carrisson, Portier et Renshaw. M. Portier voit, dans les vitamines, des excitants de la « fécondation nucléaire » dont la déficience entraînerait par conséquent « un trouble profond du métabolisme nucléaire » ; de son côté, Mac Carrisson les considère comme des régulateurs des sécrétions digestives et endocrines et de la nutrition du système nerveux, et Renshaw de l'utilisation de l'énergie. Toutes ces interprétations s'attestent, on s'en rend compte, de moins en moins claires.

Répondant aux rapports de MM. Weil et Mouriquand et de M. Rathery, M. J. Chevalier en revient franchement à une conception analogue à celle qu'a défendue C. Funk, à savoir que les vitamines sont des dérivés ultimes des protéines et de certains autres corps indispensables à l'organisme, dont l'homme et beaucoup d'autres animaux à sang chaud ne peuvent faire la synthèse et qu'ils sont par suite obligés d'emprunter nécessairement aux substances alimentaires qui les renferment. On a constaté depuis longtemps déjà le rôle irremplaçable que jouent divers acides aminés dans les phénomènes nutritifs et on avait songé à comparer l'action des vitamines à celle de ces acides aminés. M. J. Chevalier fait de cette notion le point de départ de sa théorie. « Tous les aliments riches en vitamines B, dit-il, le sont également en nucléo-albumines et le dédoublement de ces dernières donne naissance non seulement à des acides aminés, mais aussi à des acides nucléiniques, qui, en se scindant, produisent des pentosides nucléiniques (adénosine, guanosine, etc.), lesquels aboutissent finalement à des bases xanthiques et pyrimidiques. Tous ces corps entrent dans la constitution des albuminoïdes des divers tissus, mais, en outre, ils sont doués de propriétés pharmacodynamiques, qui en font soit des cardio-vasculaires, comme les acides aminés et les bases xanthiques, soit des excito-sécrétoires, des toninervins, comme les bases pyrimidiques. » « Remarquez encore, ajoute-t-il, que Funk a assimilé sa vitamine à une base pyrimidique, William à un produit de condensation de l'acide nicotinique, Seidell à un isomère actif de l'adénine, et que la méthode d'isolement préconisée par Rathery, dans son rapport, aboutit à l'obtention d'une base similaire. » Toutes ces circonstances concordantes sont en effet assez impressionnantes. Mais il y a plus, Cooper a guéri des cas de béribéri avec de la strychnine et de la quinine et il en conclut que ces alcaloïdes contienne de la vitamine B. N'est-il pas plus simple et plus logique d'admettre, quand on connaît le mode de préparation de ces substances, qu'elles renferment des noyaux moléculaires ayant les mêmes propriétés que le facteur antinévritique? Notons enfin que tout ce qui vient d'être dit de la vitamine B s'applique également et pour les mêmes raisons aux vitamines A et C.

En somme, d'après M. J. Chevalier, les vitamines sont des corps que l'homme et les animaux sont obligés d'emprunter, préformés, à leurs aliments. Mais cela ne suffit pas. Il faut encore, d'une part, que ces aliments se présentent à un état tel que les principes dits vitaminiques y soient intacts, et, de l'autre, que la digestion et l'assimilation restent capables de les libérer puis de les fixer. Autrement dit, les vitamines sont des aliments à fonctions électives variées, dont le défaut, s'ils viennent à manquer ou à ne pas s'assimiler, entraîne ces troubles du métabolisme nerveux, glandulaire ou osseux que l'on groupe sous le nom de maladies par carence ou d'avitaminoses, absolument comme l'insuffisance ou la mauvaise élaboration de l'albumine, des graisses ou des matières minérales banales entraîne les phénomènes de l'inanition, de la déminéralisation et de certaines maladies de la nutrition.

Ce point de vue est assez nouveau, bien qu'on se soit efforcé déjà de distinguer avec soin l'inanition de la carence vraie, mais il suffit de se rappeler à quels désordres conduisent la simple déficience du fer, de l'iode, du manganèse ou du zinc pour comprendre qu'il n'y a pas de différence essentielle entre cette déficience et l'avitaminose. En tout cas, la conception de M. J. Chevalier rend compte du résultat de certaines expériences de M. A. Lumière sur les pigeons. Sans dissiper complètement toutes les incertitudes et les obscurités qui enveloppent la question des vitamines, elle semble du moins ouvrir à nos recherches une voie plus accessiblee et qui ne peut manquer d'aboutir bientôt à des découvertes fécondes.

J. Laumonier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1922)

Sur la radio-activité des sources de la région de Bagnoles-de-l'Orne et son rapport avec la structure géologique. — M. P. LOISEL.

Sur l'existence de glandes sympathicotropes dans l'ovaire et le testicule humains; leurs rapports avec la glande interstitielle du testicule. — M. L. BERGER.

Hérisson et virus rabique. — Le hérisson présente une immunité remarquable vis-à-vis des venins, de certaines toxines microbiennes et des poisons en général; Mme PHISALIX a étudié sa résistance au virus rabique; la longue évolution habituelle de la maladie; les périodes de rémission, la guérison spontanée qui peut survenir, l'inconstance enfin avec laquelle l'encéphale des hérissons mort de rage peut transmettre la rage au lapin, montrent que l'organisme du hérisson se défend assez bien contre le virus rabique et semble même capable de détruire ou tout au moins d'atténuer ce virus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1922)

Traitement des fibromes par le radium. — M. DESCOMPS, à propos de la communication faite dans l'avant-dernière séance par M. Cunéo, dit avoir traité cinquante-six fibromes par la curiethérapie; de ces observations il résulte qu'il ne faut jamais recourir au radium quand il y a la moindre lésion annexialle. Ces lésions, même les plus légères, constituent des contre-indications formelles à l'emploi du radium. Dans la plupart des cas, il est indiqué de dilater préalablement le col utérin. Il ne faut pas employer de doses trop fortes de radium ni, comme durée d application, dépasser vingt-quatre heures. L'une des causes principales d'accidents consécutifs est l'insuffisance de la filtration secondaire.

Ostéome du brachial antérieur. — M. Paul BAZY, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Mouchet, apporte un cas de traitement d'un ostéome du brachial antérieur par la radiothérapie. Diminution très notable de l'ostéome, bon résultat fonctionnel.

Traitement d'une perte de substance considérable de l'avant-bras par la greffe. — M. ROUVILLOIS fait un rapport sur une observation adressée par M. Plisson. Il s'agit de la réparation, par une greffe, d'une perte de substance très notable de l'avant-bras, chez un blessé de guerre. Réfection parfaite, bon résultat fonctionnel grâce à la physiothérapie et à la mobilisation précoce.

Hémorragie post-puerpérale, polype du col, inversion utérine. — M. OKINCZYC fait un rapport sur une observation de M. Miginiac (de Toulouse). Il s'agit d'une femme en travail chez laquelle la sage-femme, en tirant sur le cordon, le rompt; hémorragie considérable momentanément arrêtée par le tamponnement, anémie consécutive; quelque temps après, on constate l'existence d'un polype du col et une inversion utérine, irréductible. M. Miginiac fait une section médiane antérieure du col dans toute sa longueur A l'aide du palper abdominal combiné avec l'introduction d'une sonde dans la vessie, on constate que le doigt qui palpe est en contact direct avec le bout de la sonde, ce qui indique que l'inversion utérine est presque totale.

M. Miginiac a fait d'abord une colpotomie transversale. Grâce à l'incision du col, il peut pénétrer dans la cavité de l'utérus et le redresser. Il suture ensuite l'incision du col par des points séparés. Guérison.

Voie d'accès sur le médiastin antérieur. — M TUFFIER fait un rapport sur un travail de M. Alcher. Pour aborder le médiastin antérieur et arriver facilement sur le cœur, M. Alcher propose de faire une section totale du sternum, de haut en bas. Des recherches que M. Tuffier a faites sur le cadavre, il résulte qu'on obtient ainsi un accès large et facile, en écartant les deux volets ainsi constitués et sans léser ni les vaisseaux superficiels, ni les vaisseaux profonds. M. Alcher a fait construire un écarteur spécial qui permet d'écarter largement les deux volets du sternum.

Occlusion de l'intestin grêle. — M. OKINCZYC fait un rapport sur une observation de MM. Combier et Murard. Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans qui présentait un syndrome d'occlusion intestinale. Quelques années auparavant, ce jeune homme avait eu un abcès de l'ombilic. Les signes d'occlusion dataient de cinq jours. Vomissements, pouls à 80, pas de température. M. Murard intervint, trouva une bride partant de l'ombilic, allant jusqu'au grêle, constata une occlusion du grêle, des adhérences et fit une anastomose au-dessus et au-dessous de la zone d'adhérence. Le lendemain le pouls monta à 140, sans température. Lavage d'estomac, guérison.

Sarcome de l'intestin grêle. — M. LENORMANT fait un rapport sur un travail de M. Marmas (d'Orléans) relatif à un cas de sarcome de l'intestin grêle. Ces sarcomes sont assez rares. M. Lecène en a réuni seulement quatre-vingt-neuf cas.

Dans le cas de M. Marnac, il s'agit d'une femme de cinquante et un ans qui a été prise de signes d'obstruction intestinale. On sentait une tumeur arrondie dans la région sus-ombilicale. On porta le diagnostic de kyste ovarique à pédicule tordu. La laparotomie montra qu'il s'agissait d'un sarcome de l'intestin grêle. Entérectomie. Guérison.

Blessure à l'artère axillaire. — Second rapport de M. LENORMANT sur un cas de blessure de l'axillaire par coup de couteau chez une femme de soixante-deux ans. Hémorragie, tamponnement; quinze jours après, nouvelle hémorragie et, consécutivement, formation d'un énorme anévrisme et apparition d'une paralysie du bras. Trois mois après M. Brau-Tapie intervient, vide la poche de ses caillots, se porte vers l'artère axillaire, qu'il trouve déchirée sur une certaine étendue, la lie au-dessus et au-dessous de la plaie, guérison, sans la moindre menace de gangrène.

La greffe ostéo-périostique comme traitement des pseudarthroses. — M. DUJARIER, dans six cas de pseudarthrose, suite de fracture du col du fémur, a eu recours à la greffe ostéopériostique qu'il trouve supérieure au vissage métallique, M. Dujarier décrit, en détail, sa technique et communique six observations avec un très bon résultat.

Valvule du col de la vessie. — M. LECÈNE fait un rapport sur une observation de M. Martin (de Toulouse). Il s'agit d'une valvule congénitale du col de la vessie déterminant, chez un jeune homme de vingt et un ans, des troubles urinaires graves, et une cystite chronique. Une sonde, introduite dans l'urètre, butait contre cette valvule sans pouvoir la franchir. La section de cette valvule a assuré la guérison.

Signalons enfin un second rapport de M. LECÈNE sur une communication de M. Gautier (de Luxeuil).

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1922)

Hémihypertrophie congénitale. — M. LANCE, à propos de la communication de M. Babonneix à la précédente séance, fait remarquer que ces anomalies ne siègent pas toujours à droite. Il en a vu deux cas portant tous les deux sur le membre inférieur gauche. Dans l'un tout le membre et la moitié du tronc étaient couverts de nævi, dans l'autre de taches pigmentaires confluentes. Dans les cas légers localisés, la différence de longueur et de circonférence des membres s'exagère beaucoup à la croissance.

Rhumatisme chronique tuberculeux à forme plastique ankylosante et quasi-généralisé. — MM. P. HARVIER et LEBÉE. L'affection a débuté, à l'âge de dix ans, par une atteinte légère et passagère des grosses articulations (hanches, genoux, coudes). Après une accalmie de plus d un an, l'enfant, envoyé à Berck, est immobilisé dans un plâtre, pour

coxalgie, pendant six mois durant lesquels les lésions se généralisent. Actuellement, on constate une ankylose partielle des épaules, totale des coudes et des poignets, des hanches, des genoux, des tibio-tarsiennes, une spondylose cervicale et dorso-lombaire, des déformations des mains et des pieds. Ce rhumatisme chronique est indolore. L'examen radiographique décèle une transparence anormale de tout le tissu osseux et l'absence de lésions ostéo-articulaires. Il s'agit d'un rhumatisme chronique, à forme plastique ankylosante, que les auteurs rattachent à la tuberculose (hérédité maternelle tuberculeuse, habitus tuberculeux du sujet, adénopathie médiastine, cuti-réaction positive).

Cette observation est remarquable par l'étendue des lésions.

Discussion. — MM. Lamy, Apert, Lesné, Merklen, Trèves citent des cas de rhumatisme déformant ankylosant généralisé de l'enfant survenu à dix-huit mois, trois ans. Dans le cas de Lamy il y avait eu luxation des deux hanches, ce qui avait fait penser à de la coxalgie. Tous ces orateurs pensent qu'il s'agit là de rhumatisme tuberculeux. Le cas de M. Lesné, atteint à dix-huit mois, est mort à cinq ans de méningite tuberculeuse.

M. Blechman rappelle que pour M. Dufour il s'agit, dans ces cas, d'hérédo-syphilis.

Dystrophies ostéo-musculaires congénitales, absence des rotules. Troubles de la marche. Hérédité alcoolique. — MM. P. Harvier et Lebée présentent un enfant de neuf ans chez lequel on constate une absence des rotules, une amyotrophie des muscles des jambes, une inexcitabilité électrique des muscles péroniers latéraux, des pieds bots en varus, et, aux membres supérieurs, une atrophie avec hypoexcitabilité des triceps brachiaux, une subluxation en arrière de la tête du radius, du côté droit une onychotrophie. Les perturbations de la marche sont en rapport, non pas avec l'absence de rotule et les difformités des pieds, mais avec l'absence des péroniers latéraux et l'amyotrophie globale des jambes. L'hérédo-syphilis n'est pas en cause.

Ce cas paraît rentrer dans le cadre des dystrophies congénitales hérédo-alcooliques.

Un cas de lipodystrophie chez une fillette de onze ans. — M. Léon Tixier présente une enfant dont le facies est celui d'une femme âgée. Le tissu cellulaire de la face et de la partie supérieure du corps a presque entièrement disparu. Ce trouble grave de la nutrition est survenu vers l'âge de sept ans à la suite d'une atteinte de grippe lors de la grande épidémie de 1918.

La pathogénie et le traitement de cette maladie sont incertains. On a incriminé, sans preuves anatomiques, un trouble endocrinien. L'opothérapie surrénale, puis les extraits pluriglandulaires seront successivement prescrits.

Diplégie cérébrale infantile avec manifestations insolites. — MM. L. Babonneix et Lamy présentent un jeune homme atteint, depuis l'enfance, d'une paraplégie spasmodique typique, et chez lequel on constate, de plus, divers symptômes atypiques : pieds bots de Friedreich, troubles de la parole, scandée, explosive, analogue à celle de la sclérose en plaques, tremblement à grandes oscillations n'offrant d'ailleurs pas le type intentionnel, brusquerie et maladresse des mouvements effectués par les membres supérieurs. Ils discutent le diagnostic, rejetant ceux de sclérose en plaques, d'hérédo-ataxie cérébelleuse, de maladie de Friedreich, pour s'arrêter un peu plus sur ceux d'atrophie cérébelleuse familiale, de paraplégie spasmodique familiale et de maladie familiale à forme clinique de sclérose en plaques, comme dans les cas de Mlle Pesker et de MM. Cestan et Guillain, et, pour conclure, avec réserves, à une diplégie voisine de cette dernière affection dont elle diffère, cependant, par l'absence de tout caractère familial. Une seule cause probable : la consanguinité, les parents étant cousins-germains.

Deux cas d'hérédo-dystrophie tuberculeuse d'origine paternelle. Remarques sur l'étiologie de certains rachitismes. — M. G. Schreiber Le premier malade, enfant de quatre mois et demi, présente une cypho-scoliose dorsale, volumineuse, congénitale que la radiographie montre liée à une anomalie de la VIIe vertèbre dorsale. L'enfant est spasmophile et présente un Bordet-Wassermann et une cuti-réaction à la tuberculine négative. Le père, nettement tuberculeux, présentait une atteinte grave au moment de son mariage.

Le deuxième, âgé de quatorze mois, présente l'aspect d'un rachitisme précoce avec prédominance cranienne des signes ; à six mois, crises de laryngospasme. Quatre réactions de Bordet-Wassermann suspectes chez la mère et mort d'un autre enfant quarante-huit heures après la naissance peuvent faire penser à du rachitisme syphilitique. Mais le père était atteint, au moment de la fécondation, de tuberculose du testicule. Ne s'agit-il pas d'hérédo-dystrophie tuberculeuse? Les enfants issus de parents tuberculeux ne peuvent-ils pas être des débiles, des dystrophiques héréditaires?

Discussion. — MM. Comby et Méry pensent qu'à l'heure actuelle tout le monde est d'accord pour réduire considérablement le rôle de l'hérédité tuberculeuse. On ne croit plus à l'hérédité du germe, à l'hérédité de terrain. Les enfants nés d'une mère tuberculeuse, séparés de leur mère dès la naissance, deviennent des enfants superbes. C'est la base des œuvres de préservation contre la tuberculose.

M. Apert est aussi de cet avis. Il pense même que les enfants de parents tuberculeux, isolés de leurs parents, sont peut-être plus résistants à l'infection tuberculeuse que d'autres. Mais, à côté de cela, il pense que les malformations doivent être plus fréquentes chez eux. Les tuberculeux pulmonaires présentent des lésions des testicules. Un père porteur de lésions testiculaires peut donner naissance à des enfants porteurs de malformations.

Hydarthrose récidivante d'origine syphilitique. — M. P. Merklen. Il s'agit d'une enfant de quinze ans qui a été soignée de quatre à huit ans à Berck pour tumeur blanche du genou qui, depuis, a fait trois fois de l'hydarthrose. Elle présentait une hyperostose claviculaire. Le tout a guéri rapidement avec un traitement antisyphilitique.

Discussion. — M. Trèves insiste sur la fréquence considérable des lésions articulaires hérédo-syphilitiques méconnues.

M. Méry rappelle que les associations de la syphilis avec la tuberculose sont fréquentes, donnant lieu à une forme spéciale particulièrement torpide et tenace de la bacillose.

M. Dufour déclare que ces hydarthroses et les monoarthrites hérédo syphilitiques de l'enfant donnent, à dix-huit, vingt ans, du rhumatisme déformant qui se généralise. Il ne croit pas au rhumatisme tuberculeux de Poncet; pour lui, il s'agit toujours de syphilis méconnue.

Présentation d'appareils en celluloïd armé de fils de fer. — M. Trèves. Appareils très légers et résistants.

Discussion. — M. Rœderer insiste sur la nécessité, pour le médecin orthopédiste, de construire ses appareils lui-même, le bandagiste est la plupart du temps ignorant et incapable d'apprécier les indications des appareils qu'il construit.

Macroglossie par glossite phlegmoneuse chronique. — M. J. Madier présente un enfant de quatre ans qui, à la suite d'une chute avec morsure de la langue à dix-huit mois, fait une tuméfaction énorme, variable d'ailleurs de la langue, avec prolapsus, gêne de la déglutition, amaigrissement. On ne trouve pas de collection suppurée. Amputation du tiers antérieur de la langue. Récidive en vingt-quatre heures, fièvre, hématurie. Deuxième amputation de la moitié antérieure de la langue. Guérison qui s'est maintenue. L'examen histologique montre une infiltration énorme par des polynucléaires (élément inflammatoire) et des cellules rondes mononucléaires qui pourraient faire penser à un lymphome. L'évolution semble faire écarter l'hypothèse d'une néoplasie maligne.

Luxation congénitale de la rotule. — M. Lance. Enfant de quatre mois atteint d'une luxation externe de la rotule avec des mouvements de latéralité tels que le tibia peut être mis à 90 degrés en dehors sur le fémur. L'examen clinique et la radiographie montrent un arrêt de développement complet du condyle externe du fémur. La diaphyse fémorale est aussi plus courte de 15 millimètres. Le traitement doit être exclusivement orthopédique. Il y aura plus tard à envisager la transplantation du tendon rotulien sur la face interne du tibia.

Trois observations de spondylites lombaires passagères coïncidant avec une poussée de croissance considérable (épiphysites vertébrales de croissance). — M. LANCE a observé chez trois sujets de quatorze ans et demi, seize ans, vingt et un ans, des signes de spondylite subaiguë (douleurs lombaires, douleur à la pression de l'apophyse épineuse, contractures, fièvre légère) portant sur la Ve lombaire chez deux malades, sur la IIIe et la IVe chez l'autre. Radiographies négatives. Guérison complète après six mois à un an d'immobilisation. Pendant ce temps les malades ont grandi de 6 à 12 centimètres.

L'auteur rejette le diagnostic de mal de Pott fruste dans ces cas, et pense qu'il s'agit de poussées d'épiphysite de croissance au niveau des points épiphysaires des corps vertébraux, points dont l'ossification commence vers douze ans et la soudure se fait entre vingt et un et vingt-cinq ans.

Discussion. — M. RŒDERER a observé des cas analogues et trouve, en effet, très troublante la constatation de syndromes pottiques disparaissant avec un premier plâtre ou du repos. La coïncidence de période de croissance lui a déjà fait envisager l'hypothèse d'épiphysite.

Coexistence d'un cas de zona et de varicelle. — M. RIBADEAU-DUMAS a observé à la campagne, dans un milieu isolé, un cas de zona chez une jeune fille; seize jours après la sœur présentait la varicelle et n'a pas contaminé sa sœur.

Discussion. — M. COMBY croit à de simples coïncidences. Il a vu une jeune fille de quinze ans atteinte de zona, dix jours après une sœur a de la varicelle, dix-sept jours après une autre à la varicelle. Les enfants étaient isolés en apparence, mais allaient à la messe le dimanche, toutes les fillettes réunies, et les deux cas de contamination à dix et dix-sept jours de distance correspondaient à deux dimanches successifs.

M. APERT est troublé par ces coïncidences. Dans son service il y a eu deux cas de varicelles éclatant sans raison; or, quinze jours auparavant, un zona était entré dans la salle.

M. NETTER cite des cas analogues. Actuellement, il y a déjà trente-six cas français de succession de zona et de varicelle. Personnellement, M. Netter a vu trois fois la varicelle succéder dans une famille à des cas de zona. M. Elliott a fait des recherches dans son service. Il y est entré dix zonas. Or, cinq fois l'entrée de ces zonas a été suivie d'éclosion de varicelle dans le service. Il y a là plus que des coïncidences.

L'héliothérapie des nourrissons débiles. — M. RIBADEAU-DUMAS montre que l'héliothérapie donne des résultats très beaux dans l'athrepsie, chez les nourrissons débiles qui la supportent très bien. Son emploi est à préconiser dans les centres de débiles.

Discussion. — M. MÉRY approuve cette opinion, et M. ARMAND-DELILLE fait remarquer que l'héliothérapie joue un rôle important dans la prophylaxie du rachitisme. En Amérique, certains considèrent le rachitisme comme dû à une privation de lumière solaire.

Fibrome pur de l'aponévrose plantaire chez un bébé de quinze mois. — MM. H.-L. ROCHER et H. BONNIN (de Bordeaux). Bébé de quinze mois avec fibrome de la plante du pied à la partie moyenne. L'opération montre qu'il siégeait dans l'aponévrose plantaire. Examen histologique : fibrome pur à fibroblastes jeunes, très riche en cellules.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1922)

Influence du chauffage sur le bactériophage de d'Hérelle. — M. P. HAUDUROY. En chauffant du bactériophage, on peut lui faire perdre son activité. La température à laquelle se produit ce phénomène est variable pour chaque souche et en rapport avec sa puissance lytique. Contrairement à ce qu'avaient pensé différents auteurs le bactériophage n'est pas détruit alors. Il faut élever la température aux environs de 102 degrés pour le tuer.

Cette température mortelle semble être la même pour toutes les souches étudiées.

La leucogénèse intragastrique au cours de la digestion. — MM. M. LOEPER et G. MARCHAL montrent l'importance de la réaction leucocytaire intragastrique après absorption de bouillon.

Cette leucocytose est faite surtout de polynucléaire. Elle atteint à la quatre-vingt-dixième minute, 17 à 1.800 éléments par millimètre cube.

Cette réaction précède la sécrétion chimique, mais elle ne lui est pas proportionnelle, car elle est aussi marquée chez l'hypochlorhydrique ou l'hyperchlorhydrique que chez le sujet normal.

On doit voir dans la leucogénèse, une réaction physiologique nécessaire à la digestion. Les leucocytes polynucléaires activent la sécrétion gastrique.

Avec l'acide chlorhydrique seul, ils accomplissent une digestion protéolytique presque égale à celle de la pepsine. Le liquide gastrique filtré, par conséquent privé de leucocytes, est moins actif que le liquide non filtré qui les contient. En présence même d'acide lactique ou acétique, les leucocytes sont encore capables de digérer une proportion appréciable d'albumines.

Ces résultats sont intéressants, car ils expliquent la production de protéines secondaires dans l'estomac des hypochlorhydriques et même des cancéreux.

M. P.-E. WEIL préférerait le terme de leuco-exose, ou de leucosucorrhée. M. Ph. PAGNIEZ a obtenu des résultats analogues en introduisant dans l'estomac une solution d'HCl diluée.

Mécanisme de l'accélération cardiaque due à la quinine. — MM. A. CLERC et C. PEZZI. Tandis que de fortes doses de quinine en injection intraveineuse, chez le chien, ralentissent le cœur et tendent à le paralyser, de faibles doses, au contraire, l'accélèrent nettement. On sait, d'autre part, que l'alcaloïde paralyse le centre bulbaire du pneumogastrique. Comme phénomène témoin, les auteurs ont choisi le réflexe oculo-cardiaque qui est supprimé par l'injection de quinine à doses moyennes. De très faibles doses, au contraire, laissent subsister ledit réflexe et pourtant l'accélération se produit. Dans ce cas, par conséquent, le phénomène n'est pas dû à une influence indirecte, par paralysie du centre pneumo-gastrique, dont l'excitabilité persiste en ce cas, mais à une action directe sur les accélérateurs.

Les conclusions précédentes sont valables pour les alcaloïdes voisins de la quinine (quinidine, cinchonine, et cinchonidine).

Méthode de dosage de l'urotropine. Recherches sur sa décomposition dans le sang in vitro. — MM. P. GÉRARD et S. MOISSONNIER préconisent, pour le dosage de l'urotropine, l'évaluation exacte de l'ammoniaque après décompositien provoquée ou décomposition spontanée de l'urotropine en ses éléments. Cette méthode très rigoureuse permet de doser des quantités infinitésimales d'urotropine, ce qui peut rendre service dans l'étude de l'action thérapeutique de ce produit.

Les granulations chromaffines des glandes salivaires postérieures des céphalopodes. — M. J. VERNE. Il existe dans certaines cellules séreuses des glandes salivaires postérieures des céphalopodes, des granulations ayant les caractères des grains de la médullaire surrénale (chromaffinité, réaction de Vulpian, brunissement par oxydation). Il n'existe pas d'adrénaline dans le produit de sécrétion des glandes en question, mais on y trouve de la tyramine que ses caractères chimiques et physiologiques rapprochent de l'adrénaline. C'est à cette tyramine qu'il faut vraisemblablement imputer les caractères des granulations observées.

Influence de l'irradiation du corps thyroïde sur les surrénales du lapin. — M. E. COULAUD a étudié les surrénales de trente lapins dont la région thyroïdienne a été soumise à l'action des rayons X. Il a observé une augmentation de poids des surrénales à la suite de ces irradiations. Il existait, en outre, dans un très grand nombre de cas des adénomes et même des surrénales accessoires.

Il existe des différences individuelles assez marquées et l'augmentation de poids des surrénales n'est pas rigoureusement proportionnelle aux irradiations. L'auteur montre qu'il existe un facteur familial qui doit entrer en ligne de compte

dans l'appréciation de ces faits ; mais dans une même famille, chez les sujets de même sexe, au même âge, les surrénales ont le même poids et les irradiations de la région thyroïdienne déterminent la même augmentation de poids au niveau des surrénales.

A propos des mastocytes des épitheliomas. Importance de la fixation pour la coloration des granulations des mastocytes. — MM. Cl. Regaud et Ant. Lacassagne. Beaucoup d'auteurs ont signalé dans le stroma conjonctif de nombreux épithéliomas, et aussi dans des tissus normaux et pathologiques variés, la présence de cellules qu'ils décrivent ordinairement comme éosinophiles mononucléaires.

L'étude de ces éléments montre qu'il s'agit habituellement de « mastzellen » dont la présence dans certains cancers est connue depuis longtemps.

Certains réactifs fixateurs courants produisent une modification des granulations des mastocytes qui, suivant la technique employée, sont susceptibles de se montrer soit éosinophiles, soit basophiles.

M. Lapicque critique le terme de mastocytes ou de mastzellen. M. Ch. Richet propose la nomination d'une Commission chargée d'étudier et de définir les termes biologiques courants.

Election. — M. Harvier est nommé membre titulaire.

LIVRES NOUVEAUX

Les maladies de la cinquantaine (1). Tome II.
Le diabete (2e édit.), par Arthur Leclercq.

Pour M. Arthur Leclercq c'est une erreur fondamentale de considérer le diabète comme une affection due à l'intolérance primitive des hydrates de carbone. Sans doute, si l'on supprime le sucre au diabétique, la glycosurie diminue, mais c'est à la viande que l'organisme demande la quantité de glucose qui lui est nécessaire. Résultat? Un jour, le foie se fatigue à transformer des protéides en sucre et, bien que la glycosurie ait nettement diminué, de nombreuses complications surviennent, dont certaines, comme l'acidose, ont presque toujours une issue fatale.

Pour éviter une telle évolution, il faut supprimer la viande. On voit alors, non seulement tomber la glycosurie, mais encore augmenter le degré de tolérance des féculents. C'est que le diabète est la conséquence d'un acte défensif de l'organisme, qui réemploie à l'état de glucose les restes protéiques qui, sans cette transformation, s'accumulent dans l'organisme et provoquent l'artério-sclérose.

Si l'on accepte cette conception, ce n'est pas la glycosurie qu'il faut combattre, mais sa cause. En cas de diabète gras, pourquoi, aux alcalins, qui n'ont pas fait leurs preuves en cas d'acidose, ne pas substituer la phloridzine, laquelle a pour propriété d'éliminer à l'état de sucre les poisons azotés responsables de l'acidose et du coma?

Il ne nous appartient pas de discuter de pareilles théories, mais nous pouvons affirmer qu'elles sont présentées avec beaucoup de talent, et que la lecture du livre est à la fois de M. Leclerc intéressante et utile. L. Babonneix.

(1) Un volume de 268 pages. — Paris, O. Doin, édit.

Transactions of the American Pediatric Society (1). Vol. XXXIII, 1921.

Dans cet élégant volume sont relatées les communications et discussions auxquelles a donné lieu la XXXIVe session de la Société. A signaler surtout des *études sur le sang chez les nouveau-nés*, sur la *péritonite pneumococcique*, sur l'*étude radiographique du thymus chez l'enfant*, sur les *variations saisonnières du rachitisme*, sur la *malnutrition infantile*, les *indications opératoires de la splénectomie dans l'enfance et dans la jeunesse*, sur le *diagnostic de la tuberculose infantile*, sur la *dégénération du myocarde dans l'hérédo-syphilis*, sur divers cas : rumination, leucémie, lymphatique aiguë, encéphalite léthargique chez le nouveau-né, atrésie de l'œsophage, etc. De magnifiques radiographies, courbes thermiques, figures de tout ordre illustrent cet ouvrage, auquel ont collaboré les plus grands noms de la pédiatrie américaine.

L. Babonneix.

(1) Un volume de 386 pages. — J. Brennemann, édit.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de pathologie médicale, par le docteur M. Journé. 1 vol. de 1.200 p. environ. — Prix, cartonné : 25 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Le radium en gynécologie, par les docteurs A. Siredey, membre de l'Académie de médecine, et Jean Gagey, assistant de radiumthérapie à l'hôpital Saint-Antoine. 1 vol. de la collection « L'Actualité obstétricale et gynécologique », in-16 jésus de 250 pages, avec figures. — Prix : 10 fr. — Paris, L'Expansion scientifique française, rue du Cherche-Midi, 23.

NOTES POUR L'INTERNAT

L'ASTHME

DÉFINITION. — L'asthme est une affection caractérisée par une dyspnée à type spécial, survenant sous forme d'accès, de crises, à intervalles irréguliers et dans l'intervalle desquelles la respiration redevient normale. Au cours de la crise se produisent des troubles vaso-sécrétoires des muqueuses respiratoires et des modifications sanguines.

Il était classique jusqu'à ces dernières années d'opposer l'asthme vrai, pur, essentiel aux asthmes symptomatiques d'origine nasale, cardiaque, rénale, digestive, utérine, etc. En réalité à l'heure actuelle depuis les travaux de Richet, Widal, Moncorgé, etc., l'asthme n'a plus rien de spécifique (névrose du pneumogastrique, manifestation de la diathèse arthritique, entite constituée par l'hérédité et un tempérament spécial). On considère aujourd'hui l'asthme comme étant un syndrome banal. (Heckel.)

Et nous verrons que les récentes acquisitions établissent aujourd'hui la preuve que la crise d'asthme ne serait qu'une *manifestation anaphylactique*. Il faut y ajouter avec Ségard un autre facteur d'ordre nerveux : l'*hypervagotonie*.

La crise d'asthme. — Elle est essentiellement caractérisée par une dyspnée à allure spéciale, ayant, en général, un début brusque et survenant au cours d'une santé parfaite en apparence.

PRODROMES. — On a signalé deux sensations spéciales :

Un goût de salive difficile à définir, souvent métallique.

Une pesanteur spéciale de l'estomac au repas du soir. Le sujet s'endort bien portant et l'accès d'asthme débute deux à trois heures après.

ACCÈS. — Le malade se réveille souvent avec un malaise indéfinissable. La respiration est difficile, pénible et la crise éclate au bout de quelques minutes.

L'oppression est d'abord légère, le malade s'assied sur son lit pour diminuer la dyspnée; puis le malade est bientôt obligé de se précipiter à la fenêtre, la face cyanosée, avec des sueurs abondantes, la respiration bruyante. On peut entendre à distance les râles ronflants et sébilants. Cette dyspnée est surtout expiratoire. L'air pénètre assez librement dans les poumons, mais l'expiration est très pénible et le malade fait des efforts pour chasser l'air de ses poumons. Cette dyspnée est due en effet à un spasme des muscles inspirateurs : surtout du diaphragme et des muscles inspirateurs accessoires (scalènes, trapèze, sternomastoïdien). La dyspnée atteint vite son maximum et peut se maintenir ainsi pendant une à deux heures. Le malade est alors dans un état pitoyable, les épaules soulevées, le dos arrondi, ne pouvant pas parler.

Au bout d'une à deux heures, la dyspnée devient moins angoissante, et la toux survient alors. C'est une *toux* quinteuse, fatigante, provoquant une *expectoration* caractéristique, qui annonce la fin de la crise.

Les mucosités sont abondantes, épaisses, collantes, grisâtres, avec de petites masses gélatineuses. Ce sont des *crachats perlés* (Laennec). D'autres fois, ce sont de petits filaments allongés, analogues à des fragments de vermicelle.

Ces crachats perlés sont constitués par du mucus teinté de sang. Au microscope on a découvert dans cette expectoration : un exsudat spiroïde, des cristaux et des cellules éosinophiles.

L'*exsudat spiroïde* (Curschmann) est constitué par des pelotons de filaments muqueux, enroulés en spirale, et parcourus suivant leur longueur par une cavité centrale remplie d'air. Nugar admet que ces filaments sécrétés par les bronchioles les obstruent et sont la cause essentielle de la dyspnée. Cependant ces filaments n'ont rien de spécifique et on les a retrouvés au cours d'autres maladies broncho-pulmonaires.

Les *cristaux* de Leyden-Charcot sont à peu près constants, et sont constitués par des phosphates organiques.

Enfin on découvre dans l'expectoration de nombreuses cellules éosinophiles (Ehrlich), qui apparaissent pendant l'accès seulement. Cependant ces cellules n'ont rien de pathognomonique; on les a retrouvées dans la pneumonie, la tuberculose, le coryza.

Le catarrhe n'est d'ailleurs pas limité à la muqueuse bronchique; on le retrouve aussi au niveau de la muqueuse oculaire et de la muqueuse nasale.

A *la fin* de la crise d'asthme, le malade s'endort et ne conserve le lendemain que la sensation de fatigue, et un peu de bouffissure de la face.

La crise peut être passagère et ne pas se répéter. Quand elle se répète plusieurs jours de suite, elle constitue une *attaque d'asthme*. La nuit suivante à la même heure souvent, survient une crise identique, se répétant de même plusieurs nuits successives. Ces attaques se reproduisent à des intervalles variables, parfois durant toute la vie du malade.

SIGNES GÉNÉRAUX. — Ils sont à peine marqués. La fièvre est exceptionnelle chez l'adulte; un peu plus fréquente chez l'enfant. Le pouls n'est guère modifié.

SIGNES PHYSIQUES. — Si l'on examine un malade au cours de sa crise d'asthme, on constate qu'il reste immobile près de la fenêtre ou assis dans son lit, la poitrine dilatée au maximum, les côtes écartées, les épaules soulevées, le dos arrondi. A la percussion la sonorité est normale, mais elle s'étend plus bas que normalement, par suite du refoulement du diaphragme.

A l'auscultation, on entend des râles sonores, abondants, souvent accompagnés de sibilances; râles humides, avant et pendant l'expectoration. Ils s'entendent souvent à distance. On ne perçoit jamais de souffle; mais en revanche l'expiration apparaît très prolongée, deux à trois fois plus longue que l'inspiration. Le malade pousse comme dans l'emphysème, avec cette différence toutefois que dans l'emphysème les lésions sont définitives, tandis que dans l'asthme la dyspnée n'est que passagère.

L'examen du sang au cours de la crise révèle une éosinophilie passagère et bien souvent une leucopénie manifeste.

EVOLUTION. — La durée de la maladie est impossible à prévoir. D'une façon générale, l'asthme de l'enfant est d'autant plus curable, qu'il est plus précoce. Il disparaît ou s'atténue alors sensiblement à la puberté. De même l'asthme de l'adolescence peut disparaître à l'âge mur. Mais bien souvent l'asthme se répète, ses atteintes devenant de moins en moins redoutables et Lasèque a pu dire que l'asthme vieillit à la longue. Chez certains malades, l'asthme simple du début peut se compliquer. Le poumon se laisse forcer et l'on peut voir survenir l'association de l'asthme, de l'emphysème et de la bronchite chronique, réalisant le type classique du *bronchitique chronique emphysémateux*.

L'emphysème semble le menacer surtout par ses lésions définitives et surtout par ses conséquences tardives habituelles : la *dilatation du cœur droit et l'asystolie*. Aussi classiquement, on décrivait trois phases dans cette évolution : l'asthme pur au début, puis l'emphysème et la bronchite associés à l'asthme, enfin la phase d'asystolie.

TRANSFORMATIONS. — L'asthme guéri peut faire place ou se transformer à divers accidents ou transformations arthritiques : goutte, épilepsie, angor, troubles mentaux, migraines, éruptions d'urticaire.

FORMES CLINIQUES. — 1. **Variétés dans la crise.** — La crise peut être diurne ou nocturne. Sa durée est variable : de une à deux heures jusqu'à se prolonger pendant plusieurs jours, ce qui réalise un état de mal. Parfois des paroxysmes se succèdent à bref délai. Tantôt au contraire les crises sont espacées par plusieurs mois.

2. **Suivant la dyspnée.** — La dyspnée est très variable et dépend de l'intensité de la crise. D'ordinaire elle est maxima pendant l'expiration mais elle peut cependant être à la fois inspiratoire et expiratoire.

Parfois la contracture ne portant que sur les muscles de Reissessen, la dyspnée est sans signes apparents, sans contracture manifeste des muscles inspirateurs accessoires. Enfin rarement, la dyspnée de l'asthme se complique de spasme de la glotte.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT. 17, RUE CASSETTE.



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Mise en marche du « Côte d'Azur de nuit ». — La Compagnie des Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée a décidé de remettre en marche le Côte d'Azur rapide de nuit « Paris-Menton » qui quitte Paris à 17 h. 35 pour arriver à Nice à 10 h. 45 et à Menton à 11 h. 54.

Ce train aura lieu au début, trois fois par semaine, les lundi, mercredi et vendredi. Il deviendra quotidien dès que s'accentuera le mouvement.

Le rapide « Paris-Menton » comporte des places de lits-salon avec draps, des couchettes, des places de wagons-lits, des premières classes et un wagon-restaurant.

C'est le train le plus rapide entre Paris et la Côte d'Azur. C'est, de plus, la relation la plus pratique, celle dont l'horaire s'adapte le mieux à la commodité du voyageur.

Par le « Côte d'Azur de nuit », Nice est à une nuit de Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladie de la plèvre et du médiastin, par les docteurs Marcel Labbé, Ménétrier, professeurs à la Faculté de médecine de Paris; Galliard, Balzer, médecins des hôpitaux de Paris; Boinet, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille. 1 vol. gr. in-8 de 596 pages, avec 114 figures et 2 planches coloriées. (Fascicule XXX du *Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique* Gilbert et Carnot. — Prix : broché, 40 fr.; cartonné, 47 fr. 50 (ajouter 10 p. 100 pour frais d'envoi). — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Consultations oto-rhino-laryngologiques du praticien, par le docteur G. Portmann, chef de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de médecine de Bordeaux. Préface du professeur E.-J. Moure. 1 vol. in-8 de 264 pages avec 38 figures. — Prix : 14 fr.; franco 15 fr. 40. — Paris, Gaston Doin.

Atlas de parasitologie, par le docteur P. Hauduroy, préparateur à la Faculté de médecine de Strasbourg. 1 vol. in-4 contenant 25 planches en photogravure avec leurs légendes. — Prix : cartonné 12 fr.; franco 13 fr. 20. — Paris, Gaston Doin.

Essai sur l'origine des cancers et tumeurs, par le docteur Joseph Stefani, 1 vol. de 212 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

N° 94. — SAMEDI 2 DÉC. 1922. 95e ANNÉE. SAMEDI 2 DÉC. 1922. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
Pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Prix Filloux. — Le jury est composé de MM. Rouget, Le Mée, Lermoyez, Lesné et Legueu.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Angers. — MM. les docteurs Bigot et Boumard ont été nommés médecins adjoints des hôpitaux.

— Marseille. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Barbezier, Giraud, du Bourguet, Poursines, Verdeuil, Laurant, Mlle Askanas, MM. Mouret, Contiadès, Cousin, Assada, Jacques, Bassères, Mlle Robert, MM. de Lubrano, Combaluzier, Lapierre, Gasperini, Mlle Théron, MM. Blanc, Bonnal, Philippini, Zuccoli.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Les concours qui s'ouvriront en 1923 pour l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie comprendront, outre les sections énumérées à l'article 1er de l'arrêté du 7 novembre 1922 ; une section de médecine légale.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — Un concours s'ouvrira le 30 avril 1923, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine d'Angers.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Clermont. — Un concours s'ouvrira le 12 mars 1923, devant la Faculté de médecine de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Clermont.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Un concours s'ouvrira le 23 avril 1923 devant la Faculté de médecine de Toulouse pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine de Clermont.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Marseille. — Un concours s'ouvrira, le 9 avril 1923, devant la Faculté de médecine de Montpellier pour l'emploi de suppléant de physiologie à l'Ecole de médecine de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ASILES DE LA SEINE. — Un concours pour quatre places d'interne titulaire en pharmacie des asiles publics d'aliénés de la Seine et de l'hospice départemental Paul-Brousse, à Villejuif et la désignation d'internes provisoires, s'ouvrira à Paris, le lundi 15 janvier 1923. Le nombre des places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la préfecture de la Seine (service du département, 2e bureau, annexe de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 h. et de 14 à 17 h., du 18 au 30 décembre 1922.

Les candidats seront convoqués par lettre. Néanmoins, l'administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendraient pas.

Les candidats reçus entreront en fonctions le 1er février 1923.

LA DÉPOPULATION SCOLAIRE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS. — Les répercussions inquiétantes des difficultés de la vie matérielle sur l'effectif des Facultés parisiennes (17.300 étudiants avant la guerre, contre 10.500 en 1922) viennent de provoquer à l'Hôtel de Ville une nouvelle initiative, destinée à améliorer une situation qui ne laisse pas d'être alarmante pour le bon renom de l'Université de Paris.

C'est ainsi qu'après avoir rappelé les propositions de MM. Deville, Godin et Lalou pour l'aménagement, au profit des étudiants, de certains locaux inutilisés, sans préjudice de la part prise par le Conseil municipal à la création de la « Cité universitaire », M. Michel Missoffe voudrait qu'il fût possible d'assurer aux jeunes gens qui suivent les cours de

nos Facultés des « moyens d'existence honorables par un travail compatible avec leurs études et convenablement rémunéré ».

Et sans violer les lois qui réservent aux anciens militaires et aux mutilés, la totalité des emplois d'expéditionnaires, le conseiller des Champs-Elysées voudrait que la ville de Paris créât « un cadre nouveau de fonctionnaires temporaires, âgés de seize à vingt-cinq ans, et inscrits à une Faculté ». M. Missoffe est convaincu que des jeunes gens de cet âge, « ayant terminé leurs études secondaires et désireux de poursuivre, au prix d'un effort digne de tous les respects, leurs études supérieures, seraient susceptibles de rendre à l'administration les services les plus réels ».

En tout cas, la question est posée. C'est à l'administration et au Conseil municipal qu'il appartient maintenant de se prononcer. (*Le Temps.*)

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE. — PRIX ARCONATI-VISCONTI. — La Société de thérapeutique accordera annuellement un prix d'une valeur de 1.000 francs à l'auteur d'une contribution (médicament ou médication, instrument ou publication) pouvant servir utilement à soulager la douleur ou au traitement des cancers.

Les candidats à ce prix adresseront leurs travaux avant le 15 octobre de chaque année au secrétaire général, 24, rue de Téhéran (Paris VIIIe).

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — L'assemblée générale de la Société aura lieu le mardi 19 décembre 1922, à 18 h. précises, au Cercle militaire.

La conférence mensuelle aura lieu le lundi 18 décembre 1922, à 21 h., sur le sujet suivant : « La pratique de la chirurgie dans la guerre de montagne », par M. le docteur Leveuf, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de MM. les docteurs Martin Chabaud (d'Aix), F. Giuli (de Marseille) et Pouget (de Lambesc).

CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE. (Professeur : M. A. COUVELAIRE.) — Leçons du dimanche : Tous les dimanches, à 10 heures, leçons de pratique obstétricale intéressant plus particulièrement les praticiens.

Première leçon, dimanche 3 décembre : « Traitement de l'éclampsie », par M. le docteur Lévy-Solal, agrégé.

ASILE SAINTE-ANNE. — M. le professeur Claude fera à l'Asile Sainte-Anne, lundi 4 décembre, à 10 h. du matin (amphithéâtre de la clinique), une leçon sur les « Délires polymorphes à te érotico-mystique. »

CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE. — Sous la direction de M. le professeur P. Sébileau, un cours de perfectionnement théorique et pratique avec examen des malades sera fait par MM. les docteurs R. Miégeville, F. Bonnet-Roy, P. Truffert et H.-P. Chatellier, chefs de clinique et assistant, les mardis, jeudis, samedis, à 11 heures, à partir du samedi 2 décembre, dans le service de la clinique, à l'hôpital Lariboisière.

Droits à payer : 150 francs. — S'inscrire à la Faculté de médecine.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL COCHIN. (Professeur : M. Fernand WIDAL.) — M. le professeur Fernand Widal commencera ses leçons à l'amphithéâtre de la clinique médicale le mardi 12 décembre 1922, à 11 h. et les continuera les mardis suivants à la même heure.

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE ET DE MATIÈRE MÉDICALE. (Professeur : M. A. RICHAUD.) — Conférences pratiques et étude du droguier, par MM. R. Hazard et F. Mercier, préparateurs.

Pour être mis en série MM. les étudiants devront se faire inscrire au secrétariat (guichet n° 3) les jeudis et samedis de 12 h. à 15 h.

A ces travaux pratiques seront admis : 1° les étudiants préparant le quatrième examen de doctorat (ancien régime) ; 2° les étudiants de quatrième année (nouveau régime) ajournés à la session de novembre 1922.

Droits d'inscription : 80 fr. Il sera fait six conférences par semaine.

La série de conférences commencera le 4 décembre 1922, à 13 h. 45, au laboratoire des travaux pratiques de pharmacologie et matière médicale.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca, professeur : J.-L. FAURE.) — GYNÉCOLOGIE. — 1° *Cours supérieur de perfectionnement.* — M. E. Douay, chef des travaux gynécologiques fera ce cours à la clinique gynécologique de l'hôpital Broca du 11 au 23 décembre 1922.

Ce cours s'adresse aux docteurs en médecine français et étrangers ayant déjà les notions courantes de la chirurgie gynécologique et désirant acquérir des connaissances spéciales sur les questions nouvelles médico-chirurgicales et principalement sur la technique opératoire du professeur J.-L. Faure.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin de 10 à 12 h., visite, opérations, consultations, applications de radium et de rayons X, examen de malades dans le service ; l'après-midi, de 5 à 7 h., cours et examen de malades à l'amphithéâtre.

Le droit à verser est de 150 fr. Etant donné le nombre limité des places, écrire à l'avance au docteur Douay, hôpital Broca. Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté, jeudi et samedi, de 12 à 15 h.

2° *Cours d'anatomie pathologique appliquée à la gynécologie.* — M. Champy, professeur agrégé, chef du laboratoire de gynécologie fera ce cours au laboratoire de la clinique gynécologique de l'hôpital Broca du 11 au 23 décembre 1922.

Ce cours fait en liaison avec le précédent, permettra aux élèves, exercés individuellement à la technique anatomo-pathologique et à la lecture des préparations, de se familiariser avec les divers procédés de laboratoire et de prendre une notion exacte des renseignements qu'il peut fournir. Chaque élève pourra se constituer une collection de coupes anatomo-pathologiques à l'aide de l'important matériel du service.

Durée : deux semaines, chaque jour sauf le dimanche, le matin de 9 à 10 h., et l'après-midi, de 2 h. 1/2 à 5 h.

Le droit à verser est de 150 fr. S'inscrire au secrétariat de la Faculté, jeudi et samedi, de 12 à 15 h.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Maladies par carence, par R. LECOQ, docteur en pharmacie, licencié ès sciences, ancien interne des hôpitaux de Paris. In-8 carré avec 50 figures et 35 graphiques. — Prix : 10 francs. — Paris, Vigot frères.

Examen critique de l'homœpathie (un chapitre d'histoire de la médecine), par L.-H. DEJUST, préparateur à l'Institut Pasteur. Préface de G. BERTRAND, professeur de chimie biologique à la Faculté des sciences de Paris, chef de service à l'Institut Pasteur. — Prix : 7 francs — Paris, Vigot frères.

RENSEIGNEMENTS

SERVICE DE REMPLACEMENTS. — MM. les docteurs de Paris, banlieue ou province, sont informés qu'ils trouveront à la Section de médecine de l'A. G. des remplaçants sérieux munis des inscriptions réglementaires. (Bureau ouvert, dimanches exceptés, de 14 à 18 h. 30. Téléphone : Gob. : 07-40 et 59-19).

REVUE GÉNÉRALE

TECHNIQUE ET ENSEIGNEMENTS DE LA TENSION ARTÉRIELLE EN CLINIQUE MÉDICALE

Par le docteur ROUDOULY.

« L'étude des troubles fonctionnels du cœur a comme corollaire celle de la tension artérielle, dont l'intérêt en pratique médicale est devenu si grand qu'il est impossible de se prononcer sur le fonctionnement d'un cœur sans avoir établi la mesure de la tension artérielle » (Rieux). La plupart des cliniciens, d'ailleurs, se sont ralliés progressivement depuis une dizaine d'années à cette doctrine qui pénètre aussi dans le public; et nombreux sont actuellement, surtout dans les villes, les malades qui vont consulter leur médecin « pour faire prendre leur tension » parce qu'ils ont été émus de troubles vagues, de malaises indéterminés.

Les cardiaques ne sont pas les seuls chez lesquels il importe au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement, d'être renseigné par les appareils sphygmomanométriques. Au cours de cette étude nous verrons que leur emploi est de rigueur dans l'analyse de tous les troubles portant sur l'appareil rénal ou les systèmes endocriniens ainsi que chez les tuberculeux. On peut presque affirmer à l'heure actuelle qu'un examen ne saurait être complet s'il n'a porté sur le tonus artériel toutes les fois qu'il s'agit d'un syndrome complexe, traduisant une défaillance générale de l'organisme, qu'elle soit aiguë ou chronique.

* * *

Dans cette étude dont le but est seulement pratique, nous nous attacherons à mettre en relief quelques points, négligeant malgré leur intérêt les discussions de pathogénie ou d'hydromécanique physiologique qui ont fait couler tant d'encre. Nous exposerons le principe de la méthode, puis après avoir indiqué quels sont les appareils les plus *cliniquement* pratiques, nous détaillerons la technique en signalant les difficultés et les plus fréquentes causes d'erreur. Enfin, nous nous occuperons de l'interprétation des résultats en ce qu'ils peuvent éclairer le médecin et concourir au salut du malade.

* * *

Ainsi que le rappelle ingénieusement Gallavardin, dans son beau livre sur « la tension artérielle en clinique » devenu classique, les appareils sphygmomanométriques ont subi dès leur apparition les mêmes critiques que le thermomètre médical, instrument prétendu inutile puisque la fièvre est appréciable à la main qui palpe. Comme lui, ils sont appelés à devenir indispensables, parce que la main est sujette à l'erreur, autant dans l'appréciation d'une tension artérielle, que dans celle d'un degré thermique. En effet, la sensation du choc transmis à la pulpe digitale déprimant une artère est fonction d'une part de la nature et de l'épaisseur des parties molles interposées ainsi que du plan résistant sur lequel est pressé le vaisseau, et d'autre part, du volume du vaisseau considéré. La pression intra-artérielle mesurée de façon sanglante sur des animaux d'expérience ou sur l'homme à l'occasion d'interventions chirurgicales (amputations) varie peu d'une artère à l'autre; et pourtant combien est différente la sensation du pouls radial de celle donnée par la palpation de la carotide ou de l'aorte abdominale.

Force est donc de recourir à des appareils pour obtenir les renseignements qu'un examen purement sensoriel est incapable de nous fournir. Le principe de tous les instruments imaginés est sensiblement le même : il consiste à mettre en rapport aussi étroit que possible une artère avec la paroi d'une poche élastique communiquant avec un manomètre. Cette poche a peu à peu épousé la forme des membres dont le vaisseau nourricier est plus abordable, et c'est ainsi qu'elle est devenue le manchon élastique commun à presque tous les appareils.

La pression artérielle ne peut être une constante, en raison des mouvements rythmés du cœur et de l'élasticité des parois vasculaires. A chaque contraction cardiaque répondra un maximum, ou tension systolique, et un minimum coïncidant avec le moment de la complète diastole des ventricules. Ces deux valeurs qu'il s'agit de mettre en évidence sont communément appelées la *maxima* et la *minima*. Il est essentiel de les distinguer cliniquement et de s'attacher à établir leur rapport. Nous verrons ultérieurement combien la valeur de la tension différentielle ou variable, donnée par la formule : maxima-minima a de valeur séméiologique. Et les cliniciens qui se bornent à étudier exclusivement la valeur de la maxima, seule appréciée jadis à l'origine de la méthode, se privent de renseignements fort précieux (1).

Qu'arrivera-t-il lorsque, ayant entouré le membre exploré du manchon de caoutchouc de Riva-Rocci ou de Pachon, nous augmenterons progressivement la pression de l'air en son intérieur? Tant que cette pression sera inférieure à la valeur de celle qui agit au moment de la diastole sur la paroi interne du vaisseau (minima) l'ondée sanguine se transmettra normalement jusqu'à l'extrémité du membre; à partir du moment où la pression du manchon s'élèvera encore, le pouls artériel, exploré en aval du manchon, subira des modifications croissantes, jusqu'au moment où il ne sera plus perçu, ce moment devant correspondre en principe à celui où l'artère est complètement écrasée par la pression extérieure.

La question revient donc à fixer aussi exactement que possible : 1° le moment où le pouls commence à n'être plus perçu tel qu'il était avant l'application du manchon ou tel que celui du membre homologue (minima) et 2° le moment où il n'est plus perçu du tout (maxima).

* * *

Dans le nombre assez élevé des appareils cliniques qui ont vu le jour dans les dernières années, nous étudierons deux types : le sphygmomanomètre palpo-auscultatoire et l'oscillomètre.

Le premier pourra se composer d'un manchon Riva-Rocci dont la cavité sera en relation par le

(1) Un exemple fera saisir cette nécessité de connaître les deux valeurs de la tension : pour une même tension maxima de 18 par exemple, une minima de 11 indiquera une hypertension simple ou une néphrite chronique très modérée; une minima de 15 traduira une néphrite aiguë ou subaiguë avec défaillance marquée du myocarde; enfin une minima de 5 sera la signature d'une insuffisance aortique.

moyen d'un tube, avec un manomètre métallique ou mieux à mercure, l'autre avec un appareil d'insufflation, poire de Richardson ou pompe à bicyclette munie d'une valve. Le pouls en aval du manchon sera étudié soit par simple palpation digitale, soit plutôt par l'auscultation de l'artère.

Pratiquement, nous employons le manchon de Riva-Rocci dont la largeur est raisonnable et la longueur permet d'emprisonner le bras d'un homme d'embonpoint volumineux. Le manomètre sera formé pour l'appareil de cabinet d'un simple tube en U garni de mercure et pour l'appareil portatif remplacé par un manomètre métallique ordinaire. Ce dernier instrument est plus sujet à l'erreur et devra donc être vérifié de temps en temps par comparaison avec le manomètre à mercure.

L'appareil de Vaquez-Laubry est sensiblement identique à celui que nous venons de décrire.

Quel que soit le modèle d'appareil choisi, il sera complété par un stéthoscope biauriculaire, de modèle courant, muni ou non du dispositif phonendoscopique destiné à amplifier les sensations auditives de l'observateur.

Le brassard est mis en place à la partie moyenne du bras, le malade étant couché, ou assis de telle sorte que la partie moyenne du manchon se trouve au niveau d'une ligne horizontale passant par l'articulation de la troisième côte avec le sternum (1). Si nous gonflons progressivement le manchon en auscultant la région du pli du coude, point où l'humérale est relativement voisine des téguments, nous n'entendrons d'abord rien; puis de faibles battements parviennent à l'oreille, bientôt suivis de sons vibrants, en « bruits de gong » qui diminuent progressivement d'intensité, à mesure que la pression du manchon s'élève, deviennent soufflants puis s'assourdissent pour faire place enfin au silence absolu. Le premier coup de gong indique la minima, la dernière pulsation entendue indique la maxima. Cette dernière est donnée, pour la même valeur de pression, si l'on remplace l'audition stéthoscopique par la palpation digitale du pouls en aval du manchon, par le moment où disparaît le pouls (2). Quant à la minima il est impossible de l'établir par le procédé palpatoire, car le pouls ne disparaît qu'au moment de la pression maxima; les différences dans la sensation du doigt qui palpe, pendant que la pression extérieure s'élève donnent des renseignements trop imprécis et trop subjectifs pour constituer un procédé pratique. C'est pourquoi nous conseillons d'employer l'appareil ci-dessus décrit en utilisant la méthode auscultatoire, qui ne nécessite aucune éducation préalable pour une oreille de praticien et donne des résultats à très peu près identiques pour plusieurs observateurs (3).

Dans la pratique, il est plus facile de pousser la pression dans le brassard jusqu'à une valeur très nettement supérieure à la maxima, et de décomprimer progressivement; car la compression se fait par secousses successives correspondant aux coups de poire insufflatrice, alors que la décompression s'obtient continue et aussi lente qu'on le désire, par la manœuvre du bouton-valve. On aura donc au fur et à mesure de la décompression, quatre phases successives dans les sensations auditives qu'on peut mettre en évidence par le graphique suivant :

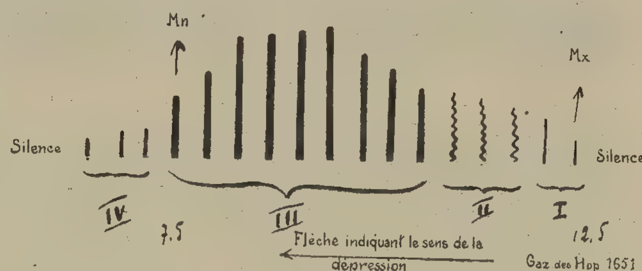


FIG. 1.

Première phase : Légers tons succédant au silence ;

Deuxième phase : Bruits plus ou moins soufflants;

Troisième phase : Bruits vibrants, de plus en plus forts, prenant le caractère de bruits de gong, qui décroissent très rapidement;

Quatrième phase : Bruits sourds et faibles succédant brusquement aux bruits de gong.

La maxima sera donnée par la pression pour laquelle apparaît le premier bruit nettement perceptible, normalement 12cm5 de mercure. La minima sera marquée par le dernier bruit, vibrant toujours, facile à distinguer des bruits sourds qui le suivent : 7cm5 de mercure chez un sujet normal. On admet que ces chiffres se rapprochent sensiblement de ceux de la pression réelle, intra-artérielle, la surestimation inhérente à tous les appareils de mesure ne dépassant pas ici quelques millimètres de mercure, pratiquement négligeables. Mais cette question est, disons-le tout de suite, d'importance secondaire en clinique.

*
* *

DÉTAILS DE LA TECHNIQUE. CAUSES D'ERREUR ET MOYENS DE LES ÉVITER. — Le malade devra autant que possible être examiné couché, afin que le médecin n'ait pas à se préoccuper de la dénivellation. Le brassard sera garni d'une ou deux épaisseurs de gaze recouvrant le sac de caoutchouc; de façon à éviter un réflexe vaso-moteur tenant au contact froid de l'appareil sur la peau du sujet.

Les deux principaux facteurs de nature à fausser les résultats résident dans les modifications de pression artérielle produites : 1° par l'émotivité du sujet; 2° par des phénomènes physiologiques dont les principaux tiennent à la digestion. On devra donc examiner les malades en dehors de la période de digestion gastrique, pratiquement, deux ou trois heures après le repas, selon l'importance de ce dernier, et faire porter l'examen sur un temps assez long pour laisser se calmer, en l'encourageant avec douceur, un patient trop émotif. Dans ce dernier cas, les mensurations seront répétées à plusieurs reprises, en principe jusqu'à ce que deux examens successifs donnent des résultats équivalents (1). On aura soin, pour éviter la stase veineuse dans le

(1) Ceci pour éliminer les causes d'erreur tenant à la dénivellation, simple application des lois générales d'hydrodynamique.

(2) Ce pourra être un procédé de contrôle en cas de doute.

(3) La fixation des deux valeurs minimum et maximum de la tension artérielle normale repose sur des expériences nombreuses que nous ne pouvons décrire et discuter dans un article où la place nous est mesurée, et qui veut rester dans le domaine exclusivement pratique. Ceux de nos lecteurs que la question intéresse pourront trouver tous les éclaircissements nécessaires dans l'ouvrage de M. GALLAVARDIN : *La tension artérielle en clinique.*

(1) Chez certains sujets, l'émotivité peut amener une surpression pouvant atteindre plusieurs centimètres de mercure et ne cessant par baisse progressive qu'après quinze minutes de détente morale (Gallavardin).

membre de dégonfler chaque fois à fond le manchon entre deux appréciations. Pratiquement, chez un sujet normal, deux examens séparés d'un repos de deux ou trois minutes suffiront à donner des résultats exacts.

Il ne sera pas nécessaire de repérer avec soin le point précis où l'on sent les battements de l'artère pour y placer le stéthoscope ou le phonendoscope. Une auscultation « de zone » est suffisante et les battements pourraient être auscultés même au niveau de la radiale. Le stéthoscope sera placé simplement au milieu du pli du coude.

*
* *

La méthode auscultatoire peut suffire, à la rigueur, à l'appréciation des valeurs maxima et minima de la tension artérielle. La surestimation qu'elle donne est faible et négligeable, nous l'avons vu, et les indications qu'elle fournit suffisent au clinicien dans presque tous les cas. Cependant, il est un renseignement complémentaire parfois précieux, qu'elle est incapable de donner : c'est celui de l'énergie du myocarde, qui permettra de faire, au cours d'examens pratiqués à intervalles plus ou moins éloignés des comparaisons permettant d'éclairer le pronostic et de modifier heureusement la thérapeutique. Ces renseignements, nous les demanderons à un oscillomètre, et nous prendrons pour type de notre étude l'appareil de Pachon qui tend à se généraliser de plus en plus aujourd'hui.

Nous ne décrirons pas cet appareil en détail. Qu'il nous suffise de rappeler qu'il est essentiellement constitué par un brassard du type ordinaire en rapport avec un manomètre métallique à double cadran, la grande graduation correspondant à un second manomètre amplificateur qui permet à l'aiguille de marquer chaque systole d'une oscillation d'assez grande étendue. Ce second manomètre amplificateur n'entre en action que par la manœuvre d'un bouton séparateur. Donnons à l'air contenu dans le brassard qui, ici, sera appliqué autour du poignet, une valeur notablement supérieure à la pression artérielle, puis diminuons progressivement cette pression en ouvrant la vis-bouchon, et manœuvrons après chaque dépression de $0^{cm}5$ de mercure, le bouton séparateur. Nous verrons la grande aiguille se déplacer sur son cadran, à chaque systole, d'abord de façon nulle ou à peu près nulle; puis de 3/10 à 5/10 de division; puis au fur et à mesure que la pression baisse, l'aiguille, après avoir présenté quelques oscillations sensiblement égales aux précédentes (3/10 à 5/10 de division) en marquera une nettement supérieure : 1 à 1,5. Ses oscillations croîtront régulièrement et lentement jusqu'à un maximum de 4 à 5 divisions du cadran, puis baisseront très brusquement et en deux ou trois fois, redescendront à la valeur des premières. Le résultat de cet examen peut s'inscrire ainsi qu'il suit, chacun des clochers de la courbe correspondant à un examen du manomètre amplificateur pour une pression différant de sa voisine de $0^{cm}5$ de mercure.

Les valeurs de la pression seront données, à chacune des manœuvres du bouton séparateur par le chiffre qu'indique l'aiguille du petit cadran. Normalement, elles sont de 14 à 15 pour la Mx, de 9 à 10 pour la Mn. La valeur de l'oscillation sera non pas lue sur la division marquée par la grande aiguille, mais calculée en faisant la différence entre les chiffres portés par les divisions du grand cadran entre lesquelles l'aiguille oscille à chaque systole. Prenons un exemple : la petite aiguille étant à 13, nous poussons le bouton séparateur, la grande aiguille, jusqu'ici immobile, se met en marche et oscille à chaque systole entre les divisions 5, 4 et 9; l'oscillation sera de 3, 6.

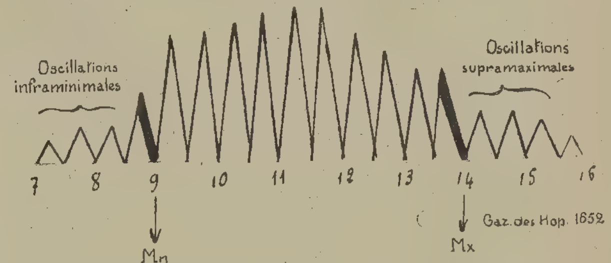
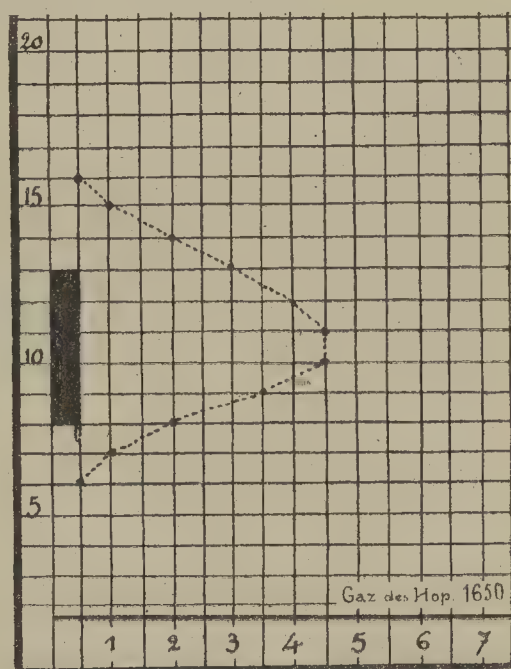


Fig. 2.

L'oscillation la plus étendue de la grande aiguille, au cours des variations de la pression dans le manchon donnera la valeur de l'indice oscillométrique ou index oscillatoire qui traduit la valeur de la contraction cardiaque : il varie sensiblement selon l'âge, le sexe et les états pathologiques cardiaques et généraux. Plus fort chez l'homme adulte où il atteint normalement 4 à 6, il n'est guère que de 3 ou 4 chez la femme dans les mêmes conditions,

L'appréciation de la Mx et de la Mn est beaucoup plus délicate avec l'appareil de Pachon qu'avec celui que nous avons décrit précédemment. Un bon moyen de déterminer leur valeur consiste à porter, au cours même de l'examen, la valeur de chacune des oscillations sur un graphiqee analogue à celui que nous reproduisons, puis de réunir les points ainsi marqués par une courbe sur laquelle il sera aisé de trouver ensuite les deux valeurs cherchées, par simple examen comparatif des oscillations successives. Une grande habitude de l'appareil rend ce procédé inutile; il n'en reste pas moins intéressant en ce qu'il permet de garder une trace objective de l'examen et de le comparer avec les examens antérieurs ou ultérieurs.



Fg. 3.

Comme on le voit, les chiffres donnés comme

normaux par l'appareil de Pachon sont sensiblement plus élevés que ceux fournis par la méthode auscultatoire. Il est constant, en effet, de voir chez ce même malade, examiné au cours de la même visite à l'aide des deux appareils, cette différence de 1cm5 à 2 centimètres de mercure au profit des résultats fournis par le Pachon. La question de savoir quelle est l'estimation qui se rapproche le plus de la stricte vérité ne nous occupera pas. Elle n'est pas de celles qui touchent le praticien. L'essentiel est de savoir — et tout le monde est à peu près d'accord sur ce point — quelle valeur il faut considérer comme normale pour chaque appareil afin de tirer de son emploi les renseignements cliniquement utiles.

Ainsi l'oscillomètre donne à la fois la valeur des pressions maxima et minima et celle de l'index oscillométrique traduisant l'énergie du myocarde; malgré les difficultés inhérentes à l'emploi d'un appareil de maniement délicat, cet emploi semblerait préférable à celui de l'appareil précédent si des circonstances n'intervenaient qui le rendent presque inutilisable dans certains cas. En effet, nous avons vu que l'indice oscillométrique est sujet à de multiples variations; dans le cas, par exemple, de convalescence de maladies infectieuses, chez la femme surtout, il tombe si bas que sa valeur ne dépassant pas quelques dixièmes de division, il est impossible de fixer la maxima et la minima; il en est de même s'il s'agit d'un malade atteint d'asystolie ou de myocardite aiguë; si, au contraire, le pouls est bondissant et tendu, les oscillations inframinimales seront encore très fortes et on hésitera devant l'oscillation à choisir, n'osant écarter des oscillations de trois divisions et plus. Dans ces cas, la méthode auscultatoire viendra tirer le praticien d'embarras (1).

Une autre difficulté réside dans le fait que les pulsations n'ont pas toujours la même intensité en particulier dans le cas d'arythmie, de pouls bi ou trigéminé, d'extrasystoles, etc. On verra, dans ces cas, la grande aiguille osciller de façon inégale pour deux systoles successives étudiées avec la même pression dans le manchon; et la différence peut atteindre deux et trois divisions! Quelle valeur faut-il donner à l'oscillation dans ces cas? Gallavardin répond, avec la majorité des auteurs : la valeur de l'oscillation la plus forte de la série. Il n'en est pas moins vrai que ces difficultés sont troublantes et parfois fort embarrassantes à résoudre (2).

En pratique, on utilisera l'oscillomètre sur le malade couché. On poussera, après avoir ajusté le manchon au poignet, la pression jusqu'à 25 ou 30 ou plus suivant l'âge ou les présomptions cliniques. Ce gonflement se fait au moyen de la pompe de bicyclette jointe à l'appareil, après avoir pris soin de fermer la vis destinée à laisser fuir l'air. Cela fait, on appuie sur le bouton séparateur et on lit les oscillations en manœuvrant alternativement ce bouton et la vis-bouchon; cette dernière sera ouverte prudemment afin de faire une nouvelle lecture de l'oscillation chaque fois que la pression baisse dans le manchon de un demi-centimètre de mercure. C'est, répétons-le, l'aiguille du petit cadran qui donne la valeur de cette pression.

On inscrit l'amplitude des oscillations sur les graphiques tout préparés, puis on établit les valeurs des tensions maxima et minima. Si l'on est assez familiarisé avec la manœuvre de l'appareil ou si l'examen est facile à interpréter, on pourra se contenter d'une simple lecture sans établir la courbe.

Il sera bon de répéter ici encore deux ou trois fois l'examen à quelques minutes de distance (1).

*
* *

En résumé, pour les malades cardiaques ou atteints de troubles généraux de l'organisme, l'examen devra être complété par l'évaluation de la pression artérielle, maxima et minima. Cette évaluation pourra être faite d'emblée par la méthode auscultatoire d'Ehret-Korotkow décrite en détail dans le chapitre précédent et qui est facile et juste. Dans les cas où les résultats paraîtront se séparer de la normale établie pour cette méthode autour de 12,5-7,5, l'examen sera complété avec fruit par l'établissement de la courbe oscillométrique, au moyen de l'oscillomètre de Pachon.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1922)

Maternité et tuberculose. — M. Hergott (de Nancy) intervient dans le débat. Il y a bien longtemps qu'il a observé et publié que, dans un certain nombre de cas, la gestation et surtout l'accouchement chez une femme tuberculeuse peut aggraver sa tuberculose. Dès 1881, M. Hergott avait communiqué un travail, à la Société d'obstétrique, dans lequel il signalait l'influence fâcheuse de la gestation sur l'évolution d'une tuberculose pulmonaire, surtout d'une tuberculose bilatérale.

En 1891, nouvelle communication, sur le même sujet, qui ne faisait que confirmer la première. M. Hergott, dans cette seconde communication, signalait même plusieurs cas dans lesquels l'influence de la grossesse avait été particulièrement grave et avait imprimé une marche foudroyante à l'évolution tuberculeuse.

Sans doute, dans certains cas de ce genre, plutôt exceptionnels, le médecin pourrait-il être autorisé à interrompre la grossesse et à recourir à l'avortement dit thérapeutique. Mais est-il bien démontré que cette intervention aurait une influence si heureuse sur l'évolution de la tuberculose.

Quoi qu'il en soit, M. Hergott, au point de vue de cette provocation de l'arrêt de la grossesse, se range complètement à l'avis de M. Pinard et ne consentira jamais à sacrifier, de propos délibéré, un enfant pour un résultat douteux au point de vue de l'amélioration de la tuberculose de la mère. Notre premier devoir, en pareille matière, dit-il, est de conserver.

(1) L'appareil de Pachon est livré depuis peu avec un nouveau brassard composé de deux poches de caoutchouc s'imbriquant comme les tuiles d'un toit. Ce dispositif, décrit par M. Gallavardin dans la *Presse médicale* du 9 septembre 1922, a pour but d'éteindre les oscillations supramaximales et d'indiquer de façon plus précise et plus nette la valeur de la Mx.

(2) Il est bien évident que les causes d'erreur décrites par l'appareil précédent jouent pour les oscillomètres aussi, et qu'il faut tenir compte des pressions de dénivellation, de l'influence de la digestion ou de l'émotivité, etc.

(1) A noter que l'appareil de Pachon est fragile et doit être manœuvré avec précautions; il ne faut jamais ouvrir la vis-bouchon, le bouton séparateur étant poussé; le constructeur conseille fort sagement pour éviter cette faute qui pourrait défoncer le manomètre amplificateur, de manœuvrer la vis et le bouton *toujours de la même main*.

Certains appareils de Pachon sont un peu « durs », surtout quand ils sont neufs et donnent des oscillations trop faibles; il faut, autant que possible, comparer à un autre un appareil neuf pour être bien sûr qu'il est suffisamment souple, et, le cas échéant, le renvoyer au constructeur.

Les pourvoyeurs et les vendeurs de substances toxiques. M. CAZENEUVE rappelle la législation de 1916 sur l'usage des substances toxiques, telles que la morphine, la cocaïne, les opiacés. La lutte contre ce véritable fléau social est d'une importance capitale, M. Cazeneuve nous fournit des chiffres impressionnants sur la production et la vente toujours croissante, chaque année, de ces substances toxiques. Il insiste sur la nécessité absolue, pour les juges, de poursuivre et de punir sévèrement ces délinquants. En terminant, M. Cazeneuve demande à l'Académie qu'elle propose la formation d'une commission internationale destinée à édicter les mesures nécessaires pour combattre le fléau social.

M. CAPITAN appuie la proposition de M. Cazeneuve.

La pyoculture. — M. DELBET. Il résulte des recherches très intéressantes que poursuivent, depuis longtemps déjà, MM. Delbet et Beauvy que l'on peut tirer de l'examen du pus des renseignements très instructifs, selon que les microbes se développent ou non dans le pus cultivé.

Election. — L'Académie procède à l'élection de trois membres correspondants nationaux.

La liste de présentation porte : en première ligne, MM. Alary (de Toulouse), Margnat (de Vichy), et Morel (de Lyon).

En seconde ligne : MM. Barral (de Lyon), Bordier (de Lyon), Derrien (de Montpellier), Jadin (de Strasbourg), Lesage (de Rennes), et Verdun (de Lille). Après cinq tours de scrutin, MM. Alary, Jadin et Margnat sont proclamés élus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1922)

Sur la nature de l'agent toxique en cause dans un cas d'anémie benzolique professionnelle. — MM. FAURE-BEAULIEU et LÉVY-BRÜHL, en réponse à une remarque de M. Duvoir, apportent des précisions sur le produit toxique incriminé dans leur cas d'anémie benzolique antérieurement rapporté à la Société. M. Delépine a trouvé dans un échantillon du liquide toxique inhalé, presque exclusivement du benzène avec quelques traces d'autres hydrocarbures, mais aucun dérivé chloré. Ils croient donc pouvoir attribuer l'action toxique, dans leur cas, au benzène lui-même.

Présentation d'un appareil pour injections intraveineuses goutte à goutte. — M. THIROLOIX.

Vergetures du thorax chez une malade porteuse d'un pneumothorax. — MM. RIST et JACOB présentent une malade chez laquelle on observe des vergetures de l'hémithorax gauche surtout marquées à la paroi postérieure mais s'étendant à la région axillaire et en bas jusqu'à la région lombaire.

Les vergetures auraient débuté huit jours après un pneumothorax droit. Les auteurs soulèvent la question pathogénique et refusent d'admettre la théorie de la distension cutanée.

M. MÉNÉTRIER rappelle un cas signalé par Troisier dans lequel l'auteur faisait jouer un rôle à une fragilité particulière de la peau.

Fistule biliaire cutanée intermittente dans un cas de cholécystite chronique scléro-hypertrophique. Injection barytée des voies biliaires sous le contrôle radioscopique. — MM. CARNOT et BLAMOUTIER rapportent l'histoire d'une femme qui présenta, après cholécystostomie pour phlegmon biliaire, une fistule cutanée par laquelle s'écoulait un liquide brunâtre composé de bile et de sang.

Ils injectèrent avec une seringue dont le bec était monté sur une sonde urétérale introduite dans la vésicule de toutes les voies biliaires avec un lait baryté. Une cholécystectomie secondaire permit de constater une vésicule du type scléro-hypertrophique. Le calcul muriforme était couvert d'aspérités, expliquant le piqueté hémorragique que présentait la muqueuse voisine du col, donc l'origine du sang trouvé dans le liquide d'écoulement.

Un cas de kala-azar infantile d'origine française guéri par le stibényl. Posologie, action toxique et rythme d'élimination du stibényl. — MM. J. RENAULT, MONIER-VINARD et GENDRON présentent l'observation d'une fillette de deux ans et demi guérie d'un kala-azar grave par injections intramusculaires de stibényl.

Le diagnostic a été fait par ponction de la rate. Le dosage dans l'urine de l'antimoine éliminé ayant montré que le médicament s'éliminait presque complètement en trente-six heures, on fit des injections tous les deux jours et à partir de ce moment survint l'amélioration de tous les symptômes, puis la guérison complète. La maladie a duré dix mois. L'enfant a reçu quatre-vingt-douze injections intrafessières, soit 14gr50 de stibényl.

Ce cas de kala-azar est d'origine marseillaise et l'agent de transmission semble avoir été le chien.

Observation d'un cas de leishmaniose cutanée (bouton d'Orient). Guérison par le stibényl. — M. PLESSIER relate une auto-observation de leishmaniose cutanée traitée par le stibényl par voie intraveineuse et directement dans la lésion. On injecte en l'espace de quatre mois 8 grammes de stybényl par doses fractionnées (0,10 à 0,20) trois fois par semaine. Il n'y eut aucun trouble d'ordre général ; seules quelques réactions locales firent espacer les injections dans la lésion. La lésion a disparu complètement ne laissant qu'une légère zone pigmentaire sans déformation ni adhérence. Etant donné les résultats remarquables obtenus avec le stibényl dans des cas très graves de leishmanioses viscérales, il semble que ce médicament puisse être présenté comme un traitement de choix des leishmanioses et du bouton d'Orient en particulier.

Dysenterie amibienne avec gangrène limitée à l'angle hépatique du côlon propagée au foie. — MM. LENOBLE et JÉGAT (de Brest) font connaître l'histoire d'un syphilitique ancien porteur d'un anévrisme de l'aorte ascendante ayant présenté sans fièvre des douleurs dans le flanc droit avec ascite et de la diarrhée contenant des amibes. A l'autopsie, gangrène limitée de l'angle droit du côlon propagée à la partie correspondante du foie. Les auteurs font remarquer l'obscurité des signes tout à fait différents de la séméiologie de la dysenterie gangréneuse. Ils attribuent le sphacèle à l'action directe des amibes.

Encéphalite épidémique à forme mixte. Essai de traitement par injections intraveineuses de liquide céphalo-rachidien. — MM. BOURGES et BREUIL.

Fièvre typhoïde à forme rhumatismale et arthrotyphus proprement dit. — M. BOURGES.

Un cas familial de myoclonie-épilepsie. — MM. CROUZON, BOUTTIER et BASCH présentent un malade atteint de syndrome d'Unverricht-Lundberg. Les auteurs insistent sur les caractères de secousses myocloniques, irrégulières, inégales, non rythmées et qui produisent des déplacements segmentaires des membres supérieurs et inférieurs et même de la tête. Il s'agit d'une affection familiale puisqu'un des frères de la malade présentait, à l'âge de quinze ans, des secousses convulsives permanentes et des crises d'épilepsie et mourut en état de mal à l'âge de dix-sept ans.

Au point de vue thérapeutique, les auteurs insistent sur l'effet très favorable du gardénal.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1922)

Présence d'un principe vaso-constricteur puissant dans le genêt à balai. — MM. H. BUSQUET et Ch. VISCHNIAC. En soumettant le genêt à un traitement particulier, on obtient une préparation possédant un pouvoir vaso-constricteur très puissant, supérieur à celui du tissu surrénal et de l'ergot de seigle. La vaso-constriction est due à un principe qui agit directement sur les muscles vasculaires sans intervention du système nerveux central. Ce principe actif est différent des alcaloïdes et glucosides déjà décrits dans le genêt.

M. Ch. RICHET. La constitution chimique de ce principe a-t-elle été déterminée?

M. Busquet. La question est à l'étude. Mais il ne s'agit ni d'un glucoside, ni d'un alcaloïde.

Influence du repas sur les réflexes oculo-cardiaque et solaire. — MM. H. Claude, J. Tinel et D. Santenoise signalent les modifications apportées par le repas sur les résultats des épreuves de la compression des globes oculaires et du plexus solaire. Ils ont observé, en effet, après le repas en particulier chez les déséquilibrés du système nerveux organo-végétatif, des résultats inverses de ceux qu'on peut observer et inscrire chez les mêmes sujets à jeun. Il suffit, d'ailleurs, quelquefois d'une simple tasse de lait pour produire cette modification. Ce changement d'état neuro-végétatif est assez passager et au bout d'un temps d'autant plus court que le sujet est plus déséquilibré, on constate un retour au tonus vago-sympathique antérieur. Ces modifications ont été signalées à la suite des injections de peptone. Il existe d'ailleurs un parallélisme net entre les modifications de la formule leucocytaire du sang prélevé à la périphérie et les modifications du tonus vago-sympathique, au cours du choc hémoclasique digestif. Les auteurs terminent en insistant sur la nécessité d'examiner le matin à jeun les individus dont on veut établir la formule d'équilibre vago-sympathique.

M. Lapicque. On pourrait expliquer les accidents qui, chez certaines personnes, surviennent à la suite d'un bain pris peu après le repas par l'excitabilité anormale du vague à cette période.

Herpès et encéphalite. — A la suite d'une nouvelle série de recherches expérimentales sur les virus de l'herpès et de l'encéphalite, MM. Levaditi et Nicolau démontrent les faits suivants :

1° Le virus herpétique comporte un grand nombre de variétés à affinités ectodermotropes et neurotropes diverses ;

2° Ce virus doit être considéré comme une variété généralement moins virulente, au point de vue neurotrope, du germe de l'encéphalite léthargique.

3° Il n'y a pas de rapport entre l'affinité ectodermotrope et neurotrope du virus herpétique, l'une de ces affinités (kératotrope) pouvant exister en l'absence de l'autre (neurotrope). Ces deux affinités sont donc dissociables.

MM. R. Goiffon et F. Nepveux : 1° **Appréciation comparative de la concentration des acides organiques forts ou faibles dans une solution ;**

2° **L'indice différentiel de dissociation des acides organiques. Son application aux jus de fruits et boissons ; son interprétation.**

Méthode simple basée sur les différences de constante de dissociation ionique des acides organiques, et permettant de savoir si une solution complexe de ces acides est composée surtout d'acides forts ou faibles.

Etude comparée du réflexe oculo-cardiaque et du réflexe solaire. — MM. H. Claude, Tinel, Santenoise. Le réflexe solaire apparaît en antagonisme habituel du réflexe oculo-cardiaque. Il n'existe d'une façon marquée que chez les sujets sympathico-toniques, à réflexe oculo-cardiaque faible, nul ou inversé. Il manque presque toujours chez les vagotoniques à réflexe oculo-cardiaque très marqué.

Les mêmes actions agissent généralement en sens inverse sur les deux réflexes. Sous l'influence du repas, chez un vagotonique, on voit le réflexe oculo-cardiaque s'atténuer et le réflexe solaire apparaître.

De même chez les anxieux, maniaques ou épileptiques à crises paroxystiques, on voit s'exagérer l'état vagotonique pendant la période qui précède ou accompagne les crises. Dans ce cas, le réflexe oculo-cardiaque est exalté, le réflexe solaire absent; au contraire, dans les périodes intercalaires, la sympathicotonie se traduit par la diminution du réflexe oculo-cardiaque et l'exagération du réflexe solaire.

Si ces deux réflexes sont généralement en antagonisme et traduisent par leur présence la prépondérance du vague ou du sympathique, il existe des sujets qui manifestent une excitabilité parallèle des deux systèmes et répondent également au réflexe oculo-cardiaque et au réflexe solaire. Ce sont des hypervagotoniques.

D'autres, au contraire, ont aux deux explorations une réponse également faible, ce sont des hypotoniques.

On voit ainsi que l'exploration du réflexe solaire nous renseigne snr l'excitabilité du sympathique abdominal au même titre que le réflexe oculo-cardiaque nous traduit l'excitabilité du vague.

M. Lapicque. Les résultats fournis par le réflexe solaire ne sont donc pas la seule conséquence d'une simple action mécanique. Cette théorie avait été soutenue ici par M. Guillaume. Il faut croire que les objections qui lui ont été faite en séance l'ont convaincu, car on ne retrouve plus trace de cette opinion dans sa communication écrite.

— Réunion biologique de Lyon (20 novembre 1922) :

Emploi du trichloréthylène en technique histologique. — M. Perrin (de Grenoble) préconise le trichloréthylène pour remplacer à la fois l'alcool absolu et le xylol dans l'inclusion à la paraffine.

Chute des lymphocytes du sang par séjour à la chaleur sèche. — MM. Policard et Li Koue Tcheng, en étudiant, à la suite de Murphy, l'action de la chaleur sèche sur le comportement du système lymphoïde, ont vu qu'un séjour de vingt-quatre heures à l'étuve à 38 degrés faisait tomber des deux tiers le nombre total des lymphocytes du sang chez la souris.

Tissu élastique et autolyse. — Mlle Y. Trichtkowitch précise, par des recherches en série faites sur les formations élastiques des artères et des voies respiratoires, la grande résistance du tissu élastique à l'autolyse aseptique.

Le formol comme fixateur nucléaire. — MM. Mangenot et Noël étudient, par comparaison avec des cellules examinées vivantes (cellule hépatique, cellule végétale), les modifications apportées par le formol à la structure nucléaire. Contrairement à une opinion courante, le formol paraît fixer le noyau avec le minimum de déformations.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1922)

A propos de l'épilepsie. — M. Goubeau, de ses observations personnelles, conclut que l'épilepsie est souvent d'origine syphilitique, que le traitement antisyphilitique doit être administré dans tous les cas, traitement mixte successif triple ; on obtient des succès une fois sur deux.

Cancer du côlon droit. — M. V. Pauchet présente un cancer du côlon droit traité par la colectomie large : intervention en un temps, guérison simple. Actuellement, ce malade éprouve un état euphorique qu'il n'a jamais connu depuis de longues années, car les fonctions se font normalement: le malade avec son cancer, était porteur d'une ancienne maladie de Lane. Si la stase intestinale chronique avait été traitée autrefois, il est vraisemblable que ce malade n'aurait pas eu de cancer.

Gangrène du pied. — M. Vignat présente un malade atteint de gangrène humide de l'avant-pied, ayant refusé une amputation de cuisse, et guéri par la carbonisation des parties sphacélées. Ce malade, guéri depuis plus d'un mois, marche correctement sur ses deux pieds, n'ayant perdu que trois orteils. Ce malade, athéromateux et diabétique ne présente aucun battement au niveau des tibiales.

Les causes du surdi-mutisme héréditaire. — M. de Parrel cherche à définir les causes du surdi-mutisme héréditaire et leur hiérarchie, de manière à préparer la voie à une action prophylactique rationnelle. Dans l'étiologie, la syphilis tient la première place, puis viennent la consanguinité, la surdité familiale, toutes les causes de dégénérescence et de dystrophie et les traumatismes physiques ou moraux subis par la mère au cours de la grossesse.

M. Léopold-Lévi ajoute dans l'étiologie le crétinisme endémique avec bons effets de la thyroïdothérapie.

A propos du ministère de l'Hygiène, la Société de médecine émet le vœu que ce ministère soit maintenu.

Précis de thérapeutique, par A. MANQUAT, correspondant national de l'Académie de médecine, ancien professeur agrégé du Val-de-Grâce. Ouvrage complet, 1922, 2 vol. in-8, ensemble 1412 pages. — Prix : 50 fr. — Paris, J.-B. aillière et fils.

L'opération de dacryocystite sans cicatrice extérieure, Opérés et projections. — M. Bourguet, après avoir rappelé la technique Dupuy-Dutemps-Bourguet, qui donne plus de 90 p. 100 de guérison, montre une malade opérée par ce procédé, et guérie. Il montre par des projections la technique employée.

Nouveau traitement médical du goitre. — M. Regnault donne 30 centigrammes d'extrait de thyroïde et 3 milligrammes d'extrait de parathyroïde en trois fois dans les vingt-quatre heures, les deux glandes étant physiologiquement solidaires. Durée du traitement : trois semaines, et repos de huit jours. Il a eu de bons résultats dans le goitre simple et dans quelques cas de goitre exophtalmique et d'insuffisance thyroïdienne.

Un cas de côte cervicale. — M. R. Dupont a observé chez une femme de trente et un ans, une côte complète gauche en deux parties réunies par une articulation. Douleurs vives dans les territoires du radial et du cubital depuis cinq mois. Ablation de la côte. Succès complet.

M. Rœderer pense que les côtes cervicales sont relativement fréquentes et peuvent exister sans signes vasculaires ni nerveux : il faut y penser en présence de certaines scolioses hautes et prématurément rigides.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par les pulvérisations d'eau de chaux. — M. Gallois simplifie le procédé Coutière en se servant d'un vaporisateur ordinaire. Il vaporise l'eau de chaux pure ou coupée de moitié ou de trois quarts d'eau. Elle est très bien supportée, donne seulement un goût amer et astringent dans la bouche.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 17 novembre 1922)

M. Roederer à propos de la communication des **néarthroses secondaires à la subluxation de la hanche** apporte les trois indications suivantes :

En premier lieu, il lui apparaît que ce sont les luxations âgées et non traitées qui fournissent la symptomatologie minimum.

En second lieu, ce sont les luxations doubles qui toujours donnent lieu à la moindre boiterie.

En troisième lieu, il est d'avis qu'il faut faire une part au redressement volontaire de la marche dû à l'éducation et à la coquetterie.

Résultats du traitement non sanglant dans les fractures du col du fémur. — M. Paul Barbarin. Le traitement non sanglant des fractures du col du fémur a fait de considérables progrès depuis qu'à l'extension simple ou au plâtre en extension, on a substitué la réduction et l'immobilisation selon la méthode de Whitman (abduction à 45 degrés, rotation interne). Dans la majorité des cas, chez les malades très âgés, le plâtre court, s'arrêtant au genou mis dans cette position, permettant de lever les malades, de les asseoir, sera l'appareil de choix. Il a permis à l'auteur d'enregistrer de beaux succès, sans boiterie appréciable.

M. Roederer présente l'observation d'un malade soupçonné de **mal de Pott**, enraidi, sans symptômes rénaux, et qui est porteur d'une scoliose rigide à deux courbures.

Il souffre depuis six mois de la région lombaire, particulièrement du côté droit. La palpation médiane est indolore, la palpation latérale réveille une douleur sur l'apophyse transverse de la troisième vertèbre lombaire.

La radiographie montre un spina-bifida occulte de la première sacrée.

L'auteur ne conclut pas sauf en ce qui concerne le mal de Pott inexistant.

Présentation de malades soignés par la radiumthérapie pour le cancer de l'œsophage. — M. Guisez présente plusieurs malades chez lesquels les applications locales de radium mises exactement au niveau de la sténose avaient fait disparaître complètement la tumeur cancéreuse.

Corps étrangers œsophagiens enlevés sous l'œsophagoscopie. — M. Guisez présente quatre corps étrangers enlevés récemment du tiers supérieur de l'œsophage.

Fibrome utérin d'origine sous-péritonéale complètement détaché de l'utérus et libre dane la cavité péritonéale. — M. Dartigues présente le cas d'une femme de cinquante-cinq ans n'ayant pas eu de métrorragies, mais présentant des phénomènes de compression du côté du rectum et de la vessie. La malade avait eu, il y a un an, des phénomènes de pelvi-péritonite intenses.

A l'ouverture de l'abdomen, les adhérences sont telles qu'on ne voit absolument rien. L'auteur parvient à isoler à gauche une tumeur du volume d'une tête de fœtus, granitée à la surface, qui ressemble à une tumeur solide de l'ovaire. Quand on est parvenu à l'isoler de l'intestin adhérent de toutes parts, on constate qu'elle n'a pas de pédicule et qu'elle est absolument indépendante de l'utérus.

Après l'extirpation de cette première tumeur, il est possible de réaliser l'hystérectomie abdominale pour un utérus bourré de fibromes.

CORRESPONDANCE

Nous recevons avec surprise la protestation suivante à propos de la note de jurisprudence parue le 16 novembre 1922, dans la *Gazette des hôpitaux* (n° 89, p. 1443) et relatant la condamnation d'un médecin malhonnête :

« Le syndicat de médecine sociale, considérant que les « intérêts moraux et matériels de ses membres pourraient « être atteints par cet article, ne doute pas que la *Gazette des* « *hôpitaux*, qui n'est pas suspecte de partialité, veuille enre- « gistrer notre protestation.

« S'il est des cas regrettables où des médecins ne respec- « tent pas les traditions de devoir et d'honnêteté qui ont « illustré le corps médical en son ensemble et de tous temps, « il est des tribunaux qui sauront assurer la répression né- « cessaire. Cela ne peut suffire à condamner les médecins « dans leur ensemble. Et ce n'est pas parce que cela servirait « les intérêts financiers de sociétés anonymes, que l'on doit « méconnaître un seul instant, nous ne disons pas même les « bienfaits, mais la nécessité absolue du libre choix du mé- « decin tant pour le corps médical, que pour l'individu et « pour la société toute entière.

« Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur en chef, l'assu- « rance de nos sentiments confraternels.

« Signé : pour le bureau :

« *le secrétaire* : Dr Paoli ; *le trésorier* : Dr Hazemann. »

Les signataires de la lettre ont certainement mal lu l'article de notre collaborateur. Il n'a pas « condamné les médecins dans leur ensemble » mais il a signalé les agissements de « certains » médecins. Ce n'est évidemment pas la même chose. Nos lecteurs qui savent que depuis quatre-vingts-quinze ans la *Gazette des hôpitaux* est le défenseur de tous les intérêts de notre profession, ne s'y seront pas trompés.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(du 4 au 9 décembre 1922)

THÈSES

Mercredi 6 décembre. — Jury : MM. Legueu, président; Delbet, Gosset et Brindeau. — M. Krzypow (B.). Valeur sémiologique des écoulements anormaux par le mamelon. — M. Fey (Bernard). L'infarctus chirurgical du rein. — M. Ortodoxu (V.). Ligamentopexie dans les rétrodéviations utérines. — Mme Poissonnier. Contribution à l'étude du syndrome de Klippel-Feil.

NOTES POUR L'INTERNAT

INTERLIGNE DE LISFRANC

Interligne tarso-métatarsien décrit par Hey, étudié anatomiquement par Lisfranc qui a rendu praticable la désarticulation de l'avant-pied dont Farabeuf a fixé la technique opératoire.

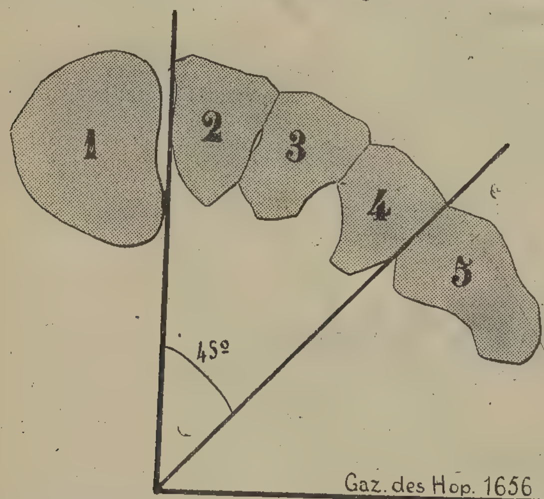


Fig. 1 (d'après Farabeuf). — *Surfaces articulaires des bases métatarsiennes.* — 1, 2, 3. 4, 5. Métatarsiens. — 45° = angle d'inclinaison des interlignes intermétatarsiens.

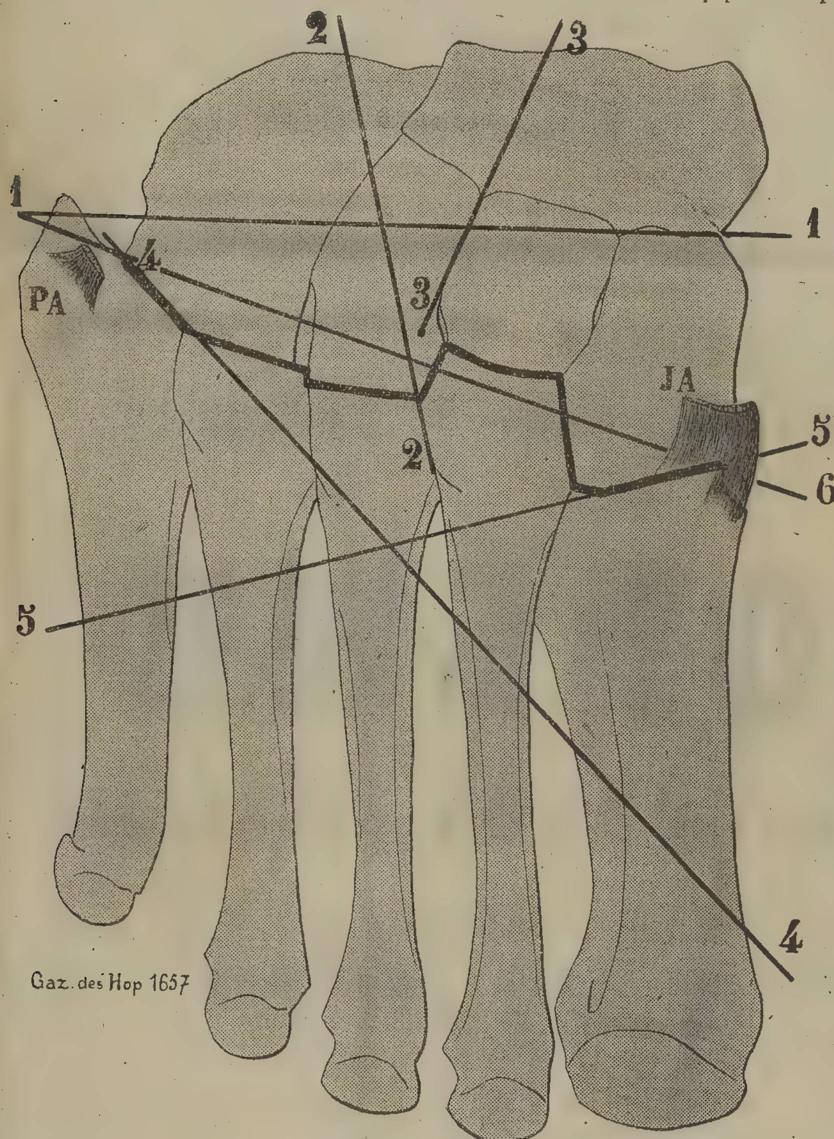


Fig. 2 (d'après Farabeuf). — *Interligne tarso-métatarsien.* — 1, 1. Transversale passant par l'entrée de l'interligne de Lisfranc et l'articulation scapho-cunéenne. — 2, 2. Ligne des articulations intermétatarsiennes. — 3, 3. Ligne des articulations intercunéennes. — 4, 4. Obliquité de l'extrémité externe de l'interligne. — 5, 5. Obliquité de l'extrémité interne de l'interligne. — 1, 6. Obliquité générale de l'interligne. — P, A. Insertion du péronier antérieur. — J, A. Insertion du jambier antérieur.

Trois chapitres à étudier : — sa constitution; — ses formations fibreuses ou tendineuses au niveau de la région dorsale, plantaire et interosseuse; son exploration.

A. CONSTITUTION. — 1° **Surface tarsienne** formée par les faces antérieures des trois cunéiformes et du cuboïde qui constituent la deuxième rangés du tarse, plus étendue en dedans qu'en dehors, ils sont unis entre eux par des articulations dont les interlignes, dans le sens antéro-postérieur, sont obliques en arrière et en dedans (vers la malléole tibiale), et, dans le sens vertical, convergent vers la plante du pied. — 2° **Surface métatarsienne** constituée par les faces postérieures des bases des métatarsiens unies entre elles par des articulations dont les interlignes, dans le sens antéro-postérieur, sont légèrement obliques en arrière et en dehors (vers la malléole péronière). Elles sont appareillées, comme les os du tarse, pour former une arcade transversale : aussi sont-elles plus ou moins taillées en coin à arête plantaire. Les interlignes intermétatarsiens convergent vers la plante : leur obliquité augmente progressivement de dedans en dehors entre 90 et 45 degrés : le 1er interligne est sensiblement vertical, et le 4e est incliné sur le 1er à 45 degrés.

L'interligne tarso-métatarsien vu sur la face dorsale du pied à une direction générale oblique en avant et en dedans : extrémité interne située à plus de 2 centimètres en avant de l'extrémité externe; différence de niveau due à l'étendue antéro-postérieure du 1er cunéiforme, car une ligne transversale passant par l'extrémité externe de l'interligne de Lisfranc rencontre en dedans l'entrée de la 1re articulation scapho-cunéenne. En outre, la pénétration du 2e métatarsien dans la tarse mise à part, il décrit une courbe presque régulière, concave en arrière, concentrique à la courbe décrite par les têtes métatarsiennes.

En suivant l'interligne de dehors en dedans : — au niveau de la base du 5e métatarsien prolongée par sa volumineuse apophyse il apparaît très oblique en avant et en dedans dans la direction du milieu du 1er métatarsien; — au niveau du 4e, il est moins oblique; — au niveau du 3e il est moins oblique encore, presque transversal, mais légèrement décalé en avant par la saillie du 3e cunéiforme; — au niveau du 2e métatarsien il est fortement échancré : le 2e métatarsien s'encastre dans une véritable mortaise constituée par les 3 cunéiformes, mortaise dont la profondeur est de 8, 9 ou 10 millimètres en dedans, au niveau de la face externe du 1er cunéiforme, et de 4 millimètres seulement en dehors, au niveau de la face interne du 3e cunéiforme; le fond est constitué par le 2e ou petit cunéiforme; en pénétrant dans cette mortaise le 2e métatarsien se rétrécit surtout aux dépens de son flanc externe : en conséquence tandis que son articulation avec le 3e métatarsien avait l'obliquité commune à toutes les articulations intermétatarsiennes, son articulation avec le 3e cunéiforme est oblique en arrière et en dedans comme les articulations intercunéennes. — Enfin au niveau du 1er métatarsien l'interligne de Lisfranc, après une petite zone dirigée en dehors, devient franchement oblique en avant et en dehors dans la direction du milieu du 5e métatarsien.

On voit donc que, parmi les 4 os de la dernière rangée du tarse, 2 sont en retrait : le 2e cunéiforme surtout et un peu le cuboïde, 2 sont en saillie, surtout le 1er cunéiforme, et un peu le 3e cunéiforme qui lui, s'enclave entre les extrémités des 2e et 4e métatarsiens. Quant aux métatarsiens, 2 d'entre eux pénètre dans le tarse, surtout le 2e et un peu le 4e.

« En résumé, les 4 os de la dernière rangée du tarse et les 4 métatarsiens s'emboîtent alternativement à une profondeur qui décroît en allant de dedans en dehors comme la progression géométrique décroissante 8-4-2-1. » (Farabeuf).

B. LIGAMENTS ET TENDONS. — L'interligne

de **Lisfranc** est caché : — 1° sur la face dorsale dorsale, par les « minces bandelettes nacrées qu'on appelle ligaments dorsaux; — 2° en dehors, par le tendon du court péronier latéral, rôle de ligament latéral externe; — 3° en dedans, par la partie du tendon du jambier antérieur qui se fixe au tubercule du 1er métatarsien, rôle de ligament latéral interne; — 4° sur la face plantaire, par les solides ligaments tarso-métatarsiens, par de nombreuses expansions fibreuses venues du ligament calcanéo-cuboïdien, du tendon du jambier postérieur, de la gaine du long péronier latéral et par les insertions du muscle



Fig. 3. — *Face plantaire de l'interligne.* — J, P. Jambier postérieur et ses expansions. — L, P, L. Long péronier latéral. — C, P, L. Court péronier latéral.

abducteur oblique; intérêt particulier du tendon du long péronier latéral qui, réfléchi devant la tubérosité sous-cuboïdienne passe obliquement sur l'interligne de Lisfranc au niveau des bases des 2e et 3e métatarsiens pour aller s'insérer à la corne interne du « chapiteau » qui représente la base très grosse du 1er métatarsien : cette corne se prolonge sous le 2e métatarsien de sorte qu'on est obligé d'incliner le manche du couteau en dedans lorsqu'on veut introduire la pointe entre les deux premiers métatarsiens. « On désinsère tout cela facilement au fond de l'articulation rendue béante par l'abaissement de l'avant-pied. Le tendon du long péronier seul est dur au couteau. » (Farabeuf); — 5° mais cet abaissement ne sera possible que par section des ligaments inter-osseux qui cloisonnent l'interligne, en particulier, le ligament de Lisfranc, trousseau fibreux qui de la face externe du 1er cunéiforme se dirige obliquement en dehors et en avant pour se fixer sur les deux tiers inférieurs de la face interne de la base du 2e métatarsien; ligament très résistant, haut de plus de 10 millimètres, épais de plus de 5 millimètres, qui constitue la clef de l'articulation de Lisfranc et dont la section par le « coup de maître » est un temps délicat de la désarticulation totale du métatarse. Accessoirement d'autres ligaments interosseux longitudinaux nés des flancs du 3e cunéiforme, se dirigeant vers les intervalles qui séparent la base du 3e métatarsien des bases voisines : « la pointe en a vite raison ». Ces ligaments cloisonnent l'interligne. Aussi y a-t-il généralement 3 cavités synoviales isolées : la 1re pour l'articulation du premier métatarsien; la 2e pour celle des 2 derniers métatarsiens avec le cuboïde; le 3e pour les articulations intermédiaires : celle-ci communique fréquemment par les intervalles des cunéiformes avec la synoviale des articulations scapho-cunéennes.

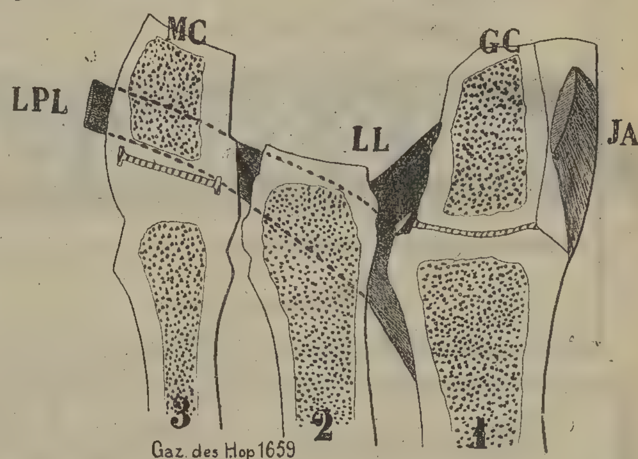


Fig. 4 (d'après Farabeuf). — *Coupe frontale des 3 premiers métatarsiens.* — 1, 2, 3. Métatarsiens. — G, C. Grand ou 1er cunéiforme. — M, C. Moyen ou 3e cunéiforme. — L, L. Ligament de Lisfranc. — L, P, L. Tendon du long péronier latéral. — J, A. Insertion du jambier antérieur sur la face interne du 1er cunéiforme respectée par la coupe.

C. EXPLORATION. — 1° **Mensuration.** — Les deux extrémités de l'interligne de Lisfranc aboutissent au milieu du bord interne et du bord externe du pied : mesurer la distance qui sépare le profil postérieur du talon de l'extrémité du 1er et du 5e orteils. — 2° **Exploration digitale**, résultats plus précis. En dehors : le doigt promené le long du bord externe du pied trouve la tubérosité du 5e métatarsien; se souvenir de son obliquité telle qu'on ne peut pénétrer dans l'interligne que d'arrière en avant. En dedans, placer le bout du pouce fortement fléchi sous le bord interne du métatarsien, progresser d'avant en arrière, « l'ongle raclant sous le bord interne de l'os; » on trouve le tubercule du 1er métatarsien et au delà le fossé articulaire : « le tubercule est alors senti entre la pulpe et l'ongle. »

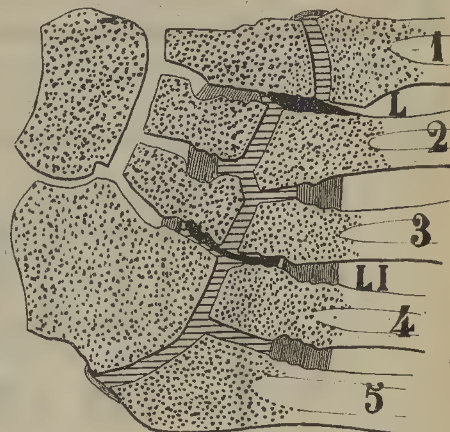


Fig. 5. — *Coupe parallèle au plan dorsal du pied montrant les 3 synoviales.* — 1, 2, 3, 4, 5. Métatarsiens. — L. Ligament de Lisfranc. — L, I. Autre ligament interosseux longitudinal.

En résumé, **au point de vue chirurgical**, autant pour les désarticulations partielles que totales du métatarsien, se rappeler l'importance de l'obliquité de l'interligne, de l'encastrement du 2e métatarsien dans la mortaise cunéenne, de la saillie de la corne externe du 1er métatarsien, des différentes directions des articulations intermétatarsiennes et tarsiennes, des deux tubercules osseux, repère capital, et enfin du passage sous l'interligne du tendon du long péronier latéral qui servira de dossière au couteau pendant le « coup de maître » de la désarticulation de Lisfranc.

PHYSIOLOGIE. — Faibles mouvements de flexion, d'extension, de latéralité. Pratiquement, l'ankylose de cet interligne n'a pas une grande importance pour la marche.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Touristes, l'*Agenda P.-L.-M pour 1923*, qui vient de paraître, vous servira avant, pendant et après vos voyages. Original, ingénieux, documenté, pratique, écrit avec humour, illustré avec art, il renseigne en amusant. 250 illustrations dans le texte, 15 superbes hors-texte en couleurs. Pochette de 12 cartes ostales illustrées.

Prix : 5 fr. En vente : à Paris, à l'agence P.-L.-M., 88, rue Saint-Lazare, et bureaux de ville de la Compagnie ; dans les Agences de voyages, les Grands Magasins, les gares et grands trains du réseau P.-L.-M.

Envoi franco à domicile contre mandat (6 fr. 65 pour la France, 7 fr. 20 pour l'étranger) adressé au service de la publicité P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, à Paris.



Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

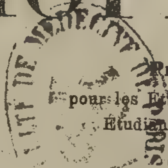
Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.



ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Prix Filloux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Rouget, Lermoyez, Lesné, Legueu, qui acceptent; et Le Mée, qui n'a pas fait connaître son acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — Par arrêté en date du 29 novembre 1922, la chaire d'accouchements et d'hygiène de la Faculté de médecine de Lille est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'hygiène. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Massina (d'Oms).

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — L'ordre du jour suivant a été voté par le Syndicat des médecins de la Seine dans sa séance du 15 novembre 1922 :

« Le Conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, au sujet de l'affaire du chirurgien d'Evreux, adresse ses félicitations très vives au professeur J.-L. Faure, au docteur Dartigues, docteur Paul, docteur Camille Savoire et à tous autres qui, devant le tribunal ou dans la grande presse, ont défendu avec tout leur cœur, leur science et leur conscience le chirurgien poursuivi pour une erreur de diagnostic.

Déclare que : des poursuites de ce genre, si elles étaient accueillies favorablement par certains tribunaux, seraient de nature à nuire gravement à la médecine et par voie de conséquence directe, à la santé publique. »

LA SOCIÉTÉ DES AMIS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE a tenu hier, à 4 h., son assemblée générale, sous la présidence de M. Léon Bourgeois, assisté de M. le doyen Roger et de M. le professeur Chauffard.

M. le trésorier a rendu compte de la situation financière de la Société : MM. Chauffard et Roger ont fait adopter par l'Assemblée les deux projets suivants :

1° L'érection par la Société d'un monument à la mémoire des docteurs et des étudiants en médecine de la Faculté de Paris, morts pour la France;

2° L'organisation de conférences placées sous le patronage de la Société des Amis de la Faculté de médecine et dans lesquelles les maîtres de la Faculté viendront exposer les résultats de leurs travaux personnels et les progrès de la science. Ces conférences auront lieu à partir du 18 janvier prochain et s'adresseront à la fois au grand public et au public médical.

CONSULTATION DENTAIRE DE L'HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — Enseignement clinique de stomatologie avec présentation de malades. — M. le docteur Pierre Robin, stomatologiste des hôpitaux, fera tous les jeudis, à 11 h. du matin, dans l'amphithéâtre des cours de l'hôpital des Enfants-Malades, une conférence clinique de stomatologie.

La première conférence aura lieu le jeudi 7 décembre 1922.

Chaque conférence sera précédée à 10 h. 1/2. d'une consultation expliquée avec présentation d'enfants en cours de traitement pour des déviations dento-facio-craniennes.

M. le docteur Pierre Robin fera également, tous les mardis à 9 h. 1/2, salle de la consultation dentaire, une consultation de stomatologie infantile.

Cette consultation expliquée se fera avec présentation de malades et traitement des affections des mâchoires et des dents.

AVIS

Reliure mobile pour la *Gazette des hôpitaux.*

A la demande d'un grand nombre de nos lecteurs, nous avons fait établir une reliure mobile à dos extensible. Cette reliure, extrêmement pratique, permet de classer et de conserver les numéros de la Gazette des hôpitaux.

On peut se la procurer aux prix suivants : dans nos bureaux, 10 fr. 50; Paris et province 11 fr. 75, étranger 12 fr. 50, frais de poste et d'emballage compris.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

HONORAIRES MÉDICAUX

DEMANDE D'EXPERTISE. REJET

Nous avons déjà relaté divers moyens employés par certains malades pour retarder le paiement des honoraires dus à leur médecin ou pour tenter d'en obtenir une réduction. Un moyen employé assez fréquemment est la demande de nomination d'un expert pour examiner la note d'honoraires; on espère que devant l'expert *on s'arrangera*, c'est-à-dire qu'on lassera le médecin qui, pour ne pas perdre son temps, consentira une réduction. Le jugement rapporté ci-après en fournit un exemple.

Le 27 juin 1920, une automobile conduite par M. P... et dans laquelle se trouvaient une dame et M. et Mme R... a capoté à Houlgate. Le docteur A..., en villégiature dans cette localité et témoin de l'accident, se porta au secours de ces quatre personnes et leur donna les premiers soins; quelques jours après les dites personnes furent transportées à Cabourg dans la villa qu'avait louée P... et où elles continuèrent à recevoir les soins du docteur A...

Après guérison, le docteur A... envoya sa note d'honoraires à M. P... Celui-ci refusa de payer, la déclarant exagérée.

Le docteur A... assigna, en conséquence M. P... en paiement de la somme de 1.210 fr. M. P... prétendit qu'il convenait de défalquer celle de 260 fr. qui se rapportait à des soins donnés à la dame qui l'accompagnait, qui n'est pas son épouse légitime et avec laquelle il n'avait aucun lien de droit; il ajoutait que la somme de 950 fr. qui lui était réclamée par les soins qui le concernait seul était manifestement exagérée; et demandait subsidiairement la nomination d'un expert avec mission d'examiner la demande d'honoraires du docteur A..., de rechercher la part prise par ce dernier aux soins à lui donnés par deux autres médecins et de dire si la somme réclamée était exagérée.

Voici le jugement rendu par le tribunal civil de la Seine, le 24 juillet 1922 :

« Attendu que P... est mal fondé à prétendre que les honoraires se rapportant aux soins donnés à la dame qui se trouvait dans l'automobile avec lui doivent être défalqués de la note qui lui a été présentée; qu'en effet cette dame habitait la même villa que lui; qu'il la traitait comme sa femme; qu'il n'a rien fait pour dissiper l'erreur du docteur A... qui a cru en présence de son attitude et de cette circonstance que la dite dame logeait sous le même toit que lui, qu'il avait affaire à son épouse légitime; que, dans ces conditions, c'est à bon droit que le docteur A... qui a fait confiance à P... a fait figurer sur la note d'honoraires qu'il a présentée à ce dernier les soins donnés à la dame que toutes les apparences désignaient comme sa femme;

Attendu que le Tribunal trouve dans les faits et documents de la cause les éléments suffisants pour apprécier la demande du docteur A... sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'expertise sollicitée par P...;

Attendu qu'il n'est pas contesté que P... a eu une luxation complète de l'épaule droite qui a été réduite sous le chloroforme par le docteur A..., le docteur B... d'Houlgate et le docteur X...;

Attendu que P..., se basant sur un rapport du docteur Paul commis par le juge de paix du 8e arrondissement de Paris, pour examiner et donner son avis sur la note d'honoraires de 300 fr. que lui avait adressée le docteur B..., prétend que la somme de 700 fr. qui figure dans la note du docteur A... et qui représente les honoraires de ce dernier pour la réduction de sa luxation est exagérée d'abord parce qu'il n'a pas subi une opération de grande chirurgie et ensuite parce que le docteur A... n'a fait que pour un rôle secondaire, le rôle principal ayant été joué par le docteur B... qui a pratiqué la réduction de la luxation pendant que le docteur A... lui prêtait son assistance en pratiquant l'opération;

Attendu que même en admettant que le docteur A... n'ait fait que pour un rôle secondaire, il n'en est pas moins vrai que c'est lui qui a appelé le docteur B... auprès de P...; que la somme de 700 fr. par lui réclamée comporte, en outre des soins donnés pour la réduction de la luxation, les frais du transport du malade à Dives pour y être radiographié et ceux de la radiographie; que dans ces conditions, il n'apparaît pas au Tribunal que cet article de la note du docteur A... soit hors de proportion avec les soins donnés et les dépenses engagées;

Mais attendu en ce qui concerne les autres parties de la note du docteur A...; que le Tribunal estime qu'il y a lieu d'apporter certains retranchements;

Attendu, en effet que le docteur A... ajoute au prix d'un pansement ou d'un massage celui d'une visite; qu'il est bien certain que la visite a été faite pour opérer le pansement ou le massage et qu'il est par suite inadmissible que le docteur A... réclame en sus du prix du pansement ou du massage celui de la visite; et cela d'autant plus qu'il a donné en même temps ses soins à la compagne de P... et à M. et Mme R... logés sous le même toit et auxquels il a compté respectivement les soins qu'il leur a donnés;

Attendu, dans ces conditions qu'il y a lieu de défalquer du total présenté le prix des visites comptées à P... les 28, 29, 30 juin, 1er et 12 juillet et le prix des visites comptées à la dame P... les 28, 29, 30 juin et 1er juillet, soit la somme de 180 fr.;

Attendu que les autres éléments de la note ne sont pas exagérées et qu'il convient de les admettre;

En ce qui concerne les dépens;

Attendu que P... ne triomphe que sur une faible partie de ses prétentions qu'il convient de les mettre en totalité à sa charge.

Par ces motifs :

Condamne P... à payer au docteur A... la somme de 1.030 fr. pour les causes sus-énoncées avec les intérêts de droit à partir du 13 septembre 1920, jour de la sommation;

Le condamne en tous les dépens. »

Nous avons déjà signalé que les tribunaux, en principe, n'admettaient pas qu'il fût compté un honoraire distinct pour la visite et pour le pansement. Le Tribunal de la Seine fait application de ce principe.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Précis d'obstétrique, par FABRE, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Lyon, membre correspondant de l'Académie de médecine, 3e édition, 1922. — Tome I : *Accouchement normal* (1). — Tome II. *Accouchement pathologique* (2).

Le *Précis d'obstétrique* de Fabre a conquis dès la 1re édition la première place parmi les ouvrages d'obstétrique. C'est l'œuvre d'un enseigneur incomparable qui se caractérise par le souci d'être clair et simple, de schématiser, de frapper l'esprit et la mémoire par des comparaisons faciles à retenir, et aussi par l'abondance des figures originales qu'il suffit de regarder un instant pour comprendre et ne plus jamais oublier.

Cette 3e édition paraît en 2 volumes : l'un consacré à l'accouchement normal, l'autre à l'accouchement pathologique, donc très maniables et faciles à consulter. Nous avons donc la certitude de son succès encore plus grand que celui remporté par les deux premières éditions L. G.

(1) Un volume de 328 pages avec 238 fig. Prix : broché, 18 fr.; cartonné, 24 fr. — (2) Un volume de 506 pages avec 269 fig. Prix : broché, 22 fr.; cartonné, 28 fr. — Paris, J.-B Baillière et fils.

SUR UNE ÉVOLUTION CLINIQUE PARTICULIÈRE DE LA TUBERCULOSE RÉNALE

Par A. LEMIERRE, M. LÉON-KINDBERG
et JEAN LÉVESQUE.

L'observation qui fait la base de ce travail est celle d'un cas de tuberculose rénale qui, après avoir évolué pendant quelque temps sous l'aspect clinique d'une néphrite subaiguë banale avec chlorurémie d'abord, puis avec azotémie menaçante, a finalement abouti à la forme classique ulcéro-caséeuse avec pyurie.

Les détails de cette observation méritent d'être rapportés minutieusement; elle prête, d'autre part, à des considérations d'ordre doctrinal que nous exposerons ensuite.

OBSERVATION. — Pr..., cinquante-deux ans, chaudronnier, entre le 30 mars 1922 à l'hôpital Andral pour de l'enflure des jambes et de la gêne respiratoire.

Depuis six semaines environ il a dû cesser son travail parce que ses forces ont diminué et qu'il éprouvait de la dyspnée d'effort. Depuis trois semaines il a commencé à tousser et à cracher; il a même eu quelques crachats sanglants. Il a maigri et a perdu complètement l'appétit. Depuis quelques jours les œdèmes ont fait leur apparition, aux pieds et aux chevilles d'abord, et se montrant seulement le soir. Puis ils sont devenus permanents et ont progressivement envahi toute la hauteur des membres inférieurs et le malade a dû garder le lit. Il a remarqué que ses urines sont devenues plus rares bien que les mictions fussent plus fréquentes et accompagnées d'une sensation de brûlure urétrale. Il a eu également des maux de tête avec sensations intermittentes d'obscurcissement de la vue.

Le malade apparaît à son entrée un peu cyanosé, légèrement dyspnéique. Il présente des œdèmes étendus et volumineux infiltrant le dos des pieds, les jambes, la face interne des cuisses, le scrotum, la paroi abdominale et les lombes : c'est un œdème blanc et mou, où le doigt s'enfonce facilement.

Les urines sont peu abondantes, rougeâtres, manifestement sanglantes. La chaleur et l'acide acétique ne donnent qu'un louche d'albumine peu compact; mais le précipité de phosphates est abondant. Le culot de centrifugation est constitué à peu près uniquement de globules rouges avec quelques rares leucocytes; on voit également des cylindres hématiques, hémato-granuleux et granuleux; pas de bactéries visibles. La tension artérielle est à 18-9 (Pachon).

Le cœur, sans dilatation ni hypertrophie, est un peu irrégulier; les bruits sont assourdis, il n'y a ni souffle, ni bruit surajouté.

Le foie, augmenté de volume, présente un bord tranchant à la palpation qui est légèrement douloureuse. Le malade, du reste, présente quelques symptômes d'intoxication éthylique, d'ailleurs avouée (dyspepsie gastro-intestinale, cauchemars, pituites matinales).

L'examen de l'appareil respiratoire montre à la partie moyenne du poumon gauche les signes non douteux d'une caverne : matité, souffle intense, gargouillement. L'examen radioscopique vérifie son existence et signale quelques pommelures du sommet droit. Il y a de nombreux bacilles de Koch dans les crachats. Le malade tousse du reste et expectore très peu.

Il ne paraît pas possible de fixer le début de cette tuberculose; le malade aurait eu, il y a quatre ans, une pleurésie (?) non ponctionnée du côté gauche. Depuis lors et jusqu'au début des accidents actuels il s'est considéré comme bien portant.

On trouve seulement sur l'épididyme droit un petit noyau, probablement tuberculeux.

Rien d'autre à relever dans ses antécédents personnels et familiaux. La température, le jour et le lendemain de l'entrée, se maintient autour de 37°5.

En somme, chez un homme relativement robuste, porteur d'une caverne pulmonaire tuberculeuse du poumon gauche donnant un minimum de signes fonctionnels, nous constatons l'apparition d'une néphrite subaiguë avec hématurie et syndrome de rétention chlorurée.

Le dosage de l'urée du sérum sanguin donne le chiffre de 0g63 par litre.

Le malade est mis au repos et au régime végétarien déchloruré; il prend en outre, du 6 au 10 avril, 4 grammes par jour de chlorure de calcium. D'emblée, la polyurie s'installe; les urines, qui d'ailleurs restent sanglantes, montent brusquement à 2 litres, puis se maintiennent entre 2 litres et demi et 3 litres par jour. En même temps les œdèmes s'effondrent; le 10 avril, ils ont complètement disparu. Entre le 4 avril, moment où les œdèmes avaient déjà notablement diminué, et le 10 avril, date où on n'en retrouve plus trace, le poids du corps a passé de 66 kilogrammes à 62kg150.

Les jours suivants, la polyurie et la diminution de poids continuent : le 24 avril, le poids du corps est tombé à 58kg550.

Pendant toute cette période, et il en sera d'ailleurs de même pendant presque tout le séjour du sujet à l'hôpital, la température est restée fébrile oscillant aux environs de 38 degrés, atteignant parfois 38°5 et exceptionnellement 39 degrés.

Malgré la polyurie et la disparition des œdèmes, l'état général du sujet ne s'améliore pas; il se plaint de lourdeur de tête; le 8 avril, il a éprouvé de violentes douleurs lombaires, il est fatigué, abattu. Le 10 avril, le dosage de l'urée du sérum sanguin donne 0g75 par litre.

Pendant le mois qui suit l'entrée du malade à l'hôpital, nous voyons s'installer et s'accentuer progressivement un syndrome qui ne peut guère être attribué qu'à l'azotémie : anorexie, fatigue, abattement, allant parfois jusqu'à la somnolence et à la torpeur, et enfin prurit dont le malade signale l'apparition le 12 avril et qui devient bientôt permanent. Les examens du sang nous montrent l'augmentation graduelle de l'urée du sérum : 0g80 le 15 avril; 1g05 le 19 avril; 1g26 le 26 avril; 1g27 le 1er mai; 1g45 le 6 mai.

La polyurie persiste pourtant, avec exagération de la pollakiurie nocturne. Les urines restent sanglantes.

On a désormais l'impression de se trouver en présence d'une azotémie progressive, probablement irréductible et comportant par conséquent un pronostic extrêmement sombre.

Sur la demande du malade, on lui donne à partir du 1er mai un régime déchloruré mixte comportant de la viande matin et soir.

Les jours suivants, l'appétit revient progressivement; peu à peu le malade est moins abattu; son teint se recolore.

Le 6 mai, on le met au grand régime de l'hôpital, sans aucune restriction; à ce moment ses urines sont encore fortement sanglantes.

Dans la période comprise entre le 6 mai et le 1er juin, le malade n'a pour toute thérapeutique qu'une alimentation abondante; *nous voyons, avec l'amélioration manifeste de son état général, disparaître l'azotémie* : le 13 mai, elle est encore de 1g27; le 21 mai, elle est tombée à 0g66; le 31 mai, à 0g48.

En même temps, le *poids se relève* : de 58 kilogrammes le malade passe à 61kg750, *sans aucune trace d'œdème*; il se sent mieux, il ne présente plus ni abattement, ni prurit, ni céphalée; il a bon aspect, reprend un teint coloré.

Les urines sont de moins en moins sanglantes et contiennent de moins en moins d'hématies à l'examen microscopique.

Depuis le 1er juin jusqu'à la sortie du malade de l'hôpital (15 août), l'état général du malade a continué à s'améliorer. Son appétit se maintient; son poids, sans réapparition d'œdèmes, a monté progressivement jusqu'à 65kg400 au moment de la sortie. Les forces sont revenues et l'on a du mal à retenir à l'hôpital le sujet qui voudrait retourner travailler. La température a un peu fléchi et oscille habituellement entre 37°5 et 38 degrés.

Les dosages de l'urée sanguine ont donné les chiffres suivants : 0g40 le 11 juin; 0g70 le 16 juin; 0g65 le 21 juin; 0g64 le 4 août.

Les urines restent abondantes, aux environs de 2 litres. Elles cessent d'être hémorragiques; mais à partir des der-

niers jours de mai elles se troublent progressivement; vers le milieu de juin, elles *sont franchement purulentes*, laissant dans le bocal un dépôt abondant. Le culot de centrifugation, très important, est constitué uniquement par des leucocytes désintégrés. A partir de ce moment elles restent définitivement purulentes, mais elles sont plus ou moins troubles suivant les jours.

Dans les premiers jours de juillet le malade se plaint de légères douleurs pendant les mictions qui restent fréquentes. Il se plaint également de douleurs lombaires; mais la palpation profonde ne permet pas de percevoir d'augmentation du volume des reins. L'appétit est devenu moins bon. Les signes pulmonaires n'ont pas varié depuis l'entrée du malade à l'hôpital. Le 15 août 1922 il sort de l'hôpital sur sa demande.

Il revient nous voir le *22 octobre*. Il a repris son métier de chaudronnier depuis le 1er octobre et continue à l'exercer sans trop de fatigue. Il est simplement assez essoufflé après les efforts. Son appétit est bon; il ne se plaint d'aucun trouble et n'a plus jamais eu d'œdème. Il urine trois ou quatre fois la nuit.

On constate que les signes pulmonaires n'ont pas varié; les reins ne sont pas perceptibles. Les urines sont troubles mais non sanglantes. Elles donnent par centrifugation un gros culot de leucocytes; on n'y découvre pas de microbes et notamment pas de bacille de Koch à l'examen direct.

Le taux de l'urée sanguine est de 0g40.

La tension artérielle est de 18-9 au Pachon.

EXAMENS BACTÉRIOLOGIQUES. — *Le 4 avril*. — Inoculation sous la peau d'un cobaye du culot de centrifugation de 20 centimètres cubes d'urine sanglante. L'animal ne devient pas tuberculeux.

Le 24 avril et le 1er mai. — Inoculation chaque fois sous la peau de deux cobayes du culot de centrifugation de 20 centimètres cubes d'urine sanglante. Les quatre cobayes deviennent tuberculeux.

Le 23 octobre. — Inoculation sous la peau de deux cobayes du culot de centrifugation de 20 centimètres cubes d'urine purulente. L'un des animaux succombe le 14 et l'autre le 17 novembre, tous deux de tuberculose généralisée.

En résumé, le malade dont nous venons de rapporter l'histoire s'est présenté à nous avec les symptômes d'une néphrite subaiguë assez banale : œdèmes mous et blancs occupant les membres inférieurs, le scrotum, la paroi abdominale et les lombes, urines sanglantes, urée du sérum sanguin à 0g63 p. 1000, céphalalgie, inappétence, troubles visuels. Nous avons été assez surpris de constater chez lui l'existence d'une tuberculose cavitaire du poumon gauche, dont les signes fonctionnels étaient si peu accentués que le malade y attachait peu d'importance. En raison de la prédominance du syndrome chlorurémique, et sans perdre de vue la légère azotémie qui existait en même temps nous avons institué d'emblée un régime déchloruré et végétarien, qui, en quelques jours, a amené la disparition des œdèmes coïncidant avec une forte débâcle polyurique.

En dépit de cette évolution favorable des hydropisies, l'état général du sujet n'est pourtant pas devenu meilleur; bien plus, un ensemble précis de signes cliniques : lassitude intense, torpeur, anorexie croissante, prurit, nous a rapidement convaincus que l'azotémie devait aller en progressant. En effet chaque nouveau dosage de l'urée du sérum nous donnait un chiffre plus élevé, si bien qu'après un mois de séjour à l'hôpital, ce chiffre avait passé de 0g65 à 1g45 p. 1000.

On sait quelle signification fâcheuse possède habituellement une semblable progression de l'azotémie. Aussi, chez notre malade, tuberculeux et dont l'état devenait de jour en jour plus mauvais, avions-nous porté un pronostic des plus sombres, pensant que l'azotémie allait poursuivre sa marche ascensionnelle.

C'est sous cette impression que nous avons accédé au désir, manifesté par le malade, de manger de la viande; et sous l'influence de ce régime, assez fortement carné, le relèvement de l'état général a été si soudain que quelques jours plus tard, nous avons abandonné toute diététique spéciale et nous avons donné au malade le grand régime de l'hôpital.

Non seulement l'appétit est revenu, la torpeur a disparu, le teint s'est recoloré, non seulement la ration quotidienne de 15 grammes en moyenne de sel, que comportait cette alimentation, n'a amené le retour d'aucun œdème, mais, fait paradoxal, malgré la teneur plus élevée du régime en albuminoïdes, l'azotémie a progressivement rétrocédé et le taux de l'urée sanguine est peu à peu revenu à la normale.

L'évolution de la maladie devait nous réserver une autre surprise : deux mois environ après l'entrée du malade à l'hôpital, alors qu'il avait engraissé, alors que l'azotémie avait disparu, les urines qui étaient restées à peine teintées de sang ont rapidement changé de caractère et en quelques jours sont devenues franchement purulentes, tout en restant très abondantes; en même temps survenait de la fréquence des mictions avec de la cystalgie. Nous ne nous trouvions plus en face d'une néphrite subaiguë médicale, mais d'une suppuration rénale.

Les symptômes de néphrite proprement dite n'ont du reste plus jamais reparu dans la suite; actuellement le malade est sorti de l'hôpital et a repris son travail. Ses lésions pulmonaires sont stationnaires. Il présente une pyurie continue et le chiffre de l'urée sanguine est normal. C'est progressivement que nous avons, chez cet homme, assisté à la transformation des symptômes et il y a eu continuité absolue de l'évolution clinique. Il faut donc bien reconnaître que c'est de la même affection rénale que les aspects cliniques se sont déroulés sous nos yeux. Sous la forme d'une néphrite subaiguë, puis sous la forme ulcéro-caséeuse, c'est la même tuberculose rénale qui a sans cesse existé chez notre malade.

Dès le début, d'ailleurs, nous avions admis presque sans réserve que nous avions affaire à une néphrite tuberculeuse : l'existence de lésions pulmonaires déjà avancées, l'intensité et la ténacité de l'hématurie, tout nous poussait vers ce diagnostic. Les résultats positifs obtenus par l'inoculation au cobaye, aux différents stades de la maladie, tant des urines sanglantes que des urines purulentes ne nous a bientôt laissé aucun doute.

Nous avions écarté le diagnostic d'amylose rénale, en raison du chiffre peu élevé de l'albumine urinaire, de la cytologie des urines, de l'absence de splénomégalie, de diarrhée et ultérieurement de l'évolution des accidents. Nous avions également discuté une autre hypothèse : ne pouvait-on pas penser à la possibilité, chez un sujet porteur d'une tuberculose infiltrée du rein restée latente, d'une de ces « néphrites allergiques », décrites par l'un de nous, dans sa thèse (1)? Ces néphrites, néphrites aiguës terminales ou néphrites hémorragiques passagères, sont caractérisées par des lésions généralisées, surtout nécrotiques et congestives, conditionnées d'une part, par l'état d'allergie du sujet, d'autre part par la réinoculation massive par voie sanguine du bacille de Koch et peut-être aussi de

(1) M. LÉON-KINDBERG. Etude sur le rein des tuberculeux, *Th. de Paris*, 1913.

ses toxines solubles. Elles réalisent un véritable phénomène de Koch au niveau du rein.

Nous ne pensons pas qu'une pareille hypothèse puisse être soutenue : les symptômes observés chez notre malade ne rappellent en rien les phénomènes fugaces ou rapidement mortels de la néphrite allergique. Au contraire, le syndrome chlorurémique aussi bien que le syndrome azotémique apparaissait chez lui comme tout à fait banal, comme était banal le syndrome de tuberculose rénale ulcéro-caséeuse qui s'est, à un moment, manifesté et a persisté dans la suite.

Certes l'azotémie, comme nous le verrons plus loin, est exceptionnelle dans les affections tuberculeuses du rein; mais le fait qu'elle s'est montrée comme un épisode encadré d'un côté par le syndrome de rétention chlorurée et de l'autre par la polyurie trouble montre qu'il faut rattacher cette azotémie à la même lésion que la chlorurémie et la pyurie. Il est seulement curieux de voir réunis, chez un même malade ces trois ordres de manifestations cliniques habituellement dissociées dans les affections rénales de cette nature.

Il est évident que, dans notre cas, c'est le bacille de Koch lui-même qu'il faut incriminer. Les inoculations ont montré sa présence constante dans les urines. L'unité d'origine étant certaine, l'esprit se refuse à admettre que, chez notre sujet, deux processus anatomo-pathologiques différents et successifs aient conditionné tout d'abord les symptômes de néphrite proprement dits, puis ensuite ceux de la tuberculose rénale ulcéro-caséeuse qui s'est installée définitivement. C'est cette transformation progressive du tableau clinique, alors que la lésion est restée la même, tout au moins dans son essence, qui nous paraît constituer dans notre observation le point intéressant et nouveau.

Il est classique, en effet, d'opposer la tuberculose chirurgicale et la tuberculose médicale des reins, le rein ulcéro-caséeux et les néphrites tuberculeuses. Si elles ont une même étiologie, enseignent les traités, leur symptomatologie, leur pronostic et leur traitement diffèrent totalement.

Indépendemment de leur unilatéralité fréquente, offrant les possibilités opératoires les plus encourageantes, on connaît les signes essentiels de la tuberculose chirurgicale : hématuries, cystalgie, douleurs lombaires, polyurie trouble. En somme nul signe de néphrite, même passagère. A peu près seuls, Braun et Cruet (1), dans un article sur le diagnostic précoce de la tuberculose rénale, font une courte mention d'une forme avec « albuminurie et néphrite prémonitoires ».

Les néphrites tuberculeuses d'autre part, toujours bilatérales, à symptomatologie banale, ont été fort discutées : après la vogue momentanée de la théorie toxinique (2), on admit que toutes les lésions, spécifiques ou non, étaient produites par le bacille de Koch, présent dans les lésions ou par ses poisons adhérents. On sait que M. Léon Bernard, d'abord avec Landouzy (3), puis dans de nombreux travaux avec Salomon (4) a décrit deux groupes de néphrites tuberculeuses : les néphrites folliculaires et les néphrites non folliculaires dont l'aspect le plus fréquent serait celui de la néphrite épithéliale.

MM. Brault et Courcoux (1), au nom de l'anatomie pathologique, ont soulevé de fortes objections contre cette manière de voir et l'un de nous, dans sa thèse, a soumis à une minutieuse critique les observations et les expériences versées au débat. Mais, indépendamment, des discussions pathogéniques et histologiques qu'ils soulèvent, les faits cliniques étaient admis de tous. Cliniquement, et en dehors de toute dégénérescence amyloïde, la tuberculose peut constituer un syndrome de néphrite avec chlorurémie, œdèmes, oligurie, albuminurie, taux normal ou à peine élevé de l'urée du sérum, constante d'Ambard normale ou subnormale, cœur petit, tension artérielle basse. L'évolution fatale serait plus le fait de la tuberculose pulmonaire que de la néphrite. Celle-ci, pour Rist et l'un de nous (2) serait due non pas à une hypothétique néphrite épithéliale, mais à des degrés variables de tuberculose infiltrée du rein ou de sclérose cicatricielle. On pourrait, au point de vue anatomique, constater tous les intermédiaires entre les formes les plus légères et les destructions les plus importantes du rein chirurgical : nous avons pu, à l'hôpital Andral, en recueillir des exemples typiques.

Par contre, la néphrite avec azotémie n'a guère été signalée : nous n'en trouvons qu'une observation dans la thèse de l'un de nous (obs. XIX, homme de quarante-neuf ans, 1 gramme d'urée dans le sérum, mort rapide) ; on peut y ajouter une observation allemande de Schönberg (3) où le dosage de l'urée n'a pas été fait, mais où le malade mourut avec les signes non douteux d'une azotémie grave, rétinite albuminurique en particulier. Dans les deux cas, il s'agissait de lésions interstitielles, surtout intenses dans le cas de Schönberg, qui décrit un rein contracté, des cicatrices profondes dues à des infarctus infiltrés de nodules scléro-caséeux typiques. Dans l'un et l'autre cas, les symptômes azotémiques répondaient à des lésions évidemment définitives; ils s'opposaient, par la clinique et par l'anatomie pathologique, à la néphrite habituelle des tuberculeux et plus encore à la tuberculose rénale chirurgicale.

Pendant et depuis la guerre, la question semble abandonnée; nous n'avons pas trouvé d'observation nouvelle; en Amérique, un « Editorial » du *Medical Record* (4) n'est que la production littérale des conclusions de la thèse de l'un de nous.

La tuberculose rénale peut donc revêtir trois grands aspects cliniques différents : celui du rein chirurgical, celui de la néphrite avec syndrome chlorurémique, celui de la néphrite avec azotémie, cette dernière exceptionnelle.

L'étude approfondie des faits pathologiques et expérimentaux a montré qu'il existe entre ces aspects des analogies essentielles : la signature tuberculeuse, pour être moins éclatante que dans

(1) Braun et Cruet. Diagnostic précoce de la tuberculose rénale, *Ann. des mal. des org. génit.-urin.*, 1909, p. 1441.

(2) Chauffard. Néphrite par tuberculine, *Bull. méd.*, 1892, p. 1385 et 1441.

(3) Landouzy et Léon Bernard. La néphrits parenchymateuse chronique des tuberculeux, *Presse méd.*, 16 mars 1901.

(4) G. Salomon. Recherches expérimentales sur les lésions rénales causées par les poisons tuberculeux, *Th. de Paris*, 1904.

(1) Brault. L'action de la tuberculose sur le rein, *Presse méd.*, 6 avril 1901. — Brault et Courcoux. Articles « Tuberculose du rein » et « Dégénérescence amyoloïde », in *Traité d'histologie pathologique*, 2e édit., 1912, t. IV.

(2) E. Rist et M. Léon-Kindberg. Le rein des tuberculeux, *Revue de la tub.*, août 1914, n° 4.

(3) Schönberg. Ueber tuberkulose Schrumpfniere, *Zeits. f. klin. med.*, Bd LXXVIII, H 5-6, p. 371.

(4) The Kidney in Pulmonary tuberculosis. « Editorial », *Med. Record*, 20 nov. 1920.

la forme ulcéro-caséeuse chirurgicale, ne s'en retrouve pas moins dans les néphrites médicales avec réduction chlorurée. Notre observation apporte une démonstration plus nette encore de leur parenté, puisque c'est la même lésion, évidemment l'infiltration tuberculeuse des reins, qui dans son évolution en quelques semaines s'est traduite d'abord par de la rétention chlorurée puis par de la polyurie trouble.

Fait plus curieux encore peut-être, entre ces deux syndromes s'en est intercalé un troisième, l'azotémie. Il est évident que cette azotémie n'a pas été, comme dans les deux observations citées plus haut, la conséquence de cicatrices mutilantes, d'une sclérose atrophique définitive du parenchyme rénal. C'est pour cette raison qu'elle a pu rétrocéder et disparaître. A son origine se trouve également l'infiltration tuberculeuse des reins.

Est-il possible de pousser plus loin l'analyse des faits et de rechercher, dans l'évolution anatomique même de l'infiltration tuberculeuse, la raison des aspects cliniques successifs qui ont traduit cette infiltration? Il est permis de supposer que la période de chlorurémie a correspondu à l'installation des lésions bacillaires spécifiques, s'accompagnant certainement de congestion intense de l'organe, source de l'hématurie rebelle, et sans doute aussi d'altérations épithéliales fugaces. Quant à l'azotémie, nous nous demandons si sa période ascensionnelle n'a pas coïncidé avec la formation des abcès caséeux dont l'ouverture dans le bassinet aurait entraîné le retour à la normale du taux de l'urée sanguine. Nous avons eu en effet l'occasion d'observer un fait analogue dans un autre cas de tuberbulose rénale où l'apparition d'une pyurie progressivement croissante, accompagnée de la diminution graduelle du volume d'un des deux reins a amené, dans l'espace de sept jours, la chute de l'urée sanguine de 1g70 à 0g80. Dans ce cas comme dans celui que nous rapportons aujourd'hui, le malade, revu plusieurs mois plus tard et porteur d'une pyurie chronique, ne présentait plus d'azotémie.

Nous ne proposons d'ailleurs ce parallèle entre les altérations anatomiques et les troubles fonctionnels qu'à titre de pure hypothèse. Ce qui nous paraît évident et ce que nous avons voulu mettre en lumière en publiant cette observation c'est la diversité des aspects cliniques que peut réaliser la tuberculeuse infiltrée du rein, puisque chez un même sujet nous avons vu se dérouler successivement devant nous le syndrome de la néphrite avec chlorurémie, celui de la néphrite avec azotémie, et enfin celui de la fonte purulente de l'organe sans symptôme d'insuffisance rénale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladie de la plèvre et du médiastin, par les docteurs Marcel LABBÉ, MENETRIER, professeurs à la Faculté de médecine de Paris; GALLIARD, BALZER, médecins des hôpitaux de Paris; BOINET, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille. 1 vol. gr. in-8 de 596 pages, avec 114 figures et 2 planches coloriées. (Fascicule XXX du *Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique* GILBERT et CARNOT. — Prix : broché, 40 fr.; cartonné, 47 fr. 50 (ajouter 10 p. 100 pour frais d'envoi). — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les fausses appendicites. Etude clinique, radiologique et thérapeutique des syndromes douloureux du cæco-côlon droit, par les docteurs DE MARTEL et Edouard ANTOINE. 1 vol., 184 pages, 35 figures, 12 planches. — Prix : 10 fr. — Paris, Masson et Cie.

« ADONIS VERNALIS »

MÉDICAMENT CARDIO-RÉNAL

Par le docteur LUCIEN MAYET,
Docteur ès sciences, Ancien interne des hôpitaux,
Chargé de cours à l'Université de Lyon.

Pour lutter contre la déficience de la circulation — que celle-ci soit conditionnée par la défaillance du cœur, ou par l'insuffisance artérielle, ou par un obstacle viscéral (rénal le plus habituellement) — un vaste arsenal thérapeutique est à la disposition du médecin : Digitale et digitaline, Strophantus et ouabaïne, Adonide et adonidine, Muguet et convallamarine, *Cactus grandiflorus*, Aubépine, Chanvre du Canada (*Apocynum cannabinum*), Laurier rose, Genêt à balais et spartéine, caféine, kola, huile camphrée, chlorure de calcium, sels de baryum..., quinidine enfin.

Mais sur un tel clavier, une fausse note est facile — dont l'écho serait fâcheux pour l'avenir du patient comme pour la réputation de son médecin.

Tout a été dit sur l'action, les indications, la technique d'utilisation de la digitale et de la digitaline.

Les nombreux travaux publiés au cours des dernières années sur le strophantus et l'ouabaïne ne laissent guère d'incertitude pour leur emploi.

Depuis les recherches récentes du professeur Minet (de Lille), genêt et spartéine se voient abandonner. Il n'y a pas lieu de regretter trop cette drogue souvent décevante.

Dans la série des autres cardio-toniques — tous bons médicaments suivant les cas et suivant l'art du thérapeute — l'un deux mérite une attention particulière : l'*Adonis vernalis*.

Il s'est imposé, chaque jour davantage, aux praticiens, en raison des précieux services qu'ils peuvent en attendre comme de la facilité de sa prescription. Avec l'adonis, netteté du renforcement de l'énergie contractile du myocarde et de la régularisation du rythme devenu pathologique — action diurétique intense dont les œdèmes et les épanchements sont les premiers à bénéficier — grand écart entre les doses thérapeutiques et les doses toxiques, d'où facile maniabilité du médicament — élimination régulière, rapide, évitant l'accoutumance et tout danger d'accumulation toxique — bonne tolérance par l'appareil digestif, la réaction gastro-intestinale, observée dans quelques cas très rares, se trouvant rapidement jugulée par un peu de granulé ou d'extrait de condurango.

Quelques caractères de l' « Adonis vernalis ». — Renonculacée, voisine des Anémones, l'*Adonis vernalis* se présente en mars-mai avec des tiges florifères, hautes de 15 à 20 centimètres, supportant une grande et belle fleur terminale, solitaire, à corolle formée de quinze à dix-huit pétales jaune d'or. Après la floraison, les rameaux stériles atteignent 40 à 50 centimètres de longueur. Feuilles profondément découpées, limbe divisé en longues et nombreuses lanières.

Plante peu abondante, mais occupant une aire de dispersion très étendue: Lozère, Cévennes, Vosges, Alpes de la Suisse méridionale, Allemagne, Balkans, Russie, Sibérie, etc. (1).

(1) Pour l'étude botanique de l'*Adonis vernalis*, se reporter à BAILLON. *Histoire des plantes*, t. I; Id. *Nouvelle Iconographie de la flore française*, pl. 327, et surtout à la récente thèse du doc-

Un peu d'histoire et de bibliographie. — Très probablement, l'*Adonis vernalis* représente l' « Hellébore » employée par Hippocrate. Puis nous ne savons rien de lui durant vingt-cinq siècles, sinon son emploi dans la médecine populaire des régions où il peut être récolté.

En 1879-1882, le docteur Bubnow (1) l'a signalé comme un succedané de la digitale.

Peu après, Vincenzo Cervello (2) isolait l'Adonidine.

Ensuite, viennent toute une série de publications françaises avec Lesage (3), Mordagne (4), Armand Durand (5), Julliard (6), Huchard (7), Grasset (8), Guirlet (9) ; — anglaises avec Wilson (10), H.-A. Hare (11), Thomas Oliver (12) ; — hollandaises avec van Linden (13) ; — italiennes avec Luzzato (14), Traversa (15), Marfori, Borgiotti, Albertoni, etc.

Au cours des années suivantes, s'inscrivent les recherches cliniques ou pharmacodynamiques de Stern (16), Mutterer (17), Alfred Biau (18), Aug. Henneton (19), F. Henrijean et Honoré (20), Roch (21), Mollard (22), Lemoine (23), Chevalier (24). Enfin, l'article du regretté Joanin (25), l'intéressant mémoire inaugural du docteur Jean Bretin.

Cette énumération est suffisante pour jalonner l'histoire de l'*Adonis vernalis* et permettre de retrouver aisément les travaux publiés sur tel ou tel point particulier de la question. Elle montre aussi que l'*Adonis vernalis* a été bien étudié et que le clinicien peut s'en servir à bon escient.

Sous quelle forme employer l' « Adonis vernalis » ? — Il convient tout d'abord de laisser de côté la TEINTURE D'ADONIS VERNALIS. Celle-ci, inscrite dans plusieurs Codex, a donné au professeur Roch (Genève) et à nombre d'autres cliniciens, la plus fâcheuse impression sur son activité, sur son efficacité.

teur Jean BRETIN (Lyon, juillet 1922), très remarquable étude de matière médicale sur l'*Adonis vernalis* et ses falsifications.

(1) BUBNOW. Ueber die physiologische und therapeutische Wirkung der Pflanze *Adonis vernalis*, *Petersb. med. Woch.*, 1879, t. I, p. 256; *Ibid.*, 1880, p. 306 ; 1882, p. 32 ; — *Deut. Arch. f. klin. med.*, 1883, p. 262.

(2) CERVELLO. *Arch. f. experim. Pathol.*, 1882, p. 235 ; — Sur le principe actif de l'*Adonis vernalis*, *Arch. ital. de biol.*, 1882, p. 89.

(3) LESAGE. *Soc. de biol.*, 12 juillet 1884.

(4) MORDAGNE. *Th. de pharmacie de Paris*, 1885.

(5) Armand DURAND *Th. de Paris*, juillet 1885.

(6) JULLIARD. *Journ. de méd. de Paris*, 13 déc. 1885.

(7) HUCHARD. *Soc. de thérap.*, 23 déc. 1885.

(8) GRASSET. *Semaine méd.*, 1886, p. 49.

(9) GUIRLET. *Th. de Nancy*, août 1888, n° 276.

(10) WILSON. *Medical News*, 2 janv. 1886, p. 8.

(11) A. HARE *Therap. Gaz.*, Detroit, 15 avril 1886, p. 217.

(12) Thomas OLIVER. *Lancet*, 24 nov. 1888, p. 1012.

(13) VAN LINDEN VAN DEN HEUVELL. *Th. med.*, Leiden 1883.

(14) LUZZATO. *Rivista veneta d. sc. med.*, 1885.

(15) TRAVERSA. *Giorn intern. d. sc. med.*, Naples 1885, p. 640 et 725.

(16) STERN. *Mercks Arch.*, 1900, p. 170.

(17) MUTTERER. *Therapie der Gegenwart*, oct. 1904, p. 476 ; — *Lyon méd.*, 1905, p. 360.

(18) Alfred BIAU. *Th. de Lyon*, 1907-1908, n° 17, contenant la plupart des observations cliniques antérieures et un certain nombre de cas personnels.

(19) Aug. HENNETON. *Th. de Lille*, 1909, résumée in *Nord méd.*, 15 août 1909.

(20) F. HENRIJEAN et HONORÉ. *Acad. royale de méd. de Belgique*, 26 juin 1909. — HENRIJEAN. Pharmacodynamie; *Ibid.*, Liége 1913.

(21) ROCH. *Semaine méd.*, 15 nov. 1911.

(22) MOLLARD. *L'Enseignement médico-mutuel international*, juillet 1912.

(23) LEMOINE. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 déc. 1912.

(24) CHEVALIER. *Nouveaux remèdes*, 8 fév. 1913 et 8 janv. 1914.

(25) JOANIN. *Remèdes galéniques*, avril 1921, p. 64.

Dans la pratique médicale courante, on ne saurait accorder une confiance beaucoup plus grande à l'ADONIDINE — cela pour les raisons suivantes :

a. L'adonidine est un corps complexe, formé de deux substances glycosidiques : acide adonidique, adonidine neutre, dont les proportions relatives et l'action varient suivant le mode de préparation, suivant aussi l'origine de l'adonidine [*Adonis vernalis*, *A. æstivalis*, *A. amurensis*, Japon, *A. microcarpa*, Sicile, etc. (1)].

Si même le médecin écrit « Adonidine de l'*Adonis vernalis* », quelle adonidine sera celle livrée par le droguiste? puis par le pharmacien?

b. L'adonidine est fortement modifiée par les sécrétions gastriques (2), alors que les préparations galéniques d'Adonis conservent infiniment mieux leurs propriétés et leur activité.

c. L'adonidine agit sur le cœur à la façon de la digitale, mais son action sur le rein est nulle ou presque. Or, la valeur de l'Adonis tient à sa double action simultanée : cardio-tonique et diurétique.

d. Difficultés de prescription : les potions se trouvent refusées par les malades en raison de leur goût plus que désagréable; les pilules et granules ne libèrent qu'incomplètement, ou avec une vitesse très irrégulière, le glycoside ; les cachets sont de conservation difficile, parce que l'adonidine est très hygroscopique, facilement altérable.

Aussi est-il préférable de conseiller, soit l'infusion, soit l'extrait total d'*Adonis vernalis*.

L'INFUSION D'ADONIS VERNALIS se fait à raison de 3, 4 ou 6 grammes de plante sèche pour 250 gr. d'eau. Sa saveur amère, sans agrément, ne permet pas de dire qu'elle se prend avec plaisir. On s'y habitue cependant et c'est avec l'infusion qu'un de nos meilleurs cardiologues français, J. Mollard, a obtenu les excellents résultats cliniques qu'il a signalés.

L'EXTRAIT FLUIDE D'ADONIS VERNALIS, bien préparé, représente la prescription de choix : surtout sous forme d'EXTRAIT TOTAL qui met entre les mains du médecin tous les principes de la plante, retirés à basse température, dans le vide, sans modification, assurés d'une conservation ultérieure parfaite.

EQUIVALENCE POSOLOGIQUE. — Les 250 grammes d'infusion préparée avec 4 grammes de plante sèche d'*Adonis vernalis* exempt de toute contrefaçon (3) correspondent à 5 grammes d'extrait fluide et à 20 grammes d'extrait total ou Diurène.

Cette dose moyenne *pro die* se fractionne en trois, ou quatre, ou cinq doses partielles.

Chez quels malades prescrire l'Adonis vernalis? — I. CARDIO-RÉNAUX, qu'il s'agisse de ceux dont le fonctionnement rénal était sensiblement normal jusqu'au moment où l'insuffisance cardiaque est venu l'entraver — *faux cardio-renaux* chez lesquels le retour *ad integrum* du cœur entraînerait le retour *ad integrum* du rein — ou de ceux qui associent l'insuffisance cardiaque à l'insuffisance rénale — *vrais cardio-rénaux* chez lesquels le retour *ad integrum* du cœur laisserait la néphropathie persister et occuper seule tout le tableau clinique (4).

(1) FUCKELMANN. *Dissertation Rostock*, 1911 ; — *Apoth. Zeit.*, 1912. — CHEVALIER. *Nouveaux remèdes*. 8 fév. 1913.

(2) Louis SEGOND. *Th. de Genève*, 1912, n° 380.

(3) Cf. BRETIN. *Th. de Lyon*, 1921-1922, p. 101 et suivantes.

(4) Cf. JOSUÉ et PARTURIER. *Les Cardio-rénaux*, Le François, édit., Paris 1921. — JOSUÉ. Les cardio-rénaux, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 oct. 1921.

De tels malades retirent les meilleurs effets de l'Adonis qui agit comme tonique cardiaque et comme diurétique venant stimuler l'élimination de l'eau, des chlorures et de l'urée. On l'utilise soit dans les périodes intercalaires de la médication digitale-strophantus-théobromine, soit lorsque cette médication fléchit. « On assiste alors — dit le professeur Lemoine (2) — à de véritables transformations et d'un malade infiltré, oppressé, pouvant à peine parler, ne dormant plus, on fait un convalescent qui, débarrassé de la plupart de ses peines, reprend courage. »

II. CARDIAQUES AVEC LÉSIONS ORIFICIELLES. — Ces lésions (insuffisance mitrale surtout) devenues mal compensées, entraînent un état de dyssystolie, de subasystolie ou même d'asystolie confirmée se traduisant par de l'éréthisme cardio-vasculaire, par de l'arythmie (extra-systoles), par de la tachycardie, par de la gêne précordiale douloureuse, pénible, etc. La digitale, le strophantus commencent à se montrer insuffisants et il faut songer à autre chose — ou agissent encore bien, mais ne peuvent être indéfiniment continués : l'*Adonis vernalis* en devient un précieux suppléant, en soutenant l'action de la digitale, en maintenant les résultats qu'elle a permis d'obtenir, pendant les intervalles qu'impose à son emploi son action cumulative, ou même se montre médicament héroïque lorsque la digitale a échoué pour une quelconque.

A l'appui de cette opinion exprimée sans ambiguïté par le docteur Mollard, voici deux observations de cet auteur :

Un homme de cinquante-neuf ans, dyspnéique depuis longtemps déjà, entre dans notre service le 9 octobre 1906, en asystolie. Cyanose très marquée; cœur tachycardique très irrégulier avec un souffle systolique mitral; pouls petit, arythmique, incomptable; dyspnée intense; tuméfaction du foie; œdème des jambes, tels sont les principaux symptômes qu'il présente.

On lui donne de la digitale d'abord, de la caféine ensuite, mais ces médicaments étant restés inefficaces, le 18 octobre, prescription de 4 grammes d'*Adonis vernalis* en infusion. Le malade est soulagé presque immédiatement. La polyurie s'établit et les œdèmes se résorbent; la dyspnée diminue notablement et le cœur devient plus régulier.

Le 26 octobre, le malade se plaignant de nouveau de dyspnée, le pouls étant devenu très petit et très arythmique, on lui redonne de l'Adonis et il se produit encore une fois une amélioration immédiate. Aussi continue-t-on pendant tout le mois de novembre suivant une dose quotidienne de 2 grammes d'Adonis et tout va bien pendant ce temps.

Puis le médicament ayant été supprimé, la dyspnée reparaît. Le 13 décembre, on donne au malade de la digitaline qui ne produit aucun résultat. On revient encore une fois à l'Adonis avec le même succès que précédemment...

A partir de ce moment, l'usage de l'Adonis devint constant pour le malade et il vécut ainsi plus de deux ans, dans un état très supportable permettant le lever quotidien, la marche modérée et un régime alimentaire ordinaire. Il n'y avait plus ni œdème, ni tuméfaction du foie, ni dyspnée au repos.

En résumé, échecs répétés des préparations de digitale, efficacité permanente de l'adonis chez un cardiopathe chronique ne pouvant vivre qu'avec l'aide continue d'un tonicardiaque, telle est la caractéristique de cette remarquable observation.

Athérome artériel, aortite chronique et insuffisance mitrale chez une femme de soixante-deux ans. — En avril 1904, elle venait pour la seconde fois à l'hôpital avec de l'œdème des jambes, de l'albuminurie et de la dyspnée. Elle fut successivement traitée et généralement soulagée par le muguet, la digitale, la théobromine.

Le 27 décembre, le taux des urines ayant baissé jusqu'à 1.100 c. cubes, infusion de 4 grammes d'*Adonis vernalis*; dès le lendemain la malade, très soulagée, urinait 2.200 c. cubes pour atteindre deux jours après, 4.500 c. cubes.

Le 31 décembre, suppression du remède, les urines étant encore à 2.700 centimètres cubes.

Le 27 janvier 1905, la malade soumise successivement au sulfate de spartéine, à la caféine, à la digitaline, présente toujours un gros foie et de l'œdème prétibial. On lui redonne 4 grammes d'Adonis : les urines qui le 27 janvier n'étaient que de 1.700 c. cubes, atteignent le 28, 3.500 c. cubes et se maintiennent entre 2.500 et 3.000 c. cubes jusqu'au 6 février, jour où le médicament est supprimé.

Du 6 février au 6 mars, la malade prend successivement de la digitaline, du strophantus, du muguet, de l'infusion de digitale. Mais elle redevient oppressée et œdématiée. A nouveau de l'Adonis, à la dose de 4 grammes. Les urines qui n'étaient que de 1.000 c. cubes le 6 mars, atteignent le 7, 3 litres et le 8, 4 litres, ce qu'on n'avait jamais observé avec les médicaments précédents...

Ensuite, théobromine, puis toni-cardiaques variés alternant avec l'Adonis, cela jusqu'à la mort survenue le 14 août.

Cette observation a la valeur d'une expérience physiologique. Il ne s'agissait pas ici d'un cœur ne demandant qu'un léger secours pour reprendre le dessus. Ce cœur en état d'asystolie chronique, réagissait admirablement à tous les médicaments cardiaques, mais ne pouvait en aucun moment s'en passer et parmi les médicaments employés, l'adonis s'est montré l'égal de la digitale; à un moment donné même, il lui est devenu supérieur.

III. MYOCARDITIQUES scléreux, dyspnéiques, arythmiques, anxieux; obèses avec dégénérescence graisseuse du cœur.

Ici peuvent être placés — disions-nous il y a un an (1) — ces malades fréquents en clientèle, qui sont en état d'asystolie, ou mieux de dyssystolie, chronique; qui peuvent se maintenir pendant des années dans une situation acceptable, mais sous condition absolue d'une médication toni-cardiaque dont ils ne sauraient se passer même pendant quelques jours. La digitale constitue chez de tels patients le médicament de base. Toutefois les virtuoses de la thérapie digitalique sont peu nombreux et généralement on la fait alterner avec les préparations de strophantus, d'aubépine, de muguet, de caféine, etc. Les déceptions sont nombreuses. L'adonis permettrait d'en éviter beaucoup (2).

IV. GRANDS INFECTÉS AVEC DÉFAILLANCE DU MYOCARDE. — Celui-ci cède; la température atteignant 39 degrés, 39°5, 40 degrés et plus, rend incertaine l'action de la digitale; celle du strophantus est trop lente à petites doses, dangereuse à fortes doses; la caféine, l'huile camphrée n'ont qu'un effet transitoire... L'adonis peut être employé avec confiance, qu'il s'agisse d'une fièvre typhoïde, d'une pneumonie, d'une streptococcie, de la grippe, etc.

Il y a quelques mois, Arnoldi a recommandé (3) l'*Adonis vernalis* comme toni-cardiaque chez les tuberculeux fébricitants traités par les injections intramusculaires d'huile camphrée.

(2) LEMOINE. Note sur l'action diurétique de l'*Adonis vernalis*, XIIIe *Congrès franç. de méd.*, Lyon, oct. 1911.

(1) MAYET. *Carnet médical français*, nov. 1921.
(2) Cf. Les observations publiées par le docteur Louis BIGNON. De l'emploi de l'*Adonis vernalis* dans les cardiopathies artérielles, *Journ. des prat.*, 14 août 1920.
(3) ARNOLDI. *Münch. med. Woch.*, 1922, n° 3.

V. MALADES ATTEINTS DE NÉPHRITE CHRONIQUE avec gros cœur, bruit de galop, hypertension, rétention chlorurée ou rétention azotée, ou les deux, etc.

L'adonis agit ici en soutenant le cœur, en l'aidant à lutter contre l'obstacle artériel (sclérose, vaso-constriction toxémique) et contre le barrage rénal; il agit surtout comme diurétique à la fois hydrurique, chlorurique, azoturique.

Voici un cas de ce genre :

Néphrite chronique mixte, à prédominance hydropigène, mais avec azotémie notable (0,80-0,90) chez un homme de cinquante-deux ans.

Malade parfaitement indocile, ne suivant qu'un régime incertain, ne modérant guère une existence assez active en dépit de ses pieds enflés, de son albuminurie, de ses accès de céphalée tenaces. Des hémorragies rétiniennes vinrent assombrir le pronostic au moment où l'insuccès de toute médication diurétique causait de sérieuses appréhensions. L'adonis fut donné sous forme d'extrait total et l'on vit les urines passer de moins d'un litre, à 1.800, 2.500, 2.900 centimètres cubes, entraînant de l'urée en grandes quantités, en même temps que s'atténuaient les maux de tête, la gêne respiratoire et que disparaissait l'enflure des membres inférieurs.

Ce malade, perdu de vue en raison d'un changement de résidence, eut une survie de plus de deux années après ses hémorragies rétiniennes, ce qui est beaucoup. L'emploi fréquent de l'adonis en stimulant jusqu'à la fin le rein défaillant et de plus en plus insuffisant, a contribué à maintenir le malade dans un état acceptable jusqu'au moment de l'issue fatale, par coma urémique vraisemblablement.

Chez quels malades l'adonis vernalis est-il contre-indiqué? — I. HYPERTENSION ARTÉRIELLE TRÈS ACCUSÉE. — La contre-indication est ici discutable. Elle se transmet depuis les premières recherches dont l'adonis, ou plutôt l'adonidine, ont été l'objet, il y quarante ans. Depuis, les faits expérimentaux ont été mieux constatés, les observations cliniques mieux interprétées et l'adonis ne saurait plus être regardé comme un « hypertenseur ».

Aux doses thérapeutiques ingérées — et non aux doses toxiques injectées à l'animal en expérience — l'augmentation de la tension artérielle tient exclusivement au relèvement de l'énergie motrice du cœur, car à ces mêmes doses aucune vaso-constriction n'est produite par l'adonidine, son action sur les vaisseaux étant nulle (Henrijean).

En 1912, le professeur Lemoine a montré que chez les sujets sains, l'*Adonis vernalis* ne provoquait pas d'augmentation de la pression artérielle et entraînait cependant une constante augmentation de la diurèse, donc celle-ci n'est pas liée ici à une hypertension thérapeutique. A l'état pathologique, mêmes constatations, d'où cette conclusion que « l'*Adonis vernalis* peut être donné à des hypertendus toutes les fois qu'il est nécessaire d'augmenter le taux des urines ou de favoriser une élimination plus considérable des chlorures et de l'urée (1) ».

Généralement, une meilleure concordance de Mx et de Mn se produit sous l'influence de l'*Adonis vernalis*; mais on peut noter aussi une élévation de la tension diastolique qui impose une certaine prudence pour l'emploi de l'adonis, comme d'ailleurs pour celui de la digitale chez les grands hypertendus.

II. NÉPHRITES AZOTÉMIQUES AVEC FORTE HYPERTENSION. — Dans les cas si fréquents de néphrite à la fois hydropigène (œdèmes) — et urémigène — (tableau clinique et taux plus ou moins élevé de l'urée sanguine), l'adonis fait merveille en provoquant de véritables débâcles d'eau, de chlorures et de déchets azotés. Simultanément, le malade se déclare « guéri » du fait du soulagement apporté par une évidente désintoxication, la disparition de ses œdèmes et une amélioration de sa circulation.

Mais s'il s'agit d'une néphrite sèche, très azotémique, très hypertensive, mieux vaut s'adresser à la dérivation intestinale par les drastiques, à l'extrait de gui, à la scille, à l'allylthéobromine, encore qu'en pareil cas, la terminaison fatale ne soit plus très éloignée et que toute médication soit impuissante à conjurer les accidents de l'hypertension comme ceux de l'intoxication urémique.

III. CARDIOPATHIES AORTIQUES ET, PLUS SPÉCIALEMENT, MALADIE DE HOGDSON. — Il s'agit là moins d'une contre-indication spéciale à l'adonis que d'une règle générale de grande prudence et d'extrême doigté dans la prescription des médicaments du type digitale. Or, l'adonis est une digitale atténuée, plus rapidement éliminée. Le strophantus ou de très petites doses d'ouabaïne, pourront être utiles, alors que digitale ou adonis n'auraient qu'une action incertaine, quelquefois même périlleuse.

IV. ARTÉRIOSCLÉROSE AVEC DÉCHÉANCE CARDIO-VASCULAIRE PRONONCÉE. — L'adonis sans action sur les vaisseaux, ne saurait modifier la perméabilité artérielle déficiente. Il ne saurait non plus être employé à stimuler un myocarde qui lutte péniblement contre un obstacle de jour en jour plus difficilement franchissable, avec d'importantes altérations de ses fibres musculaires.

Tout l'effort du médecin est à diriger contre la résistance périphérique plutôt que contre l'insuffisance du moteur central. Il s'agit ici de grands artérioscléreux, proches de leur mort. Pour simplement prolonger un peu leur existence l'iodure de sodium, l'iodure de caféine, les nitrites, l'électrothérapie, les bains carbo-gazeux de Royat surtout, etc., rendront peut-être les services qu'il serait inutile à demander à l'adonis.

Médications associées. — Diurétique désintoxicant, cardio-tonique stimulant le cœur d'une manière tout à fait semblable à la digitale (1), mais moins irritant, parfaitement toléré, sans accumulation et sans accoutumance (par suite, vraisemblablement, de son élimination rapide), sans action sur la pression artérielle aux doses usuelles sinon très légèrement, comme effet du renforcement du cœur, tel se présente aujourd'hui l'*Adonis vernalis*.

Il a sa place marquée dans la thérapeutique journalière du praticien.

Est-ce à dire qu'il se suffise à lui-même ? nullement. C'est l'art du médecin que d'associer les médicaments susceptibles d'assurer le succès thérapeutique et l'on peut rappeler :

Extrasystoles par insuffisance cardiaque : alterner strophantus, digitale, adonis.

Extrasystoles conditionnant l'arythmie des artérioscléreux : l'iodure de sodium, les hypotenseurs tels que l'extrait de gui, la trinitrine, le bi-carbonate de soude ou mieux les alcalins type Trunecek-L. Lévi, les drastiques, etc., seront utilement associés à l'adonis, envisagé ici surtout comme diurétique désintoxicant.

(1) LEMOINE (de Lille). Action de l'*Adonis vernalis* sur la pression artérielle, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 6 déc. 1912.

(1) James M. SCHMIDT, *Amer. Journ. pharm.*, oct. 1920.

Extrasystoles d'origine nerveuse : L'adonis est également utile comme éliminateur de poisons et comme régulateur du cœur; les bromures, l'intrait de valériane, la belladone ou l'atropine à faibles doses prolongées, ne sont pas à négliger. Il va sans dire que la suppression du tabac, de l'alcool, du thé, du café, des aliments faisandés ou de fraîcheur suspecte, s'impose dès le premier jour.

Palpitations : Adonis vernalis et bromure de strontium (2 à 4 grammes par jour), intrait de valériane.

Œdèmes : Régime lacté et déchloruré, calomel, jalap ou scammonée, *Adonis vernalis.*

Dyspnée nocturne, asthmatiforme des cardiaques : Adonis, ventouses, sangsues au niveau de la région lombaire de temps en temps, opium à petites doses (poudre de Dover, chlorhydrate d'éthylmorphine, et, si accès violent, injection sous-cutanée d'un centigramme de chlorhydrate de morphine.

Dyspnée des brightiques : Adonis, régime lacto-végétarien, déchloruration, sangsues au niveau de la région lombaire.

Dyspnée douloureuse des cardiaques, des scléreux : Adonis, l'alterner avec l'iodure de caféine, le chloral; l'associer avec le bromure d'ammonium (1g50 en lavement).

Insomnie des cardiaques : Adonis par périodes d'une semaiue ou deux et au cours de celles-ci, pendant deux ou trois jours consécutifs, gardénal ou euronal ou sommifène, pris le soir, avec une asse d'infusion de tilleul-fleurs d'oranger.

Troubles circulatoires de la ménopause : Adonis, opothérapie ovarienne ou polyglandulaire, etc.

En résumé et comme conclusion : L'*Adonis vernalis*, prescrit isolément, ou employé en corrélation avec les autres toni-cardiaques (digitale, strophantus), ou intercalé entre les autres diurétiques (théobromine, scille, etc.) ou associé aux divers agents de la thérapeutique cardio-vasculaire, est susceptible de rendre aux praticiens les meilleurs services. Sur ce point les travaux récents n'ont fait que confirmer les enseignements des cliniciens éclairés auxquels l'adonis a constamment donné pleine satisfaction.

Mais il faut employer le seul *Adonis vernalis* et non une des espèces d'activité physiologique réduite — *A. æstivalis*, *A. automnalis*, etc. — voire même des végétaux absolument différents (Prèle des champs, par exemple) qui trop souvent, dans le commerce des plantes médicinales, se trouvent substituées ou mélangées à l'adonide printanière (1).

Consultations oto-rhino-laryngologiques du praticien, par le docteur G. Portmann, chef de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de médecine de Bordeaux. Préface du professeur E.-J. Moure. 1 vol. in-8 de 264 pages avec 38 figures. — Prix : 14 fr.; franco 15 fr. 40. — Paris, Gaston Doin.

Atlas de parasitologie, par le docteur P. Hauduroy, préparateur à la Faculté de médecine de Strasbourg. 1 vol. in-4 contenant 25 planches en photogravure avec leurs légendes. — Prix : cartonné 12 fr.; franco 13 fr. 20. — Paris, Gaston Doin.

(1) Professeur Ph Bretin. « *L'Adonis vernalis* » *et ses falsifications.* Travail du laboratoire de botanique de la Faculté de médecine de Lyon.

NOTES POUR L'INTERNAT

L'ASTHME[1]

3. **Le catarrhe.** — Jadis on distinguait l'asthme sec et l'asthme humide, dans lequel on voyait prédominer l'élément catarrhal.

Parfois l'accès se traduit seulement par un coryza intense, des éternuements incessants. Dans d'autres cas, l'asthme s'accompagne d'un catarrhe chronique.

Chez l'*enfant* jeune, cet élément catarrhal prend la première place. Il précède, accompagne le spasme et lui survit. Le premier accès est suivi d'une poussée de bronchite passagère. L'accès n'a pas un début brusque la nuit. L'enfant est enrhumé depuis plusieurs jours; puis la dyspnée apparaît croissante, accompagnée de râles disséminés, nombreux; la température s'élève à 38 degrés. La dyspnée dure vingt-quatre à quarante-huit heures avec des rémissions et se termine lentement. Souvent on peut même observer de véritables congestions pulmonaires fébriles. Chez l'enfant, on peut aussi observer des formes torpides avec accès atténués.

4. **Formes larvées.** — Parfois l'accès d'asthme ne se traduit seulement que par une simple anxiété respiratoire, sans gêne réelle de la respiration et survenant la nuit. Il s'agit d'une angoisse laryngée, ou de crises de pseudo-angine de poitrine. Cependant on a pu voir l'association, chez un même malade, d'angor vrai et d'asthme.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic de l'asthme ne présente quelque difficulté qu'au premier accès : il s'appuie sur le tempérament arthritique du malade et sur les caractères de la dyspnée. Certaines affections doivent en être différenciées chez l'enfant et chez l'adulte.

I. **Chez l'enfant.** — On pensera à :

— la *dyspnée laryngée*, dont le type est la laryngite striduleuse ou faux croup. La dyspnée, due à un spasme de la glotte dans ce cas, est une dyspnée lente, intéressant les deux temps de la respiration;

— la dyspnée due à une broncho-pneumonie, à une bronchite capillaire sera reconnue surtout par la constatation de signes physiques et de signes généraux.

Il en est de même des poussées congestives, aiguës, qui surviennent au cours d'une bronchectasie, d'une adénopathie trachéo-bronchique (asthme ganglionnaire de Joal); signaler aussi le spasme des constricteurs de la glotte, l'hypertrophie thymique de Kopp et de Millar chez le nourrisson.

II. **Chez l'adulte.** — Le diagnostic avec les dyspnées laryngées est facile (paralysie des nerfs récurrents, consécutive à un anévrisme de la crosse, à une tumeur du médiastin, à un tabès),

— dans l'emphysème pulmonaire, la dyspnée est permanente, elle s'accompagne de dilatation de la cage thoracique; à l'auscultation on constate une diminution du murmure vésiculaire,

— la bronchite chronique avec emphysème est d'un diagnostic plus délicat; d'autant plus que l'asthmatique peut devenir ultérieurement bronchitique emphysémateux.

— Enfin en présence d'une crise d'asthme on doit toujours rechercher la cause de la maladie. Dans un très grand nombre de cas, on arrivera ainsi à dépister une lésion viscérale à distance, qui provoque ou entretient les crises d'asthme. Classiquement on classait tous ces asthmes dans le groupe des *pseudo-asthmes symptomatiques*.

1° LES PSEUDO-ASTHMES PAR LÉSIONS DES VOIES RESPIRATOIRES. — Il faut toujours rechercher les lésions du *nez* et du *naso-pharynx*. Il s'agit très souvent d'enfants présentant le type adénoïdien. Ils ont des coryzas à répétition, se mouchent fréquemment. Leur bouche reste ouverte, leurs narines croûteuses, leurs ganglions sous-maxillaires et cervicaux sont tuméfiés, l'ensemble leur donne un faciès assez spécial. Leur respiration est difficile et ils sont sujets à des poussées de bronchite à répétition. En général, l'insuffisance respiratoire empêche le développement normal de la cage thoracique, la taille reste petite, les extrémités sont cyanosées, les membres sont peu développés. Chez les jeunes enfants, on peut voir survenir des crises d'asthme nocturne à l'occasion d'une poussée de bronchite. On note de la toux, de l'angoisse respiratoire, de la cyanose, on perçoit à l'auscultation des sibilances. L'examen des voies naso-pharyngiennes montre des lésions variables : hypertrophie des cornets, polypes, végétations adénoïdes.

Ainsi dans ces cas, trois facteurs concourent à provoquer la crise : le terrain neuro-arthritique, l'obstruction nasale, une perturbation de la sensibilité.

L'*hypertrophie des ganglions trachéo-bronchiques* (asthme ganglionnaire de Joal) peut être observée chez les enfants à la suite de rougeole, de coqueluche. On la reconnaît par ses signes stéthoscopiques et radioscopiques, les poussées fébriles.

L'*asthme des foins* a été très étudié ces dernières années, surtout en Amérique, où l'on s'est attaché à en préciser la cause et à mettre en œuvre des traitements spécifiques (vaccination). On retrouve dans l'étiologie de l'asthme des foins trois causes; le terrain arthritique, l'hypersensibilité des muqueuses oculo-nasales, et la présence d'agents spécifiques (pollen des fleurs, poussières diverses animales ou végétales).

Le début de la crise se produit, en général, après une promenade à la campagne, au printemps. Un picotement survient à l'angle interne des yeux, la conjonctive se congestionne; on note de la photophobie, de la céphalée et de la douleur dans les globes oculaires. Bientôt le malade se met à éternuer et ces éternuements se répètent un très grand nombre de fois; ils s'accompagnent d'un écoulement nasal abondant, véritable hydrorrhée nasale.

L'accès peut rester fruste et tourner court, ou bien il survient une irritation de la trachée, qui ne tarde pas à s'accompagner de râles de bronchite, d'oppression, et d'une expectoration filante, visqueuse. Ces crises se répètent plusieurs mois pendant l'été. Il s'agit là d'une véritable infirmité qui se répète tous les ans, et qui est très rebelle à tous les traitements employés.

2° L'ASTHME CARDIAQUE. — Il ne s'agit pas de la dyspnée légère que l'on observe au début des cardiopathies, ni de l'oppression continue des cardiaques à la phase asystolique. L'asthme cardiaque survient chez des malades dont la fibre cardiaque est altérée.

Les causes provocatrices sont le plus souvent le refroidissement, le surmenage physique, les émotions violentes, les excès alimentaires ou une maladie infectieuse fébrile. Le plus souvent, la crise débute brusquement, la nuit. Le malade fait des efforts répétés, laborieux ; il lutte pour respirer et concentre toutes ses forces dans des efforts respiratoires. Il s'épuise rapidement. L'auscultation donne peu de résultats : tantôt on ne perçoit rien, tantôt on entend des râles crépitants et sous-crépitants aux deux bases, traduisant ainsi une stase pulmonaire avec défaillance cardiaque. L'œdème pulmonaire peut s'ajouter à l'asthme cardiaque. Le pouls est rapide, intermittent. Le cœur est très difficile à ausculter; on ne trouve pas la pointe, ou bien on perçoit des bruits de souffle ou de galop. Le pronostic de l'asthme cardiaque est toujours très grave. Huchard a décrit plusieurs types d'asthme cardiaque, suivant les lésions en cause :

a. Chez les *mitraux*, il s'agit d'une congestion par stase au niveau du poumon. C'est une crise d'asthme avec hyposystolie; le cœur est dilaté, le pouls est irrégulier, l'arythmie est un signe constant. Il y a turgescence des jugulaires ; les bases pulmonaires sont congestionnées, les urines sont rares et albumineuses.

b. Chez les *aortiques*, il n'y a ni arythmie, ni cyanose. C'est une dyspnée blanche (Huchard). Le pouls est accéléré, plein, vibrant; la tension artérielle est augmentée. L'impulsion cardiaque est violente, et à l'auscultation on note un retentissement diastolique marqué au niveau de l'orifice aortique.

L'expectoration est rare. S'il se surajoute de l'œdème pulmonaire, on constate des râles qui se localisent souvent aux sommets des poumons.

c. Dans la *myocardite scléreuse*, l'asthme est surtout le résultat d'accidents toxiques. La crise éclate le plus souvent la nuit, quelquefois à la suite d'un écart de régime. L'éclat diastolique prédomine au niveau de l'orifice de l'artère pulmonaire. La tension artérielle est, de plus, toujours élevée chez l'artérioscléreux. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 93, p. 1518.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — PRIX FILLOUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Rouget, Lermoyez, Lesné, Lequeux et Le Mée.

— CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR (*Médecine*). — Le jury est composé de MM. Garnier, Papillon, Lion, Foix et Ribadeau-Dumas.

(*Chirurgie et accouchements*). — Le jury est composé de MM. Duval, Lardennois, Schwartz, Savariaud et Ecalle.

CONCOURS DE SAN-SALVADOUR. — *Epreuve sur titre.* — Séance du 4 décembre. — MM. Joubert, 20; Fohanno, 18; Portez, 17; Bricaire, Risterucci et Massoulié, 15.

Epreuve clinique. — Séance du 5 décembre. — MM. Massoulié, 4 ; Joubert, 16.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Dufourt.

— Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires. — MM. Michel, Thiers, Freidel, Novel, Baudry, Levrat, Yves, Morin, Gagnière, Mlle Guillemin, MM. Bernay, Bérard, Thévenon, Rousselin, Picault, Treppoz, Rochefort, Bouysset, Boucaumont, Rousset, Billiet, Albertin-Marchand, Rubin, Farjot, Dupont, Brunat, Imbert, Mlle Feyeux, M. Julliard, Mlle Gaumond, MM. Blanc, Pansu, Regad, Campana, de Roissard, de Bellet, Mlle Weill, MM. Vernaud, Tonnel, Lyonnet, Nova, Carcasonne, Denise, Armanet, Pipard, Moulinier, Bruyère, Mlle Françon, MM. Verrière, Bard, Mlle Vadella, M. Volle.

Externes provisoires. — MM. Champetier, Thibiéroz, Bréchet, Tarlet, Roussin, Chaninel, Dubois, Gauthier, Paindestre, Boyer (Charles), Mlle Guigonnet, MM. Cadéac, Rollin, Dumollard, Amic, Goujon, Mlle Guillat-Courrier, MM. Paon, Aulagnier, Advenier, Bouchet, Lévy, Larrivé.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — M. le docteur Lepoutre, chef des travaux anatomiques, chargé de la consultation d'urologie, est nommé professeur adjoint.

M. le docteur Maurice d'Halluin, chargé de l'enseignement de la physique médicale, est nommé professeur adjoint.

— LYON. — Un concours s'ouvrira le 22 octobre 1923 devant la Faculté de médecine de Lyon pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine de Dijon.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT-FERRAND. — M. le docteur Piollet est nommé professeur de clinique chirurgicale.

— GRENOBLE. — Le concours pour une place de professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Grenoble s'est terminé par la nomination de M. le docteur Bonniot.

PALMES ACADÉMIQUES. — Sont nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Barbier (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Boucher (de Rouen), Hallé (de Paris).

(Au titre étranger.) *Officiers d'Académie.* — Mlle Broïdo, médecin adjoint à Rabat; M. le docteur Meynadier (de Rabat).

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — SERVICE DES RETRAITES DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Un médecin de trente-cinq ans, en versant annuellement 723 francs, touchera une rente de 3.000 francs à soixante ans. Avec un léger supplément de 51 francs, pas de prime à payer en cas de maladie.

S'il meurt après soixante ans, un capital de 17.680 francs sera remboursé à ses héritiers. S'il meurt avant soixante ans, ses héritiers recevront le montant des sommes inscrites sur son livret.

Barèmes pour tous les âges et bulletins d'adhésion, 5, rue de Surène, Paris (VIIIe).

SYNDICAT GÉNÉRAL DES MÉDECINS DES STATIONS SANITAIRES ET BALNÉAIRES DE FRANCE. — RÉUNION DU 27 NO-

VEMBRE 1922. — Le bureau du S. G. rend compte de ses démarches auprès de l'Union des syndicats médicaux : le titre de médecin spécialiste est reconnu ; l'adhésion du S. G. à l'Union est obtenue sous réserve de ratification par l'A. G. de l'Union. En ce qui concerne la propagande en commun en Angleterre, le bureau et l'assemblée mandatent M. le docteur Boursier pour établir d'étroites relations entre l'O N. T. et le Syndicat général afin qu'il y ait ainsi communauté d'efforts. L'exonération de la taxe de séjour pour les médecins et leur famille fait l'objet d'une intéressante discussion : le S. G. émet le vœu que les municipalités thermales et climatiques appliquent dans son sens le plus large le texte de la loi ; ce texte n'étant nullement impératif. L'assemblée générale annuelle est fixée au mardi 19 décembre, à 16 h. 30. à Paris, 12, rue de Seine. Adresser toute demande de candidature à M. le docteur Durand-Fardel, président, 164, rue de Courcelles, Paris. Toute autre correspondance au secrétaire général, docteur Molinéry, Saint-Mandé (Seine).

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La séance solennelle annuelle aura lieu le mardi 12 décembre 1922, à 4 h. 3/4 très précises, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton.

POUR LES ÉTUDIANTS ROUMAINS. — Le général Berthelot, ancien commandant de la mission militaire française en Roumanie, a prié ses anciens collaborateurs et spécialement les nombreux médecins ayant prêté leur concours en Roumanie pendant la guerre, de faire appel au public médical français pour procurer des livres aux très nombreux étudiants roumains qui ne peuvent les acheter. Le corps médical comprendra tout l'intérêt qu'il y a à ne pas laisser le livre allemand remplacer le livre français dans ce pays qui est un fils intellectuel de la France.

Les médecins et spécialement les étudiants en fin de scolarité sont donc instamment priés de faire parvenir les livres d'études dont ils n'ont plus l'emploi au professeur agrégé Reverchon, au Val-de-Grâce, rue Saint-Jacques, Paris (Ve), ou au docteur Pouliot, 1 *bis*, rue Gounod, Paris (XVIIe) qui les achemineront sur la Roumanie, par l'intermédiaire du service français de la Propagande.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. Baudet, externe des hôpitaux de Paris, qui a succombé, victime du devoir professionnel, à une scarlatine contractée dans son service à l'hôpital Saint-Louis.

NOTES DE PRATIQUE

DYSPEPSIE HYPOSTHÉNIQUE

1° Avant chacun des deux principaux repas, V à X gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau ou de boisson.

2° Après les repas, VIII à X gouttes de la mixture :

Teinture de fèves de Saint-Ignace....	10 gr.
Teinture d'ipéca....................	2 gr.
Teinture de badiane.................	3 gr.

Mêlez et filtrez.

Eaux minérales et stimulantes (Vichy-Célestins ou Pougues).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 11 AU 16 DÉCEMBRE 1922)

THÈSES

Lundi 11 décembre. — Jury : MM. Roger, président; Ménétrier, Garnier et Lereboullet. — M. CHAUBIN (Bernard). La chloréthylisation au goutte à goutte. — Mlle HELFENBEIN (F.). Ducozig et son œuvre.

Mercredi 13 décembre. — Jury : MM. Broca (Aug.), président; Hartmann, Legueu et Okinczyc. — M. LAUTROU (Louis). Contribution à l'étude des fistules médianes du cou. — M. VAFIADIS (Jean). Description et méthode de diagnostic de la vessie. — M. DE POMÈS (Raphaël). Des lésions traumatiques chez l'enfant.

Jeudi 14 décembre. — Jury : MM. Marfan, président ; Teissier, Nobécourt et Brindeau. — M. LORTHOFARY (Emile). Chirurgie et radiothérapie du thymus. — M. ROMEUF. Interprétation de la différentielle d'après la courbe oscillométrique. — Mlle COLLIN (Jeanne). Essai de conciliation de différentes théories sur les sexes. — M. THOMAS (Marcel). Méningite cérébro-spinale chez le nourrisson.

Jury : MM. P. Marie, président; Gilbert, Bernard et Bezançon. — M. ANDRAL (Jean). Sur un cas de syphilis tertiaire. — Mlle LÉVY (Gabrielle). Contribution à l'étude de l'encéphalite chez l'enfant. — M. BEUGNOT (René). Contribution à l'étude des abcès pneumoniques. — M. WEBER (Roger). Déboisement et paludisme.

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau traité de médecine et de thérapeutique, publié sous la direction de MM. A. GILBERT et P. CARNOT, fasc. 30, *Maladies de la plèvre et du médiastin* (1), par MM. Marcel LABBÉ, MÉNÉTRIER, GALLIARD, BALZER et BOINET.

La pathologie de la plèvre, si importante à bien connaître par le médecin praticien, est exposée en détail dans ce nouveau fascicule du *Traité de médecine et de thérapeutique*. M. Marcel Labbé consacre aux pleurésies une très complète étude, où il reprend et développe les idées qu'il avait autrefois défendues avec son maître Landouzy, donnant à l'analyse des symptômes et à celle des méthodes thérapeutiques toute la précision et la clarté voulues. On connaît la compétence toute spéciale de M. Galliard sur le pneumothorax dont il s'est chargé d'écrire l'histoire, de même que celle de M. Ménétrier sur le cancer de la plèvre. L'importance de la syphilis broncho-pulmonaire, tant chez l'enfant que chez l'adulte, est actuellement reconnue de tous les cliniciens ; M. Balzer, avec sa grande expérience, en a retracé en quelques pages substantielles toute l'histoire, tant chez l'enfant que chez l'adulte. Enfin, le volume se termine par une étude fort bien documentée sur les adénopathies et les tumeurs du médiastin ; M. Boinet y expose en détail tous les caractères des adénopathies bronchiques, des tumeurs du médiastin, de l'hypertrophie du thymus. Il précise, d'une manière très claire et très complète, les signes qui composent le syndrome médiastinal ; il analyse avec exactitude les signes cliniques et radioscopiques des adénopathies médiastines, ainsi que leur diagnostic. Cet article important illustré de nombreuses figures, complète heureusement l'ensemble du volume. L. G.

RENSEIGNEMENTS

592. — Un **POSTE MÉDECIN SANITAIRE** serait vacant pour voyage Nouvelle-Calédonie ; départ probable Marseille 20 décembre ; conditions : 1.000 francs par mois, voyage domicile au port payé. — S'adresser docteur Lop, 2, quai Joliette, Marseille.

(1) Un vol. in-8 de 596 pages avec 40 fig. — Prix : 40 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

REVUE GÉNÉRALE

TECHNIQUE ET ENSEIGNEMENTS DE

LA TENSION ARTÉRIELLE EN CLINIQUE MÉDICALE [1]

Par le docteur ROUDOULY.

*
* *

Interprétation des résultats. — Pour simplifier notre étude nous admettrons que toutes les pressions mentionnées seront supposées répondre à des valeurs données par le procédé auscultatoire, sauf spécification du contraire. Il sera facile, d'ailleurs, au lecteur de les transformer en « valeurs Pachon » en les augmentant de 2 centimètres de mercure.

Nous avons vu, au cours de l'étude précédente, que la tension normale pouvait être considérée chez l'homme comme de 12,5-7,5; chez la femme elle est environ de 11,5-7 et plus faible encore chez l'enfant.

Au cours des états pathologiques examinés, le praticien rencontrera les variations les plus diverses des valeurs de la minima et de la maxima. Parmi les malades, certains présenteront une hausse ou une baisse des deux valeurs; d'autres, au contraire, gardent sensiblement normale une des deux valeurs, l'autre étant largement augmentée ou diminuée; enfin, il arrivera de rencontrer une minima diminuée, par exemple avec une maxima élevée, ou l'inverse. La première catégorie comprend ce que Gallavardin appelle les malades à type circulatoire normal; les deux dernières constituent le type circulatoire anormal.

La première comprend les normaux, les hypertendus simples et les hypotendus simples. Pour une minima déterminée normale ou anormale, on peut admettre qu'il existe une maxima correspondante qui traduit l'équilibre tensionnel. En partant de la normale 12,5-7,5, on peut admettre pratiquement, et pour éviter de se charger la mémoire de tableaux compliqués, que l'équilibre tensionnel sera assuré, si à chaque élévation ou abaissement de la minima de un demi-centimètre de mercure correspond une élévation ou un abaissement double, c'est-à-dire de 1 centimètre de mercure, de la maxima. Exemple : si la Mn = 9 (soit — 7,5 de normale + 1,5) nous devrons avoir une Mx de 12,5 + 3 = 15,5. L'équilibre tensionnel sera assuré si notre formule devient 15,5 — 9. Dans ce cas particulier, nous rangerons notre malade dans la classe des hypertendus simples.

Le tableau de l'échelle tensiomètre de Gallavardin est établi à l'aide d'une formule plus compliquée, mais ses résultats diffèrent très peu de ceux fournis par le procédé ci-dessus, très suffisant pratiquement.

*
* *

Dans la classe des malades à type circulatoire normal ou en état d'équilibre tensionnel, nous étudierons les hypertendus vrais et les hypotendus vrais.

Les premiers pourront présenter des formules très éloignées de la normale : jusqu'à 30-17 par exemple, ce qui traduit une hypertension énorme. L'hypertension peut être considérée comme très forte entre 26-15 et 23-12,5; comme forte jusqu'à 18-10, enfin moyenne ou faible entre ces chiffres et la normale. La plupart du temps cet état d'hypertension simple est à rattacher à un syndrome de néphrite chronique (1). L'appareil cardio-vasculaire, « serviteur docile », compense par une élévation de pression hydraulique le mauvais fonctionnement du filtre rénal. On comprend, sans qu'il soit besoin d'insister, l'intérêt qui s'attache à dépister cette phase d'hypertension simple qui n'est parfois pendant très longtemps accompagnée d'aucune modification pathologique des urines « afin de dévoiler la maladie avant qu'elle ne soit incurable, afin de ne pas attendre pour faire un diagnostic que l'on ne puisse plus faire de traitement » (Gallavardin).

Le bruit de galop ne se perçoit guère que lorsque la maxima atteint ou dépasse 20. Le claquement du deuxième bruit aortique est un phénomène trop inconstant, même chez les grands hypertendus pour constituer un symptôme pathognomonique. L'évolution de ce syndrome d'hypertension pure se fera dans la majorité des cas, à défaut d'une thérapeutique judicieuse, où malgré elle, parfois, vers la défaillance cardiaque. Les autres cas se terminent par urémie ou accidents cérébraux. L'hypertrophie du cœur, d'abord gauche, puis des deux ventricules, lorsque la stase pulmonaire sera apparue, est son aboutissant ordinaire. Mais cette évolution est parfois très lente, et laisse place à tous les symptômes ressortissant de l'hypertension : insomnie, troubles sensoriels, vertiges, dyspnée d'effort, palpitations et tachycardie avec ou sans phénomènes angineux. Et, insistons sur ce point, pour faire ressortir la valeur du symptôme hypertension, l'examen du cœur reste souvent négatif jusqu'au moment où la défaillance du myocarde se manifeste brusquement, avec tous ses symptômes à grand fracas : insuffisance ventriculaire gauche (2) et droite, insuffisance rénale. Nous verrons ultérieurement comment, à cette période, se modifie la tension artérielle. La valeur de l'hypertension ne suffit pas à établir le pronostic de chaque cas clinique; mais elle y apporte une contribution de grande valeur : pratiquement, on peut admettre que chez les hypertendus en état d'équilibre tensionnel, c'est-à-dire ceux dont le rapport systolo-diastolique entre dans la règle indiquée plus haut, le pronostic doit être favorable, au point de vue durée de la survie. Au contraire, que ce rapport soit détruit, en particulier, par une diminution de la tension différentielle, on droit craindre la défaillance cardiaque.

De l'étude que nous venons de faire, découlera le traitement de cette forme d'hypertension : la thérapeutique devra porter sur l'appareil rénal, sans négliger le cœur; outre, un régime approprié, on se trouvera bien d'un traitement composé de dépresseurs associés à des tonicardiaques, et à la théobromine. Vaquez prescrit :

Esprit de nitre dulcifié	8 gr.
Limonade commune	500 gr.

Deux verres à bordeaux par jour, dix jours par

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 94, p. 1525.

(1) Les autres cas entrent dans la catégorie des hypertensions solitaires tenant, soit à des lésions latentes de néphrite, soit à de l'artério-sclérose plus ou moins étendue ou généralisée (J. Teissier), soit à un spasme artériolaire généralisé (phase de présclérose de Huchard), soit enfin à l'hypéripinéphrie (Josué, Vaquez).

(2) Il faut attacher une grande importance à l'apparition du pouls alternant chez les hypertendus, car ce symptôme, facile à dépister, traduit le début de la défailllance du myocarde.

mois avec, en outre, 0g05 de spartéine pendant le même laps de temps. Les dix jours suivants, théobromine et iode, puis repos les dix derniers jours du mois.

Ce type de traitement qui peut d'ailleurs être modifié au gré du praticien convient à conserver pendant de longues années un équilibre tensionnel des plus salutaires, s'il est associé à un régime convenable.

* * *

L'hypotension présentera forcément une échelle beaucoup moindre que l'hypertension, puisqu'elle ne saurait pratiquement dépasser les valeurs de 6-4. A ce taux, et jusqu'à 9-5,5 on admettra que la tension est très basse; au-dessus, l'hypotension sera considérée comme légère.

L'hypotension est un symptôme relativement fréquent et que l'on rencontre fortuitement chez beaucoup de sujets parés des attributs d'une santé florissante. En poussant l'interrogatoire, on apprend cependant que ces individus sont sujets au refroidissement des extrémités, voire présentent un peu de cryesthésie; leur circulation veineuse est déficiente; ils sont asthéniques et sujets à la céphalalgie. Dans beaucoup de ces cas, un trouble endocrinien est en cause. Et la maladie d'Addison en est le type élevé au summum. Mais à côté de ce grand syndrome, à côté des cachexies de toute nature où l'hypotension devient, dans la gravité du tableau clinique, un symptôme secondaire, il y a tous les cas d'insuffisance surrénalienne, thyroïdienne ou hypophysaire. A l'époque de la puberté chez la jeune fille, un état d'anémie et d'hypotension, accompagnant des règles à peu près régulières et semblant normales en quantité, traduiront cependant fréquemment un état de déficience ovarienne, qu'un traitement opothérapique associé à la strychnine arriveront à modifier alors que le fer et le quinquina avaient échoué.

La détermination de la pression artérielle, si elle ne constitue qu'un symptôme de second plan dans la maladie d'Addison arrivée à la période d'état, sera un précieux moyen de dépister les formes frustes ou le début de l'affection; car son apparition est très précoce et constante. De même, au décours d'une maladie infectieuse, diphtérie ou fièvre typhoïde, par exemple, une hypotension brusquement apparue ou aggravée fera craindre des accidents de myocardite, surtout, si elle porte sur la maxima plus que sur la minima, diminuant ainsi la valeur de la tension différentielle. On conçoit le service qu'un pareil renseignement rendra au praticien qui pourra gagner plusieurs jours dans l'administration d'une médication toni-cardiaque. Dans ces cas de myocardite infectieuse, la digitale sera de peu d'efficacité. Elle agit peu dans les états fébriles et sur les troubles tensionnels qui n'ont pas le cœur comme origine réelle. Le camphre, le strophantus, la spartéine et les autres toni-cardiaques seront plutôt indiqués.

En revanche, la digitale reprend toute sa valeur curative pour restaurer un cœur qui s'est forcé sur une constante diastolique hypertendue, par exemple, et est en état de défaillance.

Mais la plus fréquente des causes de l'hypotension pure, celle à laquelle il faudra toujours penser si aucune autre explication ne se présente à l'esprit, c'est la tuberculose, et surtout la tuberculose pulmonaire. Ici encore, l'hypotension sera un signe précoce, et qui manquera rarement. Je sais bien qu'on ne saurait poser un diagnostic de tuberculose sur la simple constatation d'une hypotension. Mais pour dépister précocement cette affection, il n'est pas négligeable d'avoir à sa disposition un élément de plus, à joindre au faisceau des présomptions qui mettront le praticien en éveil.

Au cours de l'évolution de la maladie, la mesure de la tension artérielle est capable de fournir au clinicien un renseignement précieux : chez un tuberculeux avéré, à la première ou à la troisième période, hypotendu d'habitude, un relèvement brusque ou progressif de la tension réatteignant la normale ou la dépassant, devra faire craindre une hémoptysie menaçante, toutes les fois qu'elle ne pourra s'expliquer par l'état du filtre rénal. Il faudra donc sans retard employer la médication coagulante (chlorure de calcium, sérum gélatiné) et les hypotenseurs au premier rang desquels se place l'ipéca à très faibles doses souvent répétées, ou le chlorhydrate d'émétine. L'ergotine devra être maniée très prudemment à cette période de médication préventive, en raison de ses effets nettement hypertensifs. Il vaut mieux, croyons-nous, la réserver pour enrayer une hémorragie déclarée où il s'agit de parer au plus pressé.

* * *

A côté de ces états organiques en quelque sorte, et chroniques, d'hypertension ou d'hypotension, il existe des états transitoires, où la valeur de la Mx et de la Mn varient brusquement et souvent dans de fortes proportions, pour revenir bientôt à la normale.

En ce qui concerne l'hypertension, nous nous contenterons de citer quelques syndromes parmi les plus importants :

Dans le saturnisme aigu, c'est vraisemblablement la vaso-constriction abdominale intense qui cause l'hypertension. Les observateurs sont peu nombreux encore, qui ont eu l'occasion d'étudier la succession des phénomènes et d'en tirer des conclusions pouvant hâter l'intervention thérapeutique. Il serait intéressant, bien que le saturnisme soit en voie marquée de diminution dans la pratique, par suite de la mise en vigueur des lois protectrices de la santé publique, de savoir si l'on pourrait dépister et faire avorter, des coliques de plomb annoncées par une hypertension survenue brusquement et ne s'accompagnant encore que de l'état de malaise prémonitoire de la crise.

Dans les attaques d'angor, la Mx augmente quelque fois de 4 et 5 centimètres de mercure, pour revenir après quelques minutes à un chiffre sensiblement normal, soit spontanément, soit par suite de l'administration de nitrite d'amyle ou de chloroforme en inhalations. Mais ce symptôme est loin d'être constant, et très souvent la crise ne s'accompagne pas d'une modification tensionnelle.

Les crises gastriques du tabes, l'urémie, les tachycardies paroxystiques ou d'origine nerveuse s'accompagnent fréquemment d'une hypertension transitoire.

Dans la tachycardie permanente de la maladie de Basedow, au contraire, c'est l'hypotension qui est de règle.

L'hypotension transitoire se manifestera chez les grands anémiés par hémorragies; elle annoncera les défaillances myocardiques avant de devenir

constante, une fois fléchie la puissance musculaire du cœur. Enfin, elle accompagnera les phénomènes de shock (1).

* * *

Nous avons étudié jusqu'ici des hyper ou des hypotensions portant sur les deux valeurs Mx et Mn. Il nous reste maintenant à voir les cas où une seule des deux est modifiée, l'autre étant normale ou même modifiée en sens inverse.

Nous avons indiqué que la défaillance du myocarde se traduit souvent par une diminution de la tension différentielle, surtout produite par une hypertension de la minima. Mais on conçoit que ce symptôme puisse se rencontrer pour des valeurs très différentes de la tension. En effet, les développements qui précèdent permettent d'entrevoir que la défaillance du myocarde chez un brightique habituellement hypertendu à 20-12 se traduira par une formule de tension du type 18-14 par exemple, alors que chez un autre, elle donnera 19-16 ou 14-12 par exemple. En résumé, on peut admettre que l'hypertension diastolique doit être considérée non de façon absolue, mais par comparaison à l'état d'équilibre tensionnel antérieur. Avec tension systolique invariable ou légèrement diminuée elle est un signe de défaillance myocardique.

L'hypotension diastolique, le Mx étant normale ou la plupart du temps élevée, est un indice à peu près certain d'*insuffisance aortique pure bien compensée*. Ce rapport est tellement fréquent que l'on peut poser l'aphorisme suivant : chez un cardiaque ayant une formule de ce genre, cherchez le souffle diastolique de la base et les autres signes périphériques d'insuffisance : vous les trouverez fort probablement.

Lorsque l'insuffisance s'accompagne de rétrécissement, la tension maxima est généralement moins élevée ce qui diminue un peu la valeur de la tension différentielle : au lieu d'avoir 18-5 ou une formule analogue, nous obtiendrons 14-5 par exemple; mais l'hypotension diastolique reste constante avec une Mx au plus normale. Il ne faudrait d'ailleurs pas attacher à ces modifications de la tension dans le rétrécissement aortique la même valeur qu'à la formule tensionnelle de l'insuffisance. Cette dernière est la seule des affections valvulaires qui ait une formule tensionnelle typique et les affections mitrales en particulier ne peuvent être décelées par l'étude de la tension artérielle. Nous n'insisterons pas sur la signification de l'hypotension systolique avec minima normale ou augmentée. Nous avons vu au cours de cette étude qu'elle rentrait dans la classe des diminutions de la différentielle traduisant une défaillance du cœur.

L'hypertension systolique accompagnant une diastole de valeur normale ou à peu près est le propre d'états en général peu graves répondant à ce qu'on appelle communément l'éréthisme cardiaque. Les cœurs irritables, tachycardiques par paroxysmes, « palpitants », donnent souvent des formules de cet ordre.

Il ne faut pas oublier que ces divers rapports pathologiques peuvent s'intriquer plus ou moins en raison de la superposition de plusieurs causes : il est clair qu'un grand hypertendu par mal de Bright porteur d'une insuffisance aortique syphilitique aura probablement une formule du type 27-12 par exemple. Dans cette formule, bien que l'on ne puisse proprement parler d'hypotension diastolique, on retrouve cependant la physionomie de la formule d'insuffisance, mais déformée par l'hypertension brightique surajoutée. Ces exemples pourraient être multipliés.

* * *

Dans toute l'étude précédente, nous avons fait peu d'allusions à la valeur de l'indice oscillométrique. Il est bon d'indiquer en quelques mots l'importance qu'il prend dans quelques cas. Comme le dit Pachon « toutes choses égales du côté de l'artère explorée, l'indice oscillométrique traduit la valeur de l'impulsion cardiaque ». On peut facilement en conclure qu'il s'affaiblira dans tous les cas de myocardite ou de défaillance cardiaque; qu'il restera normal chez les hypertendus simples bien compensés et s'exagérera parfois très notablement dans l'insuffisance aortique en état d'équilibre circulatoire où le cœur supplée par l'énergie de son impulsion au manque d'étanchéité de la valvule, et où l'impulsion sera d'autant plus brusque que le reflux sanguin sera plus fort. La valeur de l'augmentation de l'indice oscillométrique donnera donc, jusqu'à un certain point, une idée de la largeur de l'insuffisance. Cet indice normalement de 4 à 5 arrive parfois à 7 et 8 divisions du Pachon.

Les états hypotendus s'accompagnent généralement de diminution de l'indice oscillométrique, la même cause produisant les deux symptômes. Quelquefois dans les états myocardiques ou d'insuffisance aiguë l'indice oscillométrique ne dépasse pas 0,5, et est même inférieur. On conçoit combien dans ces cas, la mesure de la tension par l'oscillomètre est chose délicate et parfois impossible.

* * *

Ce travail nous semblerait incomplet si nous n'indiquions en quelques mots en quoi peut servir encore l'étude de la tensimétrie à l'appréciation fonctionnelle du cœur. Depuis ces dernières années cette évaluation de la valeur fonctionnelle a pris une grande importance, et certaines écoles étrangères semblent vouloir lui donner la préférence sur la méthode d'examen direct de l'organe par l'auscultation et la discussion des résultats sensoriels. Les médecins anglais, pendant la guerre, refusaient même d'entrer en discussion sur la nature d'un souffle, sur son organicité ou sa non-organicité, mais soumettaient le sujet aux diverses épreuves fixées et étudiaient le nombre de leurs pulsations et l'état de leur tension avant et après l'effort.

On peut admettre qu'un effort modéré (vingt flexions des genoux en une minute environ de façon à amener les fesses au contact des talons) amène chez un sujet normal une hypertension de la Mx et de la Mn de 2 à 3 centimètres de mercure, hypertension qui ne dure pas plus de dix à quinze minutes.

Si l'hypertension est très forte, surtout dans la Mn, causant une diminution de la différentielle, si elle dure très longtemps et est remplacée par une hypotension plus ou moins durable, si au contraire l'effort crée non pas une élévation mais une baisse

(1) A ce sujet, beaucoup d'auteurs (Cl. Vincent, Bosquette, Moulonguet) se sont demandés si l'hypotension qui était presque de règle chez les fantassins de la dernière guerre dans leurs tranchées, et était due aux mauvaises conditions d'existence (fatigue, froid humide, émotion) n'était pas génératrice des accidents de shock qu'ils présentaient si fréquemment après blessure, même légère.

des deux valeurs, qui peut durer de quelques minutes à quelques heures, on peut admettre que la valeur de l'impulsion cardiaque est inférieure à la normale, que le cœur est insuffisant, à un degré qu'on peut entrevoir par l'étendue des modifications. En un mot l'effort produit normalement l'hypertension, c'est la fatigue qui est la cause de l'hypotension, et le surmenage se traduit d'emblée par une diminution de la différentielle, formule éveillant d'emblée l'idée de déficience du myocarde.

* * *

Pratiquement, et pour résumer en quelques mots les données ci-dessus, nous pouvons admettre 5 catégories de malades présentant des troubles de la tension artérielle :

1° Les hypertendus vrais : ce sont le plus souvent des néphritiques chroniques menacés d'hypertrophie du cœur et voués à la défaillance myocardique dans un délai plus ou moins éloigné. A côté de ces hypertendus, certains ne présentent aucun symptôme rénal; ce sont les artério-scléreux, les « prescléreux »;

2° Les hypotendus vrais : maladies infectieuses, convalescences. Insuffisance endocrinienne — surtout surrénalienne — tuberculose. A noter l'importance pronostique que prend une élévation de la tension chez un tuberculeux habituellement hypotendu (hémoptysie);

3° Les hypertendus diastoliques, avec diminution consécutive de la tension différentielle : insuffisance myocardique, surtout chez un brightique;

4° Les hypotendus diastoliques : insuffisance aortique;

5° Les hypertendus systoliques : cœurs irritables, éréthisme cardiaque.

* * *

Telles sont les données, simplifiées dans leur établissement clinique et dans l'interprétation des résultats, auxquelles le praticien peut avoir recours dans ses examens quotidiens. L'instrumentation, aisément transportable peut être utilisée à la consultation comme auprès du lit du malade. Et les renseignements que fournit cette étude sont tellement précieux qu'un médecin habitué à cette technique fort simple se trouverait aussi désorienté s'il devait s'en passer que s'il devait renoncer à connaître la température de ses malades. L'avenir apportant des données nouvelles éclaircira bien des points encore obscurs de cette partie de la clinique. Mais d'ores et déjà le domaine est assez vaste et le terrain assez sûr pour que nous puissions et devions nous y engager à la suite des maîtres qui nous ont ouvert la voie.

BIBLIOGRAPHIE

AMBLARD. *Mesure clinique de la tension artérielle*, Paris 1909, Maloine; — La tension artérielle dans l'insuffisance aortique, *Presse méd.*, 16 août 1917; — Considérations sur la mesure clinique de la pression artérielle, *Tribune méd.*, déc. 1907; — La tension artérielle au cours de la tuberculose pulmonaire, *Monde méd.*, août 1918; — La tension artérielle en clinique. Mesure et valeur séméiologique, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1918, p. 817.

BACCARONI. Pression cardiovasculaire chez les cardiopathes, *Gaz. des hôpit.*, 1904, p. 996.

BARRÉ. La courbe oscillométrique. Sa valeur, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, avril 1918.

BARRÉ et STROHL. Etude comparée des méthodes générales de sphygmomanométrie, *Presse méd.*, 5 mars 1917.

BEYNE. Physiologie de l'aéronaute, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, oct. 1921.

BINET. Appareil circulatoire dans l'anesthésie générale, *Presse méd.*, 23 déc. 1918.

BLECHMANN. Etude du shock dans une ambulance de l'avant, *Réunion médicale de la IIIe armée*, et *Presse méd.*, fév. 1917.

BOULOUMIÉ. Tension artério-capillaire, *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 65.

CASTAIGNE. L'hypertension artérielle des néphrites chroniques urémigènes, *Cons. méd. franç.*, fasc. 69; — Etude clinique et thérapeutique de l'insuffisance du ventricule gauche survenant au cours des néphrites chroniques hypertensives et urémigènes, *Journ. méd. franç.*, 1918.

CORDIER et REBATTU. Etude comparée des méthodes palpatoire et oscillatoire dans la mensuration clinique de la pression artérielle, *Arch. des mal. du cœur*, déc. 1911.

COTTET. La méthode sphygmomanométrique auscultatoire. Etude clinique, *Presse méd.*, 8 oct. 1917.

DEHON, DUBUS et HEITZ. Mesure directe de la pression artérielle chez l'homme, *Soc. de biol.*, 18 mai 1912.

DELAUNAY. La courbe oscillométrique. Son étude analytique, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 28 oct. 1918; — Courbe oscillométrique et détermination de la pression artérielle maxima, *Ibid.*, 24 nov. 1918.

ETIENNE et RICHARD. La pression artérielle et les émotions de guerre, *C. R de la Soc. de méd. de Nancy*, 24 nov. 1918.

FIESSINGER. Les formes curables de l'hypertension artérielle permanente, *Acad. de méd.*, 16 avril 1912; — L'hypertension artérielle d'origine rénale, réaction de défense, *Acad. de méd.*, 6 janv. 1914; — Notions pratiques sur l'hypertension artérielle, *Journ. des prat.*, 4 mai 1918; — L'hypertension permanente des scléreux artériels non rénaux, *Journ. des prat.*, 1918, p. 457; — Les formes curables de l'hypertension artérielle permanente, *Journ. des prat.*, 1916, p. 185; — Le repos au lit et les crises hypertensives dans l'angine de poitrine organique, *Journ. des prat.*, 1914, p. 790.

FINCK. Sur quelques points de la technique sphygmomanométrique, *Lyon méd.*, 6 juin 1912.

GALLAVARDIN. *La Tension artérielle en clinique*, Steinheil, Paris 1910, et Masson, Paris 1920; — La mesure de la tension artérielle dans la pratique courante, *Lyon méd.*, 26 mai et 2 juin 1912; — Pression systolique oscillatoire ou palpatoire? *Lyon méd.*, 10 nov. 1912; — Sphygmomanométrie simple sans oscillations. Méthode Riva-Rocci-Ehret, *Journ. des prat.*, 3 et 10 janv. 1914; — La mesure de la tension artérielle dans la pratique médicale courante, *Lyon méd.*, 26 mai et 2 juin 1912; — *Journ. des prat.*, janv. 1914; — Les deux phases de l'hypertension artérielle; phase latente et phase troublée par compensation et insuffisance ventriculaire gauche, *Lyon méd.*, 29 juin 1913; — Sur un nouveau brassard sphygmomanométrique, *Presse méd.*, 9 sept. 1922, n° 72.

HUCHARD. Les trois hypertensions, *Journ. des prat.*, 1902.

HUCHARD et AMBLARD. La tension artérielle dans l'insuffisance aortique, *Journ. des prat.*, 1909, p. 338.

HUCHARD et BERGOUGNAN. La sphygmomanométrie clinique, *Journ. des prat.*, 1908.

JOSUÉ. Pression systolique et diastolique. Coefficients cardio-artériels, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 28 fév. 1908; — *Traité de l'artério-sclérose*, Baillière, Paris 1909; — Séméiologie sphygmomanométrique; coefficients cardio-artériels, *Paris méd.*, 1913; — Examen des aviateurs, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, 1918, p. 620.

LAUBRY. Sur un dispositif et un procédé sphygmomanométriques, *Soc. méd. des hôpit.*, 8 mai 1914.

LIAN. Comment mesurer la pression artérielle, *Paris méd.*, déc. 1913; — *Précis de technique clinique médicale* de Sergent (*séméiologie circulatoire*), édit. 1913 et 1916; — Les palpitations par hypertension artérielle aux armées, *Presse méd.*, mai 1916.

LIAN et MOREL. Exactitude de la méthode de Riva-Rocci, *Soc. de biol.*, 31 mai 1913.

LŒPER. La tension artérielle pendant la digestion, *Arch. des mal. du cœur*, 1912, p. 224.

MARFAN et DORLENCOURT. Recherches sur les appareils destinés à mesurer la tension artérielle, *Ann. de méd.*, juillet-août 1916.

MARTINET. *Clinique thérapeutique circulatoire*, Masson, Paris 1904; — *Presse méd.*, 1912-1916, passim; — Les deux hypertensions : fonctionnelle et lésionnelle, *Presse méd.*, 30 nov. 1912.
NATHAN. Brightisme et tuberculose pulmonaire, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 28 déc. 1917.
PONS. Contribution à l'étude de la sphygmomanométrie directe, *Th. de Bordeaux*, 1912.
PACHON. Sur la méthode des oscillations et les conditions correctes de son emploi en sphygmomanométrie clinique, *Soc. de biol.*, 8 mai 1909; — Oscillomètre sphygmométrique à grande sensibilité et à sensibilité constante, *Soc. de biol.*, 15 mai 1909; — Sur l'erreur de principe de la méthode de Riva-Rocci pour la détermination de la pression artérielle chez l'homme, *Soc. de biol.*, 12 juin 1909; — La mesure de la tension artérielle par la méthode des oscillations; l'oscillométrie pratique, *Paris méd.*, juillet 1911; — La pression minima, base des données sphygmomanométriques, *Livre jubilaire de Ch. Richet*, 1912, et *Presse méd.*, 22 mars 1913.
QUILLIEN. La tension artérielle dans le saturnisme, *Th. de Paris*, 1904-1905.
RECKLINGHAUSEN Détermination de la pression artérielle chez l'homme, *Arch. des mal. du cœur*, juillet 1911.
RIBIERRE. Les formes cliniques de l'insuffisance cardiaque, *Paris méd.*, 1914, p. 117.
RIVA-ROCCI. Un nouveau sphygmomanomètre, *Gazz. med. di Torino*, 1896; — La technique du sphygmomanomètre, *Gazz med. di Torino*, 1897.
SÉZARY. Pression artérielle et glande surrénale chez les tuberculeux, *arch. des mal. du cœur*, 1910, p. 73.
TCHERTKOFF. Contribution à l'étude de la pression artérielle. Méthode de Korstkow, *Revue méd. de la Suisse romande*, mars 1917.
TIXIER (de Nevers). *Paris méd.*, 1917-1918, passim.
VAQUEZ. Sphygmomanométrie clinique, *Bull. méd.*, 1903; — Les chutes accidentelles de pression au cours de l'hypertension permanente, *Acad. de méd.*, 11 mars 1919; — Tension artérielle dans le saturnisme aigu et chronique, *Semaine méd.*, 30 nov. 1904.
WEISS. Etude critique des procédés cliniques d'étude de la tension artérielle, *Journ. des prat.*, 16 janv. 1915.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1922)

L'hygiène et la santé publique aux Etats-Unis d'Amérique. — M. Léon BERNARD, invité par la Fondation Rockfeller à visiter les institutions d'hygiène publique et d'enseignement de l'hygiène des Etats-Unis, expose la conception générale qui inspire ces organisations, décrit quelques réalisations plus particulièrement importantes, et enfin insiste sur les résultats obtenus. Il ne peut s'agir d'ailleurs que de notations partielles, le régime politique et administratif des Etats-Unis, expliquant le défaut d'uniformité de ces organismes.

Les principes essentiels de la conception américaine sont les suivants : création de services publics d'hygiène assurés par des fonctionnaires spécialisés qui sont tous des techniciens dotés d'une autorité étendue; liaison régulière, organique, dans chaque Etat, entre les services de l'Administration centrale et ceux du territoire; développement des moyens d'action de ces services qui reposent sur les statistiques vitales, les laboratoires, et l'éducation populaire, et qui tendent à favoriser la précocité de l'intervention médicale, secondée et prolongée par celle de l'infirmière-visiteuse.

Ces principes sont appliqués dans nombre de villes et d'Etats.

Les statistiques vitales sont fondées sur les déclarations de maladies, mais aussi sur celles des naissances et des décès — celles-ci comprenant la cause de la mort certifiée par le médecin traitant — lesquelles relèvent des services d'hygiène.

Toutes les administrations sanitaires disposent de laboratoires, où l'on fait les examens utiles au diagnostic des praticiens, et où l'on poursuit des recherches scientifiques ; leur nombre est considérable (84 dans l'Etat de New-York, ville exclue, sous le contrôle d'un laboratoire central), et leur utilisation non moins active.

Dans ce domaine, comme dans les autres, on observe une collaboration étroite entre les médecins praticiens et les services sanitaires; la déclaration des maladies, contrôlée d'ailleurs par les services, est faite de manière satisfaisante ; pour les malades contagieux, porteurs de germes, tuberculeux, etc., demeurés sous le contrôle des médecins, ceux-ci tiennent les services sanitaires au courant ; d'autre part, les services n'exercent leur action ou leur autorité qu'en corrélation avec les médecins.

Ces services sanitaires emploient comme agents les infirmières-visiteuses ; il en est de même des institutions privées, des hôpitaux, de certaines sociétés commerciales ou industrielles, de compagnies d'assurances. Le rôle de l'infirmière-visiteuse comme dépisteuse de malades, éducatrice d'hygiène, protectrice de l'enfance, auxiliaire du médecin, est capital.

L'effort le plus énergique et le plus général s'est porté sur l'éducation populaire, réalisée par la diffusion des notions d'hygiène qu'ont poursuivie tant les œuvres privées que les administrations publiques.

M. Léon Bernard montre que, parallèlement au développement des organisations publiques, l'enseignement spécial de l'hygiène s'est considérablement perfectionné, et il insiste particulièrement sur l'Ecole d'hygiène de Baltimore, créée par la Fondation Rockfeller, et institution unique au monde.

Tout ce mouvement a abouti à un progrès notoire dans toutes les applications de l'hygiène, aussi bien pour l'alimentation des collectivités que pour le travail industriel, pour les transports que pour l'habitation, pour la propreté individuelle que pour la prophylaxie sociale,

Les résultats, M. Léon Bernard les résume en quelques chiffres. La mortalité par fièvre typhoïde est tombée, à New-York, à 3 pour 100.000 habitants. Dans cette cité, la mortalité des enfants de zéro à un an est de 71 pour 1.000 naissances, au lieu de 150 il y a quatorze ans; la mortalité tuberculeuse y est tombée, en trente-cinq ans, de 385 à moins de 100 pour 100.000 habitants. La mortalité générale de l'Union est descendue à 11,7 pour 1.000 ; la mortalité infantile, au-dessous d'un an, à 76 pour 1.000 naissances.

L'auteur attribue ces résultats à l'organisation générale des services publics d'hygiène, dotés de ressources suffisantes; à l'éducation populaire; à la formation de l'esprit médical; à l'amélioration des conditions générales de la vie; enfin, à l'abolition de l'alcoolisme.

Pour finir, M. Léon Bernard rend hommnge aux Mécènes de l'Amérique et, en particulier, à la Fondation Rockfeller, qui a tant fait pour l'amélioration de la santé publique dans le monde entier.

— Cette intéressante et instructive communication a été accueillie par de nombreuses marques d'approbation.

De la greffe ostéopériostique. Ses applications en chirurgie et ses résultats (299 observations). — M. H. DELAGÉNIÈRE (du Mans). La greffe ostéopériostique consiste en un ou plusieurs copeaux osseux doublés de leur périoste, d'une épaisseur de 2 ou 3 millimètres, de la largeur de la face interne du tibia sur laquelle on les prélève et d'une longueur variable avec chaque cas particulier.

Cette greffe est placée au niveau de la perte osseuse à reconstituer, elle s'y greffe, favorise l'ostéogénèse et évolue désormais comme un cal de fracture.

On peut, avec ces greffes, reconstituer n'importe quelle perte de substance osseuse et avec les plus grandes chances de succès.

En effet, sur 299 greffes ostéopériostiques, M. Delagénière a obtenu 266 succès, soit 88,9 p. 100, et presque tous les insuccès ont été observés au début de l'application de la méthode, alors que la technique n'était pas encore parfaitement établie.

Le levulose chez les diabétiques. — M. Marcel LABBÉ revient sur cette question qu'il a déjà traitée dans une première communication. Il faut distinguer l'acidose totale et

grave de la petite acidose résultant du jeûne qui peut être négligée.

La réduction des aliments reste l'un des meilleurs moyens contre la forte glycosurie avec acétonémie. Quant au levulose, il semble moins bien toléré que le glucose.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de trois membres correspondants nationaux dans la deuxième division.

La liste de présentation portait en première ligne : MM. Chavannaz (de Bordeaux), Gaudier (de Lille), Tixier (de Lyon).

En deuxième ligne : MM. Abadie (d'Oran), Boquel (d'Angers), Commandeur (de Lyon), Jeanne (de Rouen), Meriel (de Toulouse) et Phocas (d'Athènes).

Sont élus MM. Chavannaz, Gaudier et Boquel.

— Dans la séance du 12 décembre seront proclamés les prix.

La séance du 26 sera une séance solennelle pour commémorer le centenaire de Pasteur.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1922)

Constatations relatives à « l'iode colloïdal électrochimique ». — M. Lafay a constaté que ce produit s'élimine normalement, de la façon particulière aux huiles iodées, c'est-à-dire tardivement, lentement et longuement.

L'analyse démontre que ce produit ne contient pas trace d'iode libre, donc pas trace d'iode colloïdal, mais que tout l'iode y est au contraire à l'état de combinaison complète et stable.

La proportion du métalloïde n'atteint que 10 centigrammes par centimètre cube, au lieu du chiffre de 20 centigrammes mentionné dans les publications antérieures.

Quatre cas de syphilis gastrique. — M. Emile Weil, rappelant les travaux de M. Leven en matière de syphilis gastrique, cite quatre nouveaux cas qui guérirent cliniquement et qui s'améliorèrent anatomiquement par le traitement mercuriel ou novarsenobenzolique. Or, dans aucun cas (sténose médio-gastrique, sténose du cardia, linite plastique pylorique, ulcus pylorique avec tumeur), rien ne mettait sur la voie d'une syphilis possible : ni commémoratifs, ni stigmates, et, dans trois cas sur quatre, Wassermann négatif et sans réactivation. Un traitement sévère supprima cependant les troubles fonctionnels, fit disparaître la linite plastique dans deux cas, la tumeur pylorique et améliora le fonctionnement des sténosés cardiaque et mésogastrique, tandis que les malades engraissaient de 3 à 8 kilogrammes.

L'auteur conclut que l'existence d'une lésion organique de l'estomac doit suffire à évoquer l'idée d'une infection tréponémique et conduire, en tout état de cause, à un traitement d'épreuve qui sera souvent couronné de succès.

Le traitement de la syphilis en général et celui de la syphilis gastrique en particulier. — M. Leven. La syphilis paraît jouer dans la pathologie gastro-intestinal un rôle aussi important qu'en pathologie cardiaque, artérielle, nerveuse, méningée.

L'auteur estime avoir fourni la démonstration thérapeutique du traitement spécifique quand il guérit une gastropathie rebelle et douloureuse depuis des années, par le seul traitement antisyphilitique, laissant son malade, sans aucun régime alimentaire, celui-ci se nourrissant comme bon lui plaît.

Il insiste sur l'emploi des suppositoires hydrargyriques joints à la médication iodée. En particulier, pour l'iode, il n'a pas les craintes pour les néoplasies gastriques qu'inspire ce même traitement « pierre de touche » des cancers de la bouche et de la langue : des opérations, des examens histologiques le prouvent. D'ailleurs, les effets différents constatés au niveau des différents organes d'un même traitement spécifique ne doivent pas nous surprendre, et l'auteur croit au moment où il y aura autant de médication de la syphilis qu'il y aura de syphilis, qu'il y a de localisations de la syphilis. A ce sujet, peut-être un rôle important est-il dévolu à l'âge de la syphilis, à sa nature acquise ou héréditaire.

M. Leredde propose, en matière de syphilis gastrique, la formule suivante : « Chercher la syphilis, suivant la méthode nécessaire, chez tout dyspeptique et appliquer le traitement toutes les fois que la syphilis est certaine ainsi que dans tous les cas où il existe des présomptions; traitement associé, d'ailleurs, aux traitements habituels des dyspepsies. »

D'autre part, il ne croit pas qu'il existe de traitement de la syphilis spécial à chaque appareil ou organe : il y a un traitement « antisyphilitique ». Il n'y a pas de syphilis résistant à tel ou tel médicament : il y a la « syphilo-résistance » sans parler des cas où la résistance provient de doses insuffisantes.

On ne doit pas juger d'un traitement antisyphilitique autrement que par ses effets sur les lésions rebelles et sur le Wassermann et non sur des lésions faciles à guérir (gommes ou lésions à structure gommeuse comme le sont celles citées par M. Emile Weil.

Enfin, il faut compter, en matière de gastropathie syphilitique, sur des phénomènes passagers d'aggravation dus à la réaction d'Herxheimer : les agents thérapeutiques qui ne provoquent pas cette réaction sont d'activité insuffisante.

M. Alexandre Renault fait des réserves sur le traitement mixte iodo-mercuriel préconisé par M. Leven. Il faut, en effet, se méfier des lésions hybrides syphilo-cancéreuses (les méfaits de l'iodure sur le cancer ont été maintes fois signalés).

On devra appliquer la médication iodo-mercurielle avec prudence, étant donnée l'impossibilité de distinguer une syphilis gastrique d'une hybridité syphilo-cancéreuse. En principe : l'application du traitement mixte, et, si celui-ci cesse d'agir, suspendre sans délai en raison des dangers de l'iodure envers l'épithélioma.

M. Goubeau estime que le traitement de la syphilis doit toujours être le même, mais qu'il doit être mixte et même « triple mixte » (arsenobenzol, mercure, iodure). Le traitement d'épreuve ne doit pas être différent.

M. Dubois (de Saujon) rappelle un cas où, appelé en consultation, le professeur Vulpian avait diagnostiqué un « faux cancer » de l'estomac qu'il avait guéri avec des pilules au bichromate de potasse et des frictions répétées à l'iodure de potassium. L'auteur a eu lui-même trois cas semblables qu'il a traités de la même façon avec succès; actuellement, il emploierait de préférence le traitement mixte de M. Leven.

M. Hallion rappelle que chaque organe, chaque tissu possède un milieu intérieur créé et entretenu par lui-même et que, sans doute, ce milieu intérieur influe, soit sur l'agent pathogène, soit sur les conditions de l'agression médicamenteuse. N'est-ce pas à ces différences humorales que ressortissent pour une part les différences éventuelles d'efficacité relative des médications?

Des vérités et des erreurs sur le drainage biliaire par la méthode du tubage du duodénum. — M. John C. Hemmeter (de Baltimore) expose une série d'expériences très documentées ayant pour but de déterminer l'action pharmacologique du sulfate de magnésie ($mg\ SO_4$) sur la sécrétion et l'expulsion de la bile.

Régime alimentaire en clientèle et à l'hôpital. — M. Pierre Besse (de Genève) propose un ensemble de régimes alimentaires pouvant être utilisés spécialement dans les services hospitaliers. Voici les cinq régimes proposés :

1. *Régime normal* : pour le personnel, les malades et les blessés n'ayant pas besoin d'une diététique spéciale.

2. *Régime liquide* : eaux, tisanes, thé et café, bouillons divers et laits) pour la plupart des états aigus, pour les intoxiqués, les fébricitants.

3. *Régime des purées* : pour les digestifs et les convalescents; pouvant être encore utilisé pour les examens microscopiques des fèces.

4. *Régime carné* (plus exactement « azoté » : viandes, poissons, fromages, azote végétal comme le gluten...) pour les hypo-(« glandulaires », « asthéniques », « musculaires », « tendus »...), les adipeux et les glycémiques.

5. *Régime végétal* (fruits et légumes peu oxaliques, farineux peu azotés, graisses végétales...); régime désintoxiquant, hypoazoté et déchloruré ; pouvant également servir à la mise en équilibre pour les dosages urinaires.

Huile d'amalgame de bismuth par la voie intramusculaire dans le traitement de la syphilis. — M. Henry Bourges a utilisé l'amalgame de Hg et de Bi, selon la formule indiquée par M. Huerre à la Société de thérapeutique (séance du 14 décembre 1921).

Les injections sont intramusculaires et pratiquées comme pour l'huile grise avec une seringue de Barthélemy à la dose de 0g15 par semaine, chaque division de la seringue correspond à 1 centigramme d'amalgame (soit 7mmg5 de Bi et 2mmg5 de Hg).

Ces injections sont toujours bien tolérées, indolores et ne donnent aucune réaction locale ou générale; pas de stomatite, mais avec les soins habituels de la bouche et des dents.

L'auteur a traité : 6 syphilis primaires, 26 syphilis secondaires et 3 syphilis tertiaires. Les résultats sont les suivants :

1. *Syphilis primaires* : 0g30 ont été nécessaires pour les chancres primitifs ; une dose de 0g45 à 0g60 pour des chancres ulcérés.

2. *Syphilis secondaires* : doses de 0g75 à 1g80 pour les accidents en pleine activité; plus pour les accidents latents.

3. *Syphilis tertiaires* : en moyenne, il a fallu trois mois de traitement.

En résumé, résultats encourageants pour S1 et S2; résultats moins marqués pour S3.

Pour toutes les périodes, le Wassermann n'est que lentement modifié.

De ses observations, l'auteur conclut que :

L'amalgame de Bi constitue un bon traitement d'attaque du tréponème et surtout un excellent traitement de consolidation et d'entretien.

Sur une petite thérapeutique des acouphènes par le son et par transmission osseuse. — M. Louis Destouches (de Rennes). La méthode consiste en l'émission d'un son aigu par une sorte de tube tronconique, semblable à un sifflet, mesurant 7 centimètres de long, dont le diamètre d'ouverture buccale a 1 centimètre environ et contenant une lame vibrante. Le nombre des vibrations émises est d'environ 4.000 par seconde.

Les malades souffrant de bourdonnements d'oreilles dus à une névrite du nerf auditif et ordinairement consécutive à une sclérose de l'oreille moyenne mettent eux-mêmes en action ce petit appareil pendant quelques secondes. Le son est transmis par voie osseuse et les acouphènes sont ainsi immédiatement interrompus pendant une durée de quelques minutes à quelques heures, parfois même d'une façon définitive.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(Séance du 17 novembre 1922)

A propos de la tache bleue congénitale mongolique. — M. Henry (de Cayenne).

Quelques observations à propos de la recherche du vanadium chez microcosmus sulcatus et phallusia mamilata. — MM. Portes et Benoit ont repris les expériences de Hentze et donnent les résultats de leurs recherches à la fois physiologiques et chimiques effectuées sur ces deux types d'ascidies; ils discutent la question du chromogène et du pigment respiratoire.

Fistule stercorale. Traitement par la méthode intrapéritonéale. Laparatomie médiane. — MM. Lapeyre et Milhaud rapportent une observation de fistule stercorale, consécutive à un pincement latéral dans une hernie crurale. En raison du voisinage de l'artère fémorale de l'état des téguments, on préféra utiliser la laparatomie médiane, au passage en zone malade, résection de l'anse suture bout à bout. Guérison.

Méningite puriforme aseptique. — MM. Lisbonne, Leenhardt et Mlle Sentis rapportent l'histoire d'un petit malade qui à la suite d'un coup de chaleur présenta une réaction méningée puriforme aseptique intense avec rétention d'urée et de chlorures et qui guérit sans séquelles.

A ce propos ils discutent la signification de cette rétention.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Artériosclérose (2e édition, revue, corrigée et augmentée) [Collection des « Maladies de la cinquantaine », t. III], par Arthur LECLERCQ, lauréat de l'Académie de médecine, lauréat de la Faculté. In-8 carré de 200 pages. Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin.

NOTES POUR L'INTERNAT

ARRIÈRE-FOND DE LA FOSSE PTÉRYGO-MAXILLAIRE

Diverticulum de la fosse ptérygo-maxillaire ou fosse zygomatique de certains auteurs, avec laquelle elle communique largement par la fente homonyme. Intérêt à cause du passage du Nerf Maxillaire supérieur sur lequel on peut intervenir pour anesthésie régionale ou pour traitement de la névralgie faciale. — Deux chapitres à étudier : sa constitution osseuse, son contenu.

A. **CONSTITUTION.** — Petite cavité osseuse de forme pyramidale à base supérieure, sommet inférieur et trois parois.

1° **Paroi antérieure** : verticale, fournie par la partie supérieure et la plus interne de la tubérosité du maxillaire supérieur.

2° **Paroi postérieure** : oblique en bas et en avant, formée par la face antérieure de l'apophyse ptérygoïde creusée en gouttière, oblique en bas et en dehors Présente les trois orifices étagés suivant une ligne oblique en dedans et en bas; — du canal grand rond creusé dans la partie supérieure de la base de la grande aile du sphénoïde; — du canal vidien circonscrit par la base de cette grande aile et par la réunion des deux racines ptérygoïdiennes; — du canal ptérygo-palatin limité par l'apophyse sphénoïdale du palatin et l'apophyse vaginale de la racine de l'aile interne de la ptérygoïde.



FIG. 1. — *Paroi postérieure de l'arrière-fond.* — La lame verticale du Palatin a été coupée suivant un plan frontal passant par l'échancrure spheno-palatine.

S, E. Face exocranienne de la grande aile du sphénoïde. — S, O. Face orbitaire de la grande aile. — S. S. Orifice du sinus sphénoïdal — T, T. Tubercule sphénoïdal. — G, R. Orifice antérieur du canal grand rond avec le nerf maxillaire supérieur. — V. Orifice antérieur du canal vidien avec le nerf Vivien qui aboutit au ganglion sphéno-palatin. — P. Orifice antérieur du canal Ptérygo-palatin par où s'engage le nerf pharyngien de Bock. — S, P. Passage du nerf naso-palatin dans l'échancrure sphéno-palatine. — C, P. Passage du nerf Palatin antérieur dans le Canal palatin antérieur complété par la Tubérosité maxillaire. — C, A Entrée des nerfs Palatins moyen et postérieur dans le canal palatin accessoire.

3° **Paroi interne** : formée par une portion de la face externe de la lame verticale du palatin. En avant, union de cette lame avec la tubérosité maxillaire dans un angle arrondi. En arrière, union avec l'aile interne de la ptérygoïde, d'où formation en haut de l'Infundibulum (Juvara) dont le plafond est formé par le corps du sphénoïde et qui est le rendez-vous des conduits vidien, ptéryg -palatin et sphéno-vomérien latéral. En haut, trou sphéno-palatin limité par le bord supérieur échancré de la lame verticale, par les deux apophyses orbitaire et sphénoïdale du palatin et par le corps du sphénoïde. Cette paroi est parcourue par une large gouttière verticale qui descend en devenant plus profonde pour se continuer par le canal palatin postérieur au niveau du sommet de l'arrière-fond.

4° **Base ou extrémité supérieure** : sa partie externe s'ouvre dans la fente sphéno-maxillaire (communication de l'arrière-fond avec l'orbite). « Dans sa partie interne elle est limitée par un toit à deux versants : versant postérieur, sphénoïdal (angle d'union des parois antérieure et inférieure du sinus sphénoïdal); versant antérieur ethmoïdo-palatin (angle postéro-inférieur du labyrinthe ethmoïdal et apophyse orbitaire du palatin au-dessous de lui). » (J. Ramadier.)

5° **Sommet** : résultant de l'union des trois parois. L'arrière-fond se continue par le canal palatin postérieur constitué par les deux gouttières creusées, l'une aux dépens de la partie inférieure de la face externe de la lame verticale du palatin, l'autre aux dépens de la partie la plus reculée de la face interne du maxillaire supérieur en arrière de l'orifice du sinus. En outre, canaux palatins accessoires pouvant être constitués aux dépens de l'une ou l'autre des trois parois.

L'arrière-fond communique avec la fosse ptérygo-maxillaire par la fente ptérygo-maxillaire : fente triangulaire à sommet inférieur, à lèvre antérieure verticale (maxillaire) légèrement convexe, à lèvre postérieure (bord externe de la face antérieure de la ptérygoïde) légèrement concave, à base supérieure se réunissant avec la fente sphéno-maxillaire pour

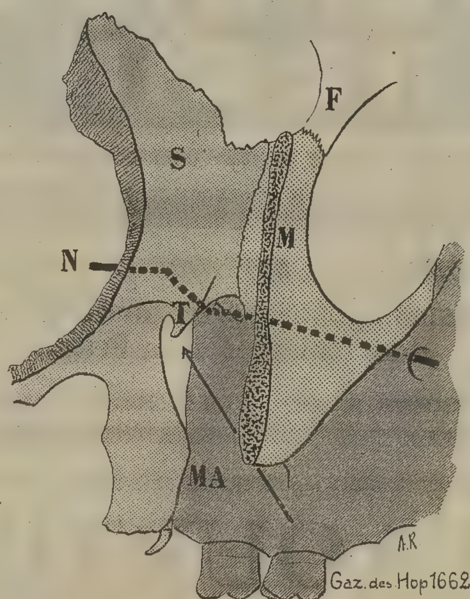


FIG. 2. — *Fente ptérygo-maxillaire.* — S. Sphénoïde. — M. Os malaire sectionné. — F. Apophyse orbitaire externe du frontal. — M, A. Maxillaire supérieur. — T. Tubercule sphénoïdal. — N. Trajet du nerf maxillaire supérieur.

former un fer à cheval qui embrasse dans sa concavité la tubérosité maxillaire. Elle présente en haut le tubercule sphénoïdal intéressant par ses rapports avec le nerf maxillaire supérieur car il cache en dehors la gouttière de ce nerf et empêche son atteinte par l'aiguille quand il est fortement développé.

Ainsi limité l'arrière-fond communique avec l'orbite par la fente sphéno-maxillaire, avec les fosses nasales par le trou sphéno-palatin et le conduit ptérygo-palatin, avec la cavité buccale par le canal palatin postérieur et ses canaux accessoires, avec la cavité cranienne par le canal grand rond.

B. **CONTENU.** — Au milieu d'une graisse fluide cheminent le nerf maxillaire supérieur, la portion terminale de l'artère Maxillaire interne accompagnée de ses veines et de quelques lymphatiques.

Tandis que l'artère occupe la partie basse de l'arrière-fond, le nerf occupe le plafond. Il arrive par le canal grand rond sensiblement horizontal, traverse la cavité suivant une direction oblique en bas et en dehors jusqu'à la partie supérieure de la fente au niveau de laquelle il est situé sur le même plan que la face inférieure de la grande aile du sphénoïde, en dedans du tubercule sphénoïdal. Puis arrivé contre la tubérosité du maxillaire, sur laquelle il marque son empreinte en gouttière, il se porte directement en avant et un peu en dehors pour pénétrer dans la gouttière sous-orbitaire bientôt transformée en canal. « Ainsi le nerf décrit deux

coudes et affecte dans l'ensemble un trajet en baïonnette. » (Poirier.) Dans ce trajet il donne : le Rameau orbitaire qui reste accolé à sa face supérieure jusque dans l'orbite, et le nerf Sphéno-palatin, unique ou divisé qui se porte en bas et

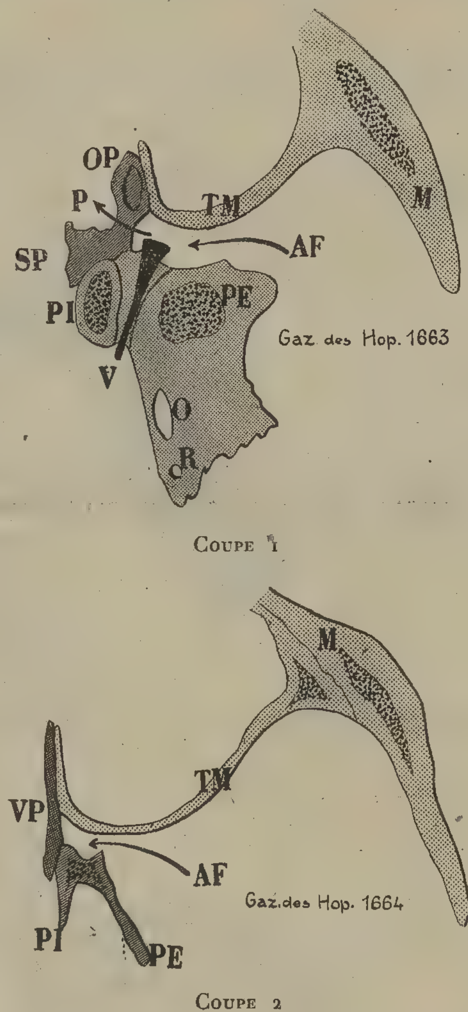


Fig. 3. — *Coupe 1* (d'après Juvara). — Coupe horizontale passant par l'épaisseur de la portion horizontale de la grande aile du sphénoïde. *Coupe 2* (d'après Poirier). — Coupe horizontale passant par la partie moyenne de l'apophyse ptérygoïde. M. Os malaire. — T, M. Tubérosité du maxillaire — O, P. Apophyse orbitaire du Palatin. — S, P. Apophyse sphénoïdale du Palatin. — P, I. Racine de l'aile interne de la Ptérygoïde. — P, E. Racine de l'aile externe. — V. Canal vidien qui contient le nerf vidien aboutissant au sommet postérieur du ganglion sphéno-palatin — O. Trou ovale. — R. Trou petit vond. — P. Flèche passant par l'échancrure sphéno-palatine. — A, F. Flèche passant de la fosse dans l'arrière-fond à travers la fente ptérygo-maxillaire. — V, P. Lame verticale du Palatin.

un peu en dedans vers le ganglion sphéno-palatin dans lequel il semble se terminer ; en réalité (Soulié), il ne lui abandonne que quelques filets ou racines du ganglion et passe sur sa face externe ou en avant de lui pour s'épanouir au-dessous de lui en rameaux terminaux : nerfs Nasaux supérieurs dont l'un (nerf Pharyngien de Bock) s'engage dans le canal Ptérygo-palatin, et les autres gagnent le trou Sphéno-palatin ; — nerf Naso-palatin passe par ce même trou ; — les trois nerfs Palatins : l'Antérieur gagne le canal palatin postérieur ; le Moyen et le Postérieur s'engagent dans les canaux accessoires ; — filets orbitaires gagnent la partie la plus interne de la fente sphéno-maxillaire. Enfin, au moment de s'engager dans la gouttière sous-orbitaire, le nerf Maxillaire supérieur donne les Rameaux dentaires postérieurs qui « descendent en bas et en avant, passent en dedans, quelquefois en dehors de la crosse de la Maxillaire interne sur laquelle ils sont coudés et pénètrent dans les orifices dentaires postérieurs » (Juvara). Le Ganglion Sphéno-palatin, en forme de cône à sommet postérieur, est logé dans la niche osseuse que forme l'extrémité antérieure évasée du canal vidien ; le nerf Vidien formé par un filet sympathique carotidien et les deux nerfs Grands pétreux superficiel (VII) et profond (IX) se jette dans son sommet. Le ganglion « se borne à envoyer des fibres en quantité plus ou moins grande aux branches terminales du nerf Sphéno-palatin » (Soulié).

L'artère Maxillaire interne pénètre dans l'arrière-fond par la fente ptérygo-maxillaire, en s'engageant parfois sous une arcade fibreuse tendue entre le tubercule sphénoïdal et la tubercule ptérygoïdien antérieur, après être passée soit sous, soit à travers le muscle Ptérygoïdien externe. Elle s'applique, très flexueuse sur la tubérosité maxillaire qu'elle creuse en gouttière ou déprime en fossette, et en suivant la tubérosité un peu au-dessous de son bord supérieur, elle traverse l'arrière-fond Elle passe dans un angle droit limité en haut par le nerf Maxillaire supérieur, en arrière par nerf et

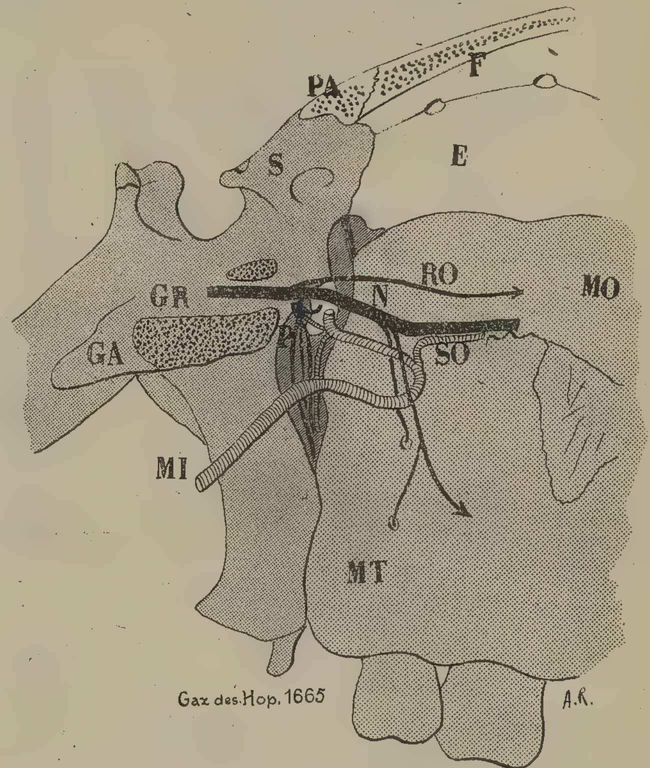


Fig. IV. — *Contenu de l'arrière-fond.* — F. Coupe de la portion orbitaire du Frontal. — E. Os planum de l'ethmoïde. — S. Corps du sphénoïde avec portion interne de la petite aile. — P, A. Coupe de la petite aile. — G, A. Coupe des deux racines de la grande aile. — G, R Canal grand Rond ouvert par la coupe et montrant le nerf maxillaire supérieur. — M, O. Face orbitaire du Maxillaire supérieur. — M, T. Tubérosité du Maxillaire. — N. Nerf Maxillaire supérieur donnant les Rameaux dentaires postérieurs. — R, O Rameau orbitaire. — P. Trois nerfs palatins au-dessous du ganglion sphéno-palatin en dehors duquel passe l'artère vivienne. — M, I. Artère maxillaire Interne. — S, O. Artère sous-orbitaire.

ganglion Sphéno-palatins et les nerfs Palatins, rapport très étroit. Elle se termine, soit en se continuant par l'artère Sphéno-palatine qui gagne le trou homonyme, soit par un bouquet de branches terminales : l'artère Sphéno-palatine ; — l'artère Vidienne qui passe en dehors du ganglion Sphéno-palatin et l'artère Ptérygo-palatine s'engagent dans l'infundibulum chacune par son canal respectif ; — l'artère Palatine supérieure ou descendante, volumineuse, née tout au fond. décrit une courbe à convexité antéro-interne et gagne le canal Palatin postérieur.

Veines satellites, multiples et grêles, faisant partie du système facial postérieur anastomosé avec les veines de l'orbite, constituent l'origine de la veine Maxillaire interne, simple, double ou plexiforme. — Quelques petits ganglions lymphatiques tributaires des fosses nasales et du voile.

Déductions chirurgicales. — *A.* **Anesthésie régionale** du maxillaire supérieur, dents supérieures et voûte palatine.

B. **Traitement de la névralgie faciale.**

Voies d abord de l'aiguille : 1° voie latérale ou zygomatique, soit au niveau du point de rencontre du bord antérieur de l'apophyse coronoïde avec l'arcade zygomatique, soit au milieu du bord inférieur de l'arcade zygomatique, soit voie latérale externe au bord inférieur de l'os malaire sur la verticale abaissée du bord externe de l'orbite. Dans tous ces cas, importance de la tubérosité du maxillaire que l'aiguille suit ; 2° voie antérieure ou orbitaire à l'angle inféro-externe du rebord orbitaire (Pauchet, Sourdat, Labat). Par ces procédés on atteint le nerf Maxillaire supérieur au Trou grand rond.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. gén. d'imp. et d'édit. 17, rue Cassette.

N° 97. — MARDI 12 & JEUDI 14 DÉC. 1922. 95e ANNÉE. MARDI 12 & JEUDI 14 DÉC. 1922. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Gobelins 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de la médaille d'or (*Médecine*). — Le jury est provisoirement composé de MM. Lion, Foix, Ribadeau-Dumas, qui acceptent; Garnier, Papillon, qui n'ont pas encore fait connaître son acceptation.

(*Chirurgie et accouchements*). — Le jury est provisoirement composé de MM. Duval, Schwartz, Savariaud, qui acceptent; Lardennois, Ecalle, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

HOPITAL ROTHSCHILD. — Un concours pour trois places d'internes à l'hôpital de Rothschild aura lieu le 22 janvier 1923. Les candidats devront avoir seize inscriptions au moins et être dégagés de toute obligation de scolarité. Ils seront nommés pour deux ans.

Les étudiants en médecine, désirant prendre part à ce concours, devront se faire inscrire à l'hôpital, 15, rue Santerre, le matin de 9 h. à 12 h., avant le 20 janvier prochain. — La circulaire portant les conditions du concours et le règlement intérieur de l'hôpital leur sera remise sur leur demande.

CONCOURS DE SAN-SALVADOUR. — *Epreuve clinique.* — Séance du 7 décembre. — M. Fohanno, 19.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Par arrêté en date du 7 décembre 1922, les concours qui s'ouvriront en 1923 pour l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie comprendront, outre les sections énumérées à l'article 1er de l'arrêté du 7 novembre 1922 et à l'arrêté du 28 novembre 1922, une section d'hygiène.

MARINE. — M. le médecin de 1re classe Le Borgne, démissionnaire, est nommé, avec son grade, dans la réserve de l'armée de mer.

UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE. — L'assemblée générale des 14, 15 et 16 décembre 1922 aura lieu au Palais des Fêtes de Paris, 199, rue Saint-Martin.

Première séance, jeudi 14 décembre, à 9 heures ; deuxième séance, à 14 heures; troisième séance, vendredi 15 décembre, à 9 heures; quatrième séance, à 14 heures; cinquième séance, samedi 16 décembre, à 9 heures; sixième séance, à 14 heures.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL COCHIN (professeur M. F. Widal). — Cours de perfectionnement, sous la direction de MM. Lemierre et Abrami, agrégés.

Premier cours. — *Maladies du rein* (6 leçons). — 1° Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin. 2° Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonéphtaléine. 3° Hypertension artérielle et oscillométrie. Procédés de mesure et interprétation.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). — Principes généraux du traitement Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). — Examen chimique : albumine, sucre, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

Deuxième cours. — 1° *Maladies du foie* (2 leçons). — 1° *Etude des ictères.* — Recherche de la bilirubine, de l'urobiline et de la stercobiline. Valeur de ces recherches. — Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. Tubage duodénal. — Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'auto-agglutination des hématies. 2° *Insuffisance hépatique.* Rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et

rétention biliaire. Insuffisance protéopexique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

Diagnostic des maladies typhoïdes (1 leçon). — Hémocultures et séro-diagnostic.

Réactions de fixation (2 leçons). — Généralités. Sérodiagnostic de la syphilis. Maladie hydatique. Lèpre, peste, mycoses. Réactions de floculation.

Cytodiagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). — Pleurotuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Examen du chimisme gastrique et duodénal (1 leçon).

Les deux cours ont lieu chaque jour, à 14 h., à la clinique médicale de l'hôpital Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines.

Trois séries de cours auront lieu dans l'année aux dates suivantes : lundi 15 janvier 1923, lundi 30 avril, lundi 3 septembre.

Le droit d'inscription est fixé à 100 fr. pour chacun des deux cours.

Prière de retirer les bulletins de versement relatifs à ces cours au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 15 heures.

RÉUNIONS BIOLOGIQUES NEURO-PSYCHIATRIQUES. — LABORATOIRE DE LA CLINIQUE DE LA FACULTÉ A L'ASILE SAINTE-ANNE. — La première des réunions biologiques neuro-psychiatriques, instituées sur l'initiative du professeur Claude, aura lieu le mardi 9 janvier 1923, à 15 h., à l'Asile clinique (1, rue Cabanis, XIVe). Les réunions suivantes seront annoncées à nouveau.

Devant la spécialisation des recherches qui réclame des techniques chaque jour plus précises, le professeur Claude a pensé qu'il serait bon de réunir les médecins désireux de se rendre compte par eux-mêmes et de façon objective des nouveaux procédés d'investigation en histologie et en physiologie pathologiques, en biologie générale, dans leurs applications à la neuro-psychiatrie. Des projections de coupes pourront être faites, des graphiques seront pris, les expériences ou les méthodes nouvelles démontrées en présence des auditeurs, de façon à être soumises à la discussion. Cette méthode évitera bien des tâtonnements à ceux qui voudront utiliser les procédés en question et donnera une plus grande valeur aux faits énoncés qui auront été soumis à l'appréciation de compétences reconnues.

Prière d'adresser la correspondance relative à ces réunions (annonces de communications, etc...) aux docteurs A. Brousseau et P. Schiff, asile clinique, Sainte-Anne.

NÉCROLOGIE

UN EXTERNE VICTIME DE SON DEVOIR. — Le mardi 5 décembre a eu lieu à l'hôpital Saint-Louis, la levée du corps de M. Baudet, le jeune externe des hôpitaux, mort, comme nous l'avons annoncé, dans son propre service, d'une maladie contractée au chevet des malades. Le ministre de l'hygiène a fait remettre à la famille, la médaille d'or des épidémies. M. le docteur Jules Renault, M. le doyen Roger, M. le docteur Belot, président d'honneur de l'A. E., M. Muller représentant le directeur de l'A. P., M. Bompart, vice-président du Conseil de surveillance ont pris successivement la parole et magnifié le sacrifice du défunt.

A l'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris, on nous a dit quelle fut l'admirable vie de cette victime du devoir.

M. Baudet meurt à l'âge de vingt-cinq ans. Sa famille habite Bourges; il y avait fait ses études au lycée, où il a laissé le plus durable souvenir d'un parfait camarade et d'un excellent élève. Ses parents l'envoyèrent à Paris pour faire ses études de médecine. Il fit son P. C. N. en 1915-1916, et en avril 1917, il fut appelé à la guerre. Sur le front comme partout, il fit brillamment son devoir et fut bientôt cité à l'ordre de la division. Atteint par les gaz, il dut être hospitalisé de longs mois à Bourges, puis à Luchon.

Au sortir de la bataille, il se remit vaillamment à l'étude et fut reçu au concours de l'externat, cet externat où il devait laisser sa vie. Se dépensant sans compter, remplissant scrupuleusement ses fonctions d'externe dans les services d'enfants de M. Jules Renault, à l'hôpital Saint-Louis, il prit au chevet des petits malades, la scarlatine qui devait l'emporter. Il s'alita le 20 novembre et dans la nuit de samedi à dimanche dernier, dans le service même où il était externe, il fut enlevé à l'affection des siens, à la profonde amitié de ses camarades et à la science et aux malades à qui il a sacrifié sa vie.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

BAIL A LOYER. DEMANDE DE PROROGATION FACULTATIVE

SOCIÉTÉ PROPRIÉTAIRE
INAPPLICATION DES ARTICLES 7 ET 13 DE LA LOI
DU 31 MARS 1922

Lorsqu'une société commerciale est propriétaire d'un immeuble, deux questions peuvent se poser au sujet de l'application de l'article 13 de la loi du 31 mars 1922 au sujet de la reprise de l'appartement pour l'exercice du droit d'habitation :

1° La Société elle-même peut-elle invoquer cette disposition légale ?

2° En cas de négative, l'un des membres de cette Société peut-il l'invoquer pour son propre compte ?

Le tribunal civil de la Seine a répondu négativement à ces deux questions dans son jugement du 25 juillet 1922. La décision intéressera tous ceux qui se trouvent dans la même situation que le locataire au profit duquel elle a été rendue. Le tribunal dit :

« Sur le droit de la Société B... et Cie de reprendre les locaux d'habitation :

Attendu que la Société B... et Cie, société commerciale, a été créée pour faire des actes de commerce et ne peut, en conséquence, occuper par elle-même des locaux pour usage d'habitation, au sens de la loi du 31 mars 1922, l'idée d'habitation impliquant nécessairement l'existence d'un être vivant qui habite, ne pouvant se concevoir quand il s'agit d'un être fictif comme une Société.

« Sur le droit de l'un des associés de se prévaloir de l'article 13 :

Attendu que le dit article déclare que « le droit à la prorogation instituée par l'article 742 n'est pas opposable au propriétaire qui justifiera d'un motif légitime pour occuper à titre d'habitation, par lui-même ou par ses ascendants ou descendants ou ceux de son conjoint... » et exige ainsi que la double qualité de propriétaire et d'occupant soit réunie en la même personne, ou établie entre personnes ayant une filiation limitativement énumérée audit article ;

Attendu que la Société B... et Cie est seule propriétaire à l'exclusion de chacun de ses membres ; que X... n'étant pas propriétaire ne peut, en conséquence, se prévaloir de l'article 13 pour s'opposer au droit de prorogation du locataire de la Société défenderesse.

Par ces motifs,

.... »

Le propriétaire, aux termes de l'article 13 de la loi du 31 mars 1922 doit justifier d'un motif légitime, à l'encontre du locataire, d'occuper ou faire occuper, à titre d'habitation, un local d'habitation. On ne se trouvait pas dans ce cas comme le dit le jugement.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

TRAITEMENT DES VARICES

PAR LES INJECTIONS PHLÉBO-SCLÉROSANTES DE SALICYLATE DE SOUDE

Par MM. J.-A. SICARD, J. PARAF et J. LERMOYEZ.

(Travail de l'hôpital Necker.)

L'idée de traiter les varices par les injections d'une substance capable d'en provoquer l'oblitération est de date très ancienne.

Dès 1850, la liqueur iodo-tannique fut utilisée, puis de 1872 à 1894, l'iode, la solution iodo-iodurée, le chloral, l'acide phénique furent tour à tour essayés en injections intravariqueuses. Mais, ces procédés locaux furent abandonnés après le Congrès de chirurgie de Lyon, en 1894, où la question des varices avait été mise à l'ordre du jour.

Cet abandon était dû à deux causes :

D'une part, les médecins de cette époque, peu familiarisés avec la technique des injections intraveineuses, commettaient de nombreuses erreurs d'aiguillage, favorisant ainsi la production d'escarres locales plus ou moins douloureuses ;

D'autre part, les liquides irritants en usage avaient non seulement une causticité trop puissante mais encore une toxicité propre qui rendaient suspects leur emploi.

* * *

Durant la guerre, l'un de nous (1) ayant remarqué que les injections intraveineuses de certains produits novarsenicaux trop riches en soude, sclérosaient rapidement les segments veineux du bras, au point d'introduction du médicament, et que cette phlébosclérose s'établissait sans douleur, sans œdème, sans gêne motrice, sans troubles trophiques, sans réaction phlébitique, sans le moindre incident de processus migrateur, pensa pouvoir tirer parti, pour la cure des varices, des propriétés oblitérantes du carbonate de soude, sel inoffensif pour l'organisme.

De nombreux sujets variqueux des membres inférieurs furent ainsi soumis aux injections de carbonate de soude avec les résultats les plus favorables. Mais si ce sel était dépourvu de toute toxicité, il se révélait malheureusement comme un caustique escarrotique énergique du tissu sous-cutané. L'injection n'était-elle pas strictement intraveineuse, quelques gouttes de la solution s'étaient-elles échappées dans le tissu ambiant périveineux, il en résultait à peu près fatalement une escarre de la dimension d'un demi à deux centimètres de diamètre environ, non douloureuse, il est vrai, mais d'une lenteur désespérante à se cicatriser. C'était là erreur de technique et non de méthode. Cependant, l'appréhension restait toujours grande pour l'opérateur, même lorsqu'il était familiarisé et entraîné à la manœuvre de la ponction veineuse.

(1) J.-A. SICARD. Le traitement des varices par les injections intravariqueuses de carbonate de soude, *Marseille méd.*, 23 janv. 1920. — SICARD et PARAF. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 18 nov. 1920, n° 34. — SICARD, PARAF, FORESTIER. Pathologie des veines, *Journ. méd. franç.*, sept. 1921. — H. ROGER (de Marseille). Quelques mots d'historique à propos des injections intravariqueuses, *Marseille méd.*, janv. 1920. — BONNET. Les injections intravariqueuses de carbonate de soude, *Th. de Paris*, 1920. — MINET, AUSSET et DUTHOIT. Traitement des varices par les injections intraveineuses locales, *Nord méd.*, 1er juillet 1921. — SICARD, PARAF et LERMOYEZ. Les injections intravariqueuses de salicylate de soude, *Congrès de médecine*, nov. 1922.

Plus tard, MM. Montpellier et Lacroix [d'Alger](1) attirèrent l'attention sur l'emploi du biodure de mercure, jouissant des mêmes propriétés phlébosclérosantes que celles du carbonate de soude avec un minimum de danger réactionnel pour les tissus périveineux. C'était là un progrès.

Enfin, Genevrier (2) vient de préconiser les injections de sels de quinine.

* * *

Depuis que nous avons signalé les résultats vraiment remarquables que l'on pouvait attendre de la cure des varices des membres inférieurs par les injections locales, nous avons, en dehors du carbonate de soude, essayé d'autres substances sclérosantes, tels que le chlorure de calcium, l'hyposulfite de soude, le salicylate de soude. Notre choix s'est arrêté sur ce dernier produit. Le salicylate de soude provoque, en effet, la réaction sclérosante de l'endothélium veineux tout en étant d'une bonne tolérance vis-à-vis du tissu sous-cutané. Chacun sait en outre, que le salicylate de soude peut être injecté, en assez grande quantité, dans la circulation sanguine, sans dommage, et même avec avantages appréciables chez les arthritiques et les rhumatisants.

Dans notre pratique actuelle, nous avons donc substitué le salicylate de soude au carbonate de soude. Salicylate de soude et biodure de mercure (ce dernier sel indiqué par Montpellier et Lacroix), sont les deux seules substances phlébosclérosantes que nous utilisions. Quel que soit, du reste, le modificateur irritant choisi, aucun d'eux ne saurait mettre complètement à l'abri d'un sphacèle local, si l'injection est poussée malencontreusement et à taux suffisant dans la région périveineuse. Même avec le biodure de mercure, nous avons eu des réactions phlycténoïdes et ulcéreuses et il est probable que l'on observera également des faits semblables avec le salicylate de soude, au cas de trop grave erreur d'aiguillage. Il faut compter, en effet, avec les tissus sous-cutanés mal nourris des variqueux, tissus qui sont prompts à réagir aux corps chimiques injectés à leur contact. Mais il y a plus. On va voir que le défaut de technique n'est pas tout. Ehrenpreis (3) a montré que lorsque l'injection intravariqueuse était faite à ciel ouvert, après incision locale des tissus qui recouvrent la veine, « on assistait souvent, pendant qu'on pousse la solution carbonatée, à un reflux de ce liquide mêlé de sang qui vient inonder le tissu cellulaire sous-cutané et qui s'échappe de l'orifice de ponction veineuse ». Peut-être le reflux est-il moindre lorsque le vaisseau veineux non dégagé opératoirement, reste capitonné par les lames cellulaires ambiantes, mais il n'en est pas moins vrai que cette pathogénie doit être tenue pour exacte et suffit à expliquer les réactions de *périveinite* que l'on observe souvent, même lorsqu'on a la certitude d'avoir pratiqué très correctement, impeccablement, l'injection intravariqueuse. C'est là une raison de plus pour n'utiliser que des substances sclérosantes d'une tolérance aussi parfaite que possible pour le tissu cellulo-cutané.

(1) MONTPELLIER et LACROIX (d'Alger). Les injections intravariqueuses de biodure de mercure, *Presse méd.*, 1922.

(2) GENEVRIER. Les injections intravariqueuses coagulantes de quinine, *Monde méd.*, oct. 1922.

(3) M. EHRENPREIS. Traitement des varices par la méthode de Sicard, *Soc. méd. du 9 arrond.*, 13 oct. 1921.

Nous employons le salicylate de soude pur aux trois taux suivants : 20 grammes, 30 grammes ou 40 grammes p. 100 d'eau distillée en ampoules stérilisées de 3 centimètres cubes (1). Chacune d'elles contient donc respectivement 0g20, 0g30 et 0g40 de salicylate de soude par centimètre cube. Nous tâtons la susceptibilité du sujet en injectant d'abord dans la veine variqueuse 1 à 2 centimètres cubes de la solution à 20 p. 100. On examine, le lendemain, la réaction locale ainsi provoquée et suivant les résultats obtenus, on s'adresse à un taux supérieur. Nous n'avons jamais dépassé le taux de 40 p. 100.

Dans la même séance, on peut s'attaquer à d'autres segments veineux de voisinage; et c'est ainsi que nous avons pu injecter en plusieurs régions différentes une dose globale de 2 grammes à 3 grammes de salicylate de soude, sans aucune nocivité ou réaction générale.

On comprend que dans le cas d'une varice isolée, une seule injection soit suffisante pour maintenir la guérison, tandis que s'il existe de gros paquets variqueux multiples disséminés, le traitement sera beaucoup plus long.

Certains sujets ont reçu dans ces conditions de 15 à 20 injections avant que nous ayons obtenu l'oblitération du réseau veineux dilaté.

Nous ne procédions, au début, qu'avec une extrême prudence, traitant un seul segment variqueux et parcimonieusement. Aujourd'hui, comme nous le rappelions plus haut, nous sommes moins réservés sur le nombre des injections, et après nous être rendu compte, dès les premières piqûres, de la modalité réactionnelle des veines variqueuses, nous n'hésitons pas à traiter à la fois les deux membres inférieurs et à injecter les varices en plusieurs départements différents. C'est là, un des grands avantages du salicylate de soude sur le biodure de mercure, de pouvoir être utilisé en piqûres multiples dans une même séance, puisqu'il n'est pas toxique.

Lutembacher (3), Gilbert, Coury et Bénard (2), Lesné, Weill-Hallé, Guinon (4) ont montré l'innocuité au point de vue général de l'injection intraveineuse de salicylate de soude. Ces mêmes auteurs ont étudié l'action favorisante de ce sel sur la guérison du rhumatisme articulaire aigu et de la sciatique. A la dose et de la façon dont nous employons le salicylate de soude, nous n'avons jamais eu de choc hémoclasique.

Les injections intravariqueuses de biodure de mercure [voir posologie en note] (Montpellier et Lacroix) doivent également être maintenues dans la pratique. Elles sont d'unemploi facile et nous les avons souvent mises en usage, au taux de deux centimètres cubes, avec les meilleurs résultats, surtout lorsque les varices s'accompagnaient d'ulcères variqueux et que l'on était en droit de soupçonner un terrain syphilitique. Le biodure de mercure a malheureusement un inconvénient, celui d'être toxique, si on l'emploie « largement » dans une même séance, et cet autre désavantage de provoquer, au cas de traitement prolongé, les réactions gingivales, à la façon du reste, de toute cure mercurielle. De plus, le variqueux non syphilitique se résoudra difficilement à poursuivre ce traitement, lorsqu'on l'aura renseigné sur la nature hydrargique du produit injecté, tant survit l'appréhension chez le non spécifique de la médication mercurielle.

Nous n'avons pas d'expérience suffisante des sels de quinine dont se sert Genevrier. Nous avions été mal impressionnés, à vrai dire, à l'égard de cette substance. L'un de nous avait pu malheureusement juger dans la XVe région, avec son collaborateur Roger, du pouvoir escarrotique de la quinine chez les rapatriés paludéens de l'armée d'Orient soumis aux injections quiniques sous-cutanées ou intramusculaires.

*
* *

Nous renvoyons à notre article du *Journal médical français* (1) pour tous les points de technique. Quand il s'agit de varices de la cuisse, le sujet est injecté debout sur un lit à battants appropriés, pour qu'il puisse, en cas de troubles émotifs, s'allonger immédiatement; quand il s'agit de varices des jambes, nous le faisons asseoir sur une chaise, celle-ci juchée sur une table. De cette façon la jambe est pendante à la portée de l'opérateur. Il est inutile et même préjudiciable pour obtenir la turgescence des varices de se servir d'un lien constricteur. Pierre Delbet a montré que ce lien constricteur faisait office de valvule et dégonflait la varice au lieu de la faire saillir.

A part l'émotivité ou les troubles nerveux qui résultent de l'appréhension ou de la pusillaminité de certains sujets et qu'il faut prévoir lors des premières injections, aucune réaction d'ordre général n'apparaît. Par contre, on observe deux phénomènes locaux :

C'est d'abord une vaso-constriction du segment sus-jacent très nette avec l'emploi du carbonate de soude, moins apparente avec l'utilisation du biodure de mercure ou du salicylate de soude. Cette vaso-constriction s'accompagne souvent d'horripilation du tégument de voisinage.

C'est ensuite l'apparition, quelques secondes après l'injection, d'une *crampe*, parfois très vive, mais toujours supportable, et qui disparaît totalement en quelques minutes

Parmi les effets secondaires, il n'y en a vraiment qu'un seul, un effet local : c'est le processus favorable de l'*endoveinite* à tendance oblitérante. C'est à dessein que nous proposons cette expression d'*endoveinite*. Il ne s'agit pas en effet, de phlébite à proprement parler, et le terme d' « injections coagulantes » dont se sert Genevrier ne nous paraît pas l'expression de la vérité pathogénique. Le mélange *in vitro* de sang et d'une solution de salicylate de soude, bien loin de provoquer la coagulation, entrave au contraire la formation du caillot. Le processus *primitif* chimique réside dans la réaction de l'endothélium veineux avec thrombus secondaire. Le thrombus contracte secondairement des adhé-

(1) Mlle Hardy, notre interne en pharmacie, a bien voulu établir le point cryoscopique de la solution salicylée sodique du taux de 20 grammes et de 30 grammes p. 100 d'eau distillée. Les points cryoscopiques sont à — 4°23 et — 5°75. La solution de biiodure de mercure (biiodure de mercure, un centigramme; iodure de sodium, un centigramme; chlorure de sodium, un centigramme; eau distillée, un centimètre cube) cryoscope à — 0,54. La solution de chlorure de calcium à 20 p. 100 d'eau distillée cryoscope à — 4°99.

(2) Lutembacher. Injections intraveineuses de salicylate de soude, *Soc. de biol.*, mai 1921; — *Bull. méd.*, oct. 1922. — Schlesser. *Th. de Paris*, 1922.

(3) Gilbert, Coury et Bénard. Salicylate de soude et rhumatisme articulaire, *Soc. de biol.*, 23 juillet 1921.

(4) Lesné, Weill-Hallé, Guinon, etc. *Soc. de pédiat.*, 1922.

(1) Sicard, Paraf et Forestier. Pathologie des veines. Des injections intraveineuses, *Journ. méd. franç.*, sept. 1921.

rences *intimes* avec la paroi. Cette endoveinite par toxique irritatif local doit être différenciée de l'endophlébite infectieuse classique.

Souvent aussi, surtout avec le salicylate de soude, il se produit une réaction de *periveinite*. Le cordon veineux oblitéré est entouré d'une zone empâtée, légèrement rosée et peu douloureuse au doigt qui la palpe. Cette zone de réaction inflammatoire periveineuse s'étend souvent sur une longueur de plusieurs centimètres. Elle est le témoin le plus sûr de la guérison définitive du segment veineux qui en est le siège.

*
* *

Peut-on appréhender, en utilisant ces injections, l'éclosion d'une phlébite vraie? Peut-on craindre également, avec ou sans phlébite, la possibilité d'une migration? C'est évidemment la question que nous nous étions adressée dès 1915 au début de ces tentatives thérapeutiques et c'est l'argument qui nous a été opposé de différents côtés, par les chirurgiens notamment, à qui nous avions parlé de ces procédés d'oblitération veineuse médicale.

Or, sur plusieurs centaines d'injections faites depuis 1915, puisque, actuellement, on pratique dans le service à Necker une moyenne mensuelle de quarante à cinquante injections intravariqueuses, nous n'avons jamais noté un cas de phlébite, à plus forte raison de migration de caillot.

Beaucoup de médecins de province nous ont écrit pour nous faire part de leurs succès. Aucun ne nous a signalé d'accidents. Un seul fait est venu à notre connaissance. Une femme de ménage, d'une soixantaine d'années environ à tendance pléthorique aurait succombé brusquement au deuxième ou troisième jour d'une injection intravariqueuse carbonatée sodique, sans que l'on ait pu élucider la cause du décès : hémorragie cérébrale? angine de poitrine? Rien ne permit, en tous cas, de conclure avec certitude à une migration de caillots.

Il est évident que les injections locales ne sauraient être une panacée universelle applicable à tous les états variqueux. Certains malades à gros ulcères et à téguments périvariqueux très dystrophiques sont bien peu susceptibles d'amélioration. L'indication principale de la méthode est la varice inesthétique, la varice isolée ou le paquet variqueux également isolé, accompagnés ou non de douleur. C'est dans ces modalités variqueuses que l'injection fait merveille et réalise des guérisons surprenantes. La gêne douloureuse variqueuse cède aussitôt, la grosse varice disparaît complètement sans laisser aucun reliquat, aucune cicatrice et le tégument reprend sa souplesse, son aspect normal, sans laisser deviner quoi que ce soit de l'énorme lac veineux antérieur, et sans qu'il y ait motif d'appréhension migratrice dans ces cas de dilatation veineuse isolée.

Si quelque crainte de migration était à redouter nous envisagerions cette éventualité beaucoup plus dans les cas de grosses varices multiples et diffuses des jambes, lorsque les communications du système veineux superficiel avec le système veineux musculaire se font à plein canal béant à travers la boutonnière largement angulaire, qui donne au doigt palpant profondément, l'impression d'un méplat taillé à l'emporte-pièce, ou d'une petite hernie aponévro-musculaire. Dans ce cas nous exagérons encore la prudence et nous commençons par les injections à petites doses de 1 à 2 centimètres cubes, au taux de 20 à 30 p. 100, poussées très lentement. Le processus d'endoveinite se développe alors lentement avec tous les gages de sécurité.

Les *résultats éloignés* sont des plus favorables. Plusieurs malades traités depuis 1916 et que nous avons revus n'ont plus souffert et leurs varices, n'ont pas récidivé. Il s'agissait à vrai dire de varices isolées, surtout de varices serpentantes à la face antérieure ou latérale du genou.

Un certain nombre de variqueux viennent après deux ou trois ans solliciter d'autres injections, de nouvelles varices ayant apparu à des points distants des lacis veineux antérieurement injectés. Un nouveau traitement est alors suivi des mêmes résultats heureux. Il ne faut du reste, pas plus escompter la cure radicale et définitive des grosses varices disséminées, nombreuses, à lacis multiples par l'emploi des injections intravariqueuses, que par l'opération sanglante. Dans l'un comme dans l'autre cas, après une période d'accalmie plus ou moins prolongée, les récidives sont à craindre. Mais la méthode des injections intravariqueuses gardera toujours à son actif sa facilité d'exécution, sa réalisation ambulatoire, son absence de douleur et, croyons-nous pouvoir ajouter, son innocuité.

ACTUALITÉS

L'ÉTIOLOGIE DES CIRRHOSES ALCOOLIQUES

Pour le foie, comme pour le rein, lorsqu'on a voulu en écrire la pathologie, on a fait des chapitres d'après le schéma : définition, étiologie, anatomie pathologique, symptômes, pronostic et traitement, schéma qui est parfait, quand il s'agit des maladies des poumons, du cœur, de l'intestin, mais qui encadre moins bien les affections hépatiques et rénales. La physiologie pathologique du foie est, en effet, beaucoup plus complexe que celle du poumon; la cellule hépatique subit des intoxications quotidiennes, et c'est son rôle dans la défense de l'organisme; de nombreux facteurs interviennent dans la genèse des maladies du foie, dont l'étiologie se trouve ainsi souvent difficile à préciser. Tel est le cas des cirrhoses dites alcooliques; on connaît bien leur symptomatologie, leur anatomie pathologique, tandis que les problèmes étiologiques qui s'y rattachent ne sont pas encore résolus. Il suffit, d'ailleurs, de relire la première observation de cirrhose atrophique relatée par Laënnec pour admettre comme vraisemblable qu'il s'agissait d'une cirrhose tuberculeuse. Villaret, Bénard et Blum (1) ayant posé, encore une fois, la question du rôle de l'alcool dans l'étiologie des cirrhoses dites alcooliques, l'occasion nous est fournie de rechercher l'état de l'opinion médicale actuelle sur ce sujet.

Nous devons remarquer d'abord que, depuis longtemps, les observateurs attentifs ne sont pas satisfaits de l'équation cirrhose atrophique de Laënnec = alcoolisme. En 1895, Auscher (2) écrivait : « Les observations de cirrhose annulaire atrophique chez des malades qui n'avaient jamais fait abus ni même usage de produits alcooliques ont été produites de

(1) VILLARET, BÉNARD et BLUM. Contribution à l'étude étiologique des cirrhoses chroniques dites alcooliques. Arguments cliniques en faveur de leur nature alcoolo-syphilitique. *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutr.*, 1922, n° 5.

(2) AUSCHER. *Manuel de médecine* Debove et Achard, t. VI.

toutes parts »; et, un peu plus loin : « Le foie atrophique de Laënnec ne résume pas toute l'histoire de l'alcoolisme hépatique, et, bien plus, il n'est pas spécial à l'intoxication alcoolique. » Pour Chauffard (*Traité de médecine*, 1902), la cause déterminante majeure des cirrhoses veineuses, c'est l'alcool, mais « chaque jour voit s'étendre le domaine pathogénique des cirrhoses veineuses et nous montre mieux la multiplicité possible, et probablement aussi la complexité dans chaque cas des actions toxiques sclérogènes ».

Une curieuse enquête fut faite, en 1903, par Boix qui demanda aux médecins de répondre à un questionnaire détaillé sur la boisson habituelle du pays, sur la consommation du vin, des spiritueux, sur la fréquence des cirrhoses et de résumer ensuite l'impression générale sur le rôle de l'alcool et des boissons alcooliques dans la production des cirrhoses du foie (1).

A la question : « Connaissez-vous des cas de buveurs invétérés qui aient, pendant de longues années, supporté les boissons alcooliques (vins ou spiritueux) sans altération appréciable de leur foie ou de leur santé générale? » la plupart des confrères ont répondu : oui, avec exemples à l'appui. Le Dr Colin (de Quimper) remarque très judicieusement que si tous les buveurs invétérés étaient atteints de cirrhose, les cirrhotiques seraient légion. Parmi les confrères ainsi questionnés, les uns admettent, avec Lancereaux, que le vin est plus cirrhogène que les spiritueux; d'autres relatent n'avoir observé de cirrhose que chez les buveurs d'apéritifs et de liqueurs. De cette enquête, résulte aussi cette notion qu'il faut distinguer l'alcoolisme des villes et celui des campagnes, voire l'alcoolisme des pays de plaine et des pays de montagne. En somme, action nocive de l'alcool sur le foie, certaine, mais avec des variantes individuelles d'une étendue très considérable. Il en est de l'alcool comme du plomb, comme d'autres poisons. Ne voit-on pas des ouvriers qui manient les sels de plomb, pendant des années sans grands malaises, alors que d'autres ont des accidents saturnins après quelques mois? Par conséquent, puisqu'il y a des alcooliques en nombre incalculable, et que les cas de cirrhose alcoolique de Laënnec sont relativement rares, on peut se demander si, pour faire une hépatite chronique atrophique avec ascite, il ne faut pas un autre facteur venant ajouter son action à celle de l'alcool. C'est ainsi que la tuberculose et la syphilis ont été soupçonnés à l'origine des cirrhoses de Laënnec et que, à la suite de recherches cliniques et expérimentales, ces deux infections ont été incriminées.

La tuberculose crée plusieurs variétés de cirrhoses : cirrhoses graisseuses, cirrhoses de Hutinel et Sabourin, cirrhose cardio-tuberculeuses. D'après Claude, Triboulet et Jousset, Tripier, Roque et Cordier, la tuberculose peut être la cause véritable des cirrhoses du type Laënnec; à l'appui de cette opinion, ces auteurs apportent plusieurs arguments. La clinique montre la coexistence fréquente, avec les cirrhoses veineuses, d'accidents tuberculeux pulmonaires, ganglionnaires ou péritonéaux; une poussée granulique terminale abrège parfois la vie du cirrhotique. Aux autopsies, les granulations de l'intestin et du mésentère, les placards de périhépatite et de périsplénite se rencontrent souvent. Les examens cytologiques et bactériologiques de liquide d'ascite, les réactions à la tuberculine, le séro-diagnostic d'Arloing et Courmont indiquent, dans un certain nombre de cas, que les cirrhotiques sont des tuberculeux. Mais, Villaret, Bénard et Blum combattent ces arguments ou plutôt admettent les faits, mais avec une autre interprétation. Pour eux, la tuberculose est une infection secondaire, trouvant chez le cirrhotique un terrain très favorable, du fait de la déficience de la cellule noble du foie; on sait que l'insuffisance hépatique favorise le développement de la tuberculose en provoquant l'anergie hépatique sur laquelle Fiessinger et Brodin ont récemment insisté. Quant à la lymphocytose du liquide d'ascite et aux résultats positifs de l'inoculation de ce liquide, Villaret, Bénard et Blum ne les considèrent aussi que comme phénomènes tardifs, ne survenant qu'à la suite de ponctions réitérées ou en cas de tuberculisation secondaire. Pour eux, l'ascite des cirrhoses est avant tout de nature essentiellement mécanique; elle est un des éléments du syndrome d'hypertension portale; l'étude réfractométrique, les réactions de Rivalta, de Gangi, du collargol sont en faveur de la nature transsudative de l'épanchement; la formule de l'ascite non ponctionnée est une formule endothéliale (Gilbert et Villaret). Comme résultats de l'inoculation d'ascite cirrhotique aux cobayes, Villaret n'a obtenu que deux fois sur quinze une tuberculisation et encore s'agissait-il dans ces deux cas de cirrhose ancienne, d'ascite de longue date et souvent ponctionnée. Conclusion : l'infection tuberculeuse a un rôle cirrhogène, mais l'association alcool-tuberculose réalise beaucoup plus des cirrhoses graisseuses du type subaigu que des cirrhoses chroniques de Laënnec.

La syphilis, associée à l'alcoolisme, joue d'après Villaret et ses collaborateurs, un rôle capital dans l'étiologie des cirrhoses veineuses. Letulle et Bergeron, en 1912, avaient trouvé sept fois, sur dix-huit cirrhotiques, une réaction Bordet-Wassermann positive; en 1918, ils avaient soumis 154 cas de cirrhose à l'épreuve de Wassermann, avec 74, c'est-à-dire près de la moitié, résultats positifs.

Le professeur Letulle, étudiant la péritonite syphilitique (1) associée à la cirrhose du foie, donne les aspects macroscopiques et microscopiques des lésions : apparence nacrée ou émaillée de diverses régions du péritoine, anses grêles augmentés de volume avec aspect de boudin blanc; au microscope un tissu néo-conjonctivo-vasculaire qui laboure de fond en comble l'armature élastique de la séreuse péritonéale. Letulle termine ainsi son article : La cirrhose du foie ressortit souvent à la syphilis; la péritonite syphilitique accompagne très fréquemment la cirrhose et joue un rôle décisif dans la détermination de l'ascite; toute cirrhose ascitogène doit être soupçonnée de syphilis et mérite de subir l'épreuve d'un traitement antisyphilitique méthodique et prolongé.

Courtois-Suffit et Giroux ont relaté en 1919 quatre observations de malades hospitalisés pour cirrhose alcoolique ayant, tous les quatre, une réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang, avec Wassermann positif dans le liquide d'ascite pour trois d'entre eux; le traitement spécifique (cyanure de mercure intra-veineux et iodure de potassium) amena une grande amélioration (2).

---

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1903.

(1) LETULLE. La péritonite syphilitique, *Presse méd.*, 1918, n° 52.
(2) *Soc. méd. des hôpit.*, 24 janv. 1919.

Villaret, Bénard et Blum ont retrouvé fréquemment la syphilis dans les antécédents de leurs cirrhotiques; ils ont noté, chez plusieurs d'entre eux, des lésions de nature spécifique (aortite, abolition des réflexes rotuliens et achilléens, signe d'Argyll-Robertson, leucoplasie buccale). La réaction de Bordet-Wassermann, sur 13 malades, s'est montrée neuf fois positive; mais la prédominance de cette réaction dans le liquide d'ascite leur a paru constituer un fait relativement exceptionnel, et Villaret maintient son opinion sur l'origine mécanique de l'ascite même au cours des cirrhoses veineuses syphilitiques.

Une autre remarque faite par Villaret, Bénard et Blum leur fournit encore un argument en faveur de l'étiologie syphilitique des cirrhoses de Laënnec : ces cirrhoses ont nettement diminué de fréquence dans les hôpitaux aussi bien en Amérique qu'en France (1). Or, l'alcoolisme et la tuberculose n'ont pas diminué, la syphilis est bien de plus en plus fréquente, mais elle est beaucoup mieux traitée ; la médication plus active de la syphilis expliquerait que les cas de cirrhose de Laënnec deviennent plus rares.

Nous devrons donc désormais rechercher la syphilis chez les cirrhotiques du type Laënnec, qui sont peut-être, la plupart, des alcoolo-syphilitiques. De cette idée sur l'étiologie de l'affection, découle une indication thérapeutique : instituer un traitement antisyphilitique par les sels mercuriels et l'iodure de potassium, les sels arsenicaux ne devant être essayés que très prudemment en raison de l'insuffisance hépatique. Bouchard, Lancereaux avaient déjà obtenu des résultats avec le calomel chez les cirrhotiques. On peut aujourd'hui faire un traitement plus actif, par exemple avec le cyanure de mercure en injections intraveineuses. Courtois-Suffit et Giroux, Milian et Lelong (2) ont rapporté d'heureux résultats obtenus avec le cyanure de mercure ; Milian considère ce sel comme un excellent diurétique chez les syphilitiques atteints de lésions hépatiques ou rénales. L'iodure de potassium, à bonnes doses, ne sera pas oublié; il faut en prescrire 3 à 4 grammes par jour. Ce traitement antisyphilitique doit être institué le plus tôt possible, dès qu'apparaissent les premiers symptômes d'une cirrhose alcoolo-syphilitique ; son action devient, en effet, très douteuse quand beaucoup de cellules hépatiques sont dégénérées et quand des travées fibreuses de tissu conjonctif adulte sillonnent le foie (3).

M. BRELET.

La goutte. Sur quelques points controversés ou peu connus de son histoire, par Ch. FINCK (de Vittel). In-8 de 80 pages. Prix : 4 f. 50. — Paris, L'Expansion scientifique française.

(1) A l'Hôtel-Dieu de Nantes, vers la fin du siècle dernier, chaque service de médecine avait toujours des cirrhotiques en traitement; aujourd'hui, la cirrhose de Laënnec est devenue une rareté.

(2) MILIAN et LELONG. Le cyanure de mercure dans les cirrhoses veineuses et les néphrites syphilitiques, *Soc. méd. des hôpit.*, 28 juillet 1922.

(3) MM. Chauffard, Brodin et Debray ont traité quatre malades atteints de cirrhose avec ascite et présentant, avec des antécédents éthyliques, une réaction de Bordet-Wassermann positive, par des injections intraveineuses de cyanure de mercure. L'ascite a diminué; l'œdème des membres inférieurs a disparu; l'état général s'est amélioré. Pour prévenir la stomatite et la colite avec diarrhée qui pourraient survenir au cours de ce traitement, le professeur Chauffard conseille de donner chaque jour au malade 1 gramme de carbonate de bismuth, selon la méthode proposée par M. Milian. (*Soc. méd. des hôpit.*, 1922, p. 1.311.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1922)

Quelques précisions sur la morphogenèse de la cellule hématique. — M. L.-M. BATANCES.

Coccidie de l'intestin de l'anguille. — MM. L. LÉGER et A.-Ch. HOLLANDE.

(SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1922)

Etudes sur la fermentation lactique. Action à très faibles doses de substances en apparence inoffensives. — M. Charles RICHET et Mme A.-G. LE BAR ont constaté que des substances en apparence inoffensives, comme l'urée et le lait, peuvent exercer, malgré leur faible toxicité, malgré leur extrême dilution, une influence non négligeable sur l'activité d'un ferment. Il s'ensuit que les microbes, puisqu'ils réagissent à ces très faibles influences, ne se trouvent *jamais* dans des conditions identiques de développement et que leur individualité est modifiée par des actions dont la faiblesse nous échappe complètement.

Du rôle des ferments oxydants dans la production de la fièvre et des inflammations. — M. G. MARINESCO.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1922)

Diagnostic de la maladie d'Addison. — M. SÉZARY montre que les symptômes considérés comme pathognomoniques du syndrome d'Addison n'ont pas une valeur séméiologique absolue. La mélanodermie s'observe dans les affections hépatiques, les troubles thyroïdiens, les tumeurs hypophysaires, les lésions ovariennes.

L'hypotension artérielle existe chez des malades dont les surrénales ne présentent aucune lésion grave.

La ligne blanche de M. Sergent est, en réalité, une réaction vasomotrice normale décrite par Marey et par Vulpian dont l'absence, seule, constitue un phénomène pathologique. L'asthénie elle-même est un symptôme d'une banalité telle qu'on l'observe dans les affections les plus diverses, mais l'asthénie surrénale, comme celle de la paralysie bulbaire d'Erb-Goldflam se caractérise par une fatigabilité musculaire, que M Langlois a mise en évidence par l'ergographe et qu'on peut rechercher plus simplement en clinique à l'aide d'un dynanomètre.

En somme, la fatigabilité musculaire est anormalement rapide dans tous les syndromes addisoniens constitués : son absence pourrait faire rejeter l'insuffisance surrénale.

Il faudrait, cependant, étudier ce symptôme au début de l'affection et aussi dans ses formes frustes, à la condition que le diagnostic soit vérifié par l'autopsie.

Rhumatisme chronique syphilitique. — MM. BROUARDEL, L. GIROUX et LORY présentent un cas d'arthrite chronique syphilitique avec vitiligo et attire de nouveau l'attention sur l'importance étiologique longtemps méconnue de la syphilis dans l'évolution du rhumatisme chronique.

Présentation de deux nourrissons atteints de myotonie cervicale avec plagiocéphalie et craniotabes. — M. VARIOT.

Arthrite blennorragique séropurulente guérie par la sérothérapie intra-articulaire. Anaphylaxie sérique et injection intraveineuse de chlorure de calcium. — MM. WEILL-HALLÉ et TURPIN relatent un nouvel exemple, des plus démonstratifs, de l'efficacité de la sérothérapie intra-articulaire au cours du rhumatisme blennorragique. La résorption immédiate du liquide séropurulent qui suivit la première injection ne permit pas à ces auteurs de suivre les modifications cytologiques et bactériologiques notées par MM. A.

Lemierre et P. N Deschamps. Bien qu'il soit impossible dès son début, de pouvoir préciser l'évolution ultérieure d'une arthrite blennorragique, cette observation s'ajoute aux précédentes pour démontrer la valeur curative de ce traitement. Il s'adresse tout particulièrement aux formes phlegmoneuses, mono ou oligoarticulaires, et jouit de l'incontestable avantage de permettre au sérum injecté sous tension dans la cavité articulaire, d'agir au contact même de la séreuse, plus ou moins perméable où se localise l'agent pathogène.

A propos de la contagiosité de la coqueluche. — MM. Barbier et Renard signalent que la contagiosité se fait habituellement à la période préquinteuse et par l'entourage non atteint de phénomènes coqueluchoïdes. Ils considèrent donc que l'isolement, préconisé actuellement, est trop prolongé et que, dans une famille, il y aurait lieu d'exclure des écoles, les frères et sœurs d'un coquelucheux. En ce qui concerne ce dernier, l'isolement pourrait cesser quatre semaines environ après le début des quintes.

Encéphalite épidémique à forme mixte. Essai du traitement par injection intraveineuse de liquide céphalo-rachidien. — MM. Bourges et Breuil.

Fièvre typhoïde à forme rhumatismale et arthrotyphus proprement dit. — M. Bourges.

Sclérodermie aiguë. — MM. Laignel-Lavastine, Coulaud et Largeau présentent l'observation d'une malade atteinte de sclérodermie à évolution rapide. Cette sclérodermie, s'accompagnant d'algies articulaires, musculaires, osseuses et de fièvre, a évolué vers la cachexie et la mort en neuf mois Cliniquement, l'intensité des douleurs et la courbe thermique avaient fait songer à une streptococcie.

L'autopsie ne put être faite, mais le sang de la malade inoculée à des lapins produisit chez ces animaux une période de fièvre. Au cours de cette phase fébrile, le streptocoque existait dans le sang. Ces lapins sacrifiés à des dates diverses présentaient des lésions pulmonaires de type broncho-pneumonique, s'accompagnant de lésions d'artérite oblitérante extrêmement marquées. Chez tous les animaux, il existait des modifications de la structure du corps thyroïde. Ces modifications paraissent d'ordre toxique.

Les auteurs estiment que chez leur malade, le streptocoque, par l'intermédiaire ou non du corps thyroïde, peut avoir déterminé cette sclérodermie aiguë.

Trois cas d'exostoses ostéogéniques héréditaires familiales. — MM. Lenoble et Jégat (de Brest) publient deux cas d'exostoses ostéogéniques observés chez l'aïeul et le petit-fils. La mère de ce dernier présente les mêmes déformations osseuses. Les auteurs ne se rangent pas à l'opinion exclusive d'un facteur général pour expliquer une semblable affection. La tuberculose, la syphilis, les affections du système nerveux, le rachitisme, les troubles endocriniens ont tour à tour été invoqués. En se basant sur les caractères cliniques de leurs malades, sur l'anatomie pathologique des organes (appareils et glandes) et sur une observation publiée par l'un d'entre eux où les exostoses s'accompagnaient d'un syndrome syringomyélique d'origine lépreuse, ils concluent que trois facteurs sont indispensables pour produire une pareille affection : un état général, ici la tuberculose, capable de vicier l'ostéogénèse dans les générations successives; des lésions nerveuses pour expliquer la symétrie des lésions; des troubles endocriniens dont ils relèvent des stigmates incontestables chez leurs sujets.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1922)

Perforations d'ulcères du duodénum. — M. Hartmann fait un rapport sur trois observations adressées par M. Bergeret et Mlle Pommay. Il s'agit, dans ces trois cas, de perforations d'ulcères duodénaux traitées avec succès par l'enfouissement et la gastro-entérostomie postérieure.

M. Hartmann rappelle que M. Duval a proposé de traiter ces perforations par la gastrectomie. Il pense que M. Duval, en proposant ce mode d'intervention, s'est engagé dans une voie dangereuse. Si l'on compare, en effet, ses résultats avec ceux de l'enfouissement avec gastro-entérostomie postérieure, on constate que, par la méthode proposée par M. Duval, on s'expose à des accidents consécutifs et même à des dangers de mort, tandis que les résultats de la seconde intervention sont très généralement satisfaisants.

Voici, très brièvement résumées, les trois observations de Mlle Pommay et de M. Bergeret : 1er cas, homme de quarante-cinq ans, passé gastrique, brusque apparition du syndrome de perforation ulcéreuse, symptômes de péritonite, laparatomie, issue de pus et de sang, nettoyage, enfouissement d'un ulcère duodénal, gastro-entérostomie postérieure, guérison. Radioscopie ultérieure montrant le bon fonctionnement de la voie gastro-jéjunale, dix-huit mois après la guérison se maintient parfaite.

Les deux autres cas sont absolument superposables au premier. Guérison sans incident, malgré la gravité de l'état de ces malades. Pas de récidives, guérison se maintenant parfaite seize mois après. Signalons que, dans le second cas, c'est Mlle Pommay qui a opéré, assistée de M. Bergeret.

A ces trois observations, M. Hartmann en ajoute une quatrième qui lui est personnelle : Il s'agissait également d'une perforation d'un ulcère duodénal. Enfouissement, gastro-entérostomie postérieure, guérison. Donc quatre cas, quatre guérisons avec résultats éloignés excellents. On ne saurait obtenir mieux.

Examinant, d'autre part, les résultats de l'excision de l'ulcère proposée par M. Duval, on trouve 3 morts sur 8 cas et 9 récidives sur 64 cas. En terminant, M. Hartmann adopte les conclusions proposées, à ce sujet, par M. Lecène et engage ses collègues à apporter leurs statistiques relatives au traitement des perforations ulcéreuses duodénales.

Comme il fallait s'y attendre, cette intéressante communication deviendra le point de départ d'une discussion, plusieurs membrss s'étant fait inscrire.

Obstruction intestinale. — M. Roux-Berger fait un rapport sur une observation adressée par M. Baudin (de Chartres) : phénomènes d'obstruction, appendice sain, mais anse grêle dilaté et, au-dessus, une anse serrée par une bride fibreuse allant jusqu'à l'ombilic, libération, guérison.

Traitement des fractures malléolaires. — Second rapport de M. Roux-Berger sur cinq cas de fracture malléolaire traitée avec succès, par M. Leclerc (de Dijon), à l'aide de la réduction sanglante et du vissage de la malléole.

Subuxation du scaphoïde et fracture du semi-lunaire. — M. Mouchet fait un rapport sur une observation adressée par M. Eysséric (de l'armée).

Curiethérapie du cancer du col utérin. — M. Baumgartner analyse une observation communiquée par MM. Coulomb et G. Jean (de Toulon) : Femme de cinquante et un an, cancer du col ayant envahi les ligaments larges, inopérable; application d'un tube de radium; dilatation préalable à la laminaire, placement du tube de radium, laissé à demeure pendant trois jours; réaction péritonéale, signes d'obstruction, vomissements fécaloïdes, entérostomie, secondairement laparotomie, présence de pus dans le ventre; anse grêle fistulisée, étranglée par l'appendice, dégagement, appendicectomie, des troubles persistent, mort dix jours après l'intervention.

Il s'agit donc d'une péritonite pelvienne consécutive à la curiethérapie d'un cancer du col. On a déjà signalé plusieurs accidents de ce genre, quelques cas même mortels. Quelle part faut-il attribuer au radium dans la production de ces accidents? Telle est la question que pose M. Baumgartner. Faut-il aussi incriminer les manœuvres préparatoires intra-utérines faites préalablement à l'application du radium? Il semble bien, cependant, y avoir une relation de cause à effet après la curiethérapie.

Quoi qu'il en soit, on ne saurait trop recommander de recourir à l'antisepsie la plus rigoureuse, avant comme après l'application du radium.

M. Baudet a fait plusieurs applications de radium dans des cas de cancers du col et il n'a pas eu d'accidents consécutifs. Mais il s'abstient quand il y a des complications annexielles ou des signes d'endométrite. Dans un cas, étant parti pour introduire un tube de radium, en dilatant le col, il en vit

sortir du pus. Il s'abstint de se servir du tube de radium et la remplaça par un gros tube à drainage.

M. LAPOINTE fait observer qu'on a vu les mêmes accidents se produire après une simple dilatation, un curetage, sans radium.

M. DELBET fait remarquer que, dans le cas cité par M. Baumgartner, on a laissé le tube de radium en place, pendant trois jours, c'est beaucoup trop. Il aurait, au moins, fallu le retirer chaque jour, le nettoyer et antiseptiser la cavité utérine.

Commissions des prix. — La Société nomme les commissions des prix : pour le prix Dubreuil, MM. Rieffel, Lapointe et Cunéo ; pour le prix Marjolin-Duval, MM. Robineau, Lecène et Roux-Berger ; pour le prix Aimé-Guinard, MM. Gernez, Heitz-Boyer et de Martel.

— Parmi les présentations, signalons un ancien blessé présenté par M. Rouvillois, qui a été splénectomisé et, dont l'examen du sang, pratiqué longtemps après, n'a décelé aucune altération du sang.

Signalons également un malade présenté par M. Alglave qui avait eu un broiement du coude, insuffisamment réséqué à plusieurs reprises, et toujours ankylosé. M. Alglave l'a réséqué de nouveau largement et a pu aussi rendre à ce blessé tous les mouvements de son coude.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1922)

Réalité de l'hyperadrénalinémie par excitation du nerf splanchnique. — MM. TOURNADE et CHABROL, dans cette note, font la critique des expériences récentes de Zuntz et Govaerts (*C. R. de la Soc. de biol.*, t. LXXXVII, p. 881). On sait que ces physiologistes n'ont pu mettre en évidence dans le sang artériel prélevé au cours de l'excitation du splanchnique une quantité d'adrénaline capable d'exercer une action hypertensive chez le chien réactif. Mais ces échecs ne sauraient infirmer les résultats positifs obtenus par la méthode plus sûre de l'anastomose veineuse surrénalo-jugulaire.

M. A. LUQUET a étudié comparativement l'action du « **Diglucosidedioxydiaminoarsenobenzène** » et celle du dérivé « **Méthylène sulfoxylate de soude** » sur les globules sanguins du lapin, après injection intraveineuse.

Il a trouvé pour le glucoside une diminution globulaire moindre que pour le 914, et un retour à la normale beaucoup plus rapide.

Les globules blancs, dans les deux cas, ne paraissent que peu influencés.

Il n'y a eu leucocytose nette et inversion de la formule leucocytaire que pour l'injection de 914, à dose subtoxique (0gr15 par kilogramme).

La coagulation, dans aucun cas, ne paraît avoir été modifiée.

Recherches sur la coagulabilité du sang après irradiations in vitro. — MM. Ph. PAGNIEZ, A. RAVINA et I. SOLOMON poursuivent leurs recherches sur les modifications de la coagulabilité produites par l'irradiation, ont cherché si l'irradiation directe du sang in vitro était, ainsi qu'on l'a dit, capable d'amener une diminution du temps de coagulation analogue à celle qu'on observe après irradiation de certains territoires de l'organisme.

Ils ont constaté que le sang (d'homme ou de lapin) rendu temporairement incoagulable par addition de citrate ou d'oxalate et qu'on soumet à l'action des rayons X même à fortes doses, coagule après recalcification en un temps qui est le même que celui des échantillons témoins.

Le sang recueilli en tubes paraffinés et qui, de ce fait, coagule lentement peut être facilement soumis à une forte irradiation. Transvasé dans un tube ordinaire il coagule exactement en même temps que le témoin.

De l'ensemble de ces recherches on peut donc conclure que le sang, d'homme ou de lapin, n'est pas modifié dans ses aptitudes à la coagulation par l'irradiation in vitro et que l'augmentation, quelquefois considérable de coagulabilité observée après irradiation de certaines régions et en particulier de la région splénique ne doit pas être la conséquence d'une action directe des rayons sur le sang lui-même.

La leucopédèse gastrique après ingestion d'amidon. — MM. M. LOEPER et G. MARCHAL désignent sous le nom de leucopédèse l'afflux de leucocytes dans l'estomac après ingestion d'un aliment liquide. Cette leucopédèse, déjà considérable avec le bouillon, semble plus intense encore avec l'amidon, puisqu'elle atteint à la première heure 3.000 leucocytes par millimètre cube. Elle s'abaisse en général après une heure et demie. La quantité de globules blancs ainsi exsudés par la muqueuse représente plus de 300 millions d'éléments pour 125 centimètres cubes de liquide nutritif. Ces éléments sont pour les deux tiers des polynucléaires. Leur action amylolytique est appréciable mais semble plutôt entravée par le suc gastrique et par l'acide chlorhydrique.

Mesure des acides organiques à sels calciques solubles dans les selles. — MM. R. GOIFFON et F. NEPVEUX. Par une méthode très simple dérivée de celle de van Slyke et Palmer, il est possible de mesurer la totalité des acides de fermentation des matières fécales. Elle est plus exacte que les procédés de distillation qui laissaient de côté l'acide lactique et l'acide succinique, non volatiles. On obtient des chiffres qui peuvent varier de 15 centimètres cubes (selle normale) à 30 et 40 centimètres cubes (selle de fermentations) et 6 à 10 centimètres cubes (selle de putréfaction).

Sur les anticorps du sérum des lapins traités par le sérum antidiphtérique. — M J. VALTIS a recherché comment le sérum des lapins préalablement traités avec du sérum antidiphtérique se comporte avec l'antigène méthylique de Nègre et Boquet, l'antigène à l'œuf de Besredka et un extrait méthylique de bacilles diphtériques préalablement traités par l'acétone.

Le sérum normal de lapin dévie le complément avec l'antigène diphtérique, mais non avec les antigènes tuberculeux.

L'injection de fortes doses de sérum antidiphtérique antitoxique ou antimicrobien à des lapins n'augmente que faiblement leurs anticorps diphtériques normaux.

Elle ne confère pas au sérum de ces animaux la propriété de fixer l'alexine avec les antigènes tuberculeux.

Effets des injections de l'extrait méthylique de bacilles de Koch sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye et du lapin. — MM. L. NÈGRE et A. BOQUET ont traité des cobayes et des lapins infectés depuis huit ou dix jours avec le bacille tuberculeux par des injections d'extrait méthylique de bacilles de Koch, préalablement dégraissés par l'acétone, préparés suivant la technique qu'ils ont publiée.

Les injections de cet extrait, faites par la voie péritonéale ou la voie sous-cutanée, exercent une action favorable sur l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye et du lapin. Cette action se manifeste par une tendance à la localisation des lésions qui, chez les témoins non traités, évoluent plus rapidement et se généralisent dans tous les organes.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

GROUPE MÉDICAL PARLEMENTAIRE

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1922. — CHAMBRE DES DÉPUTÉS

La séance est ouverte à 17 h. 15.

1° M. le président donne lecture d'une lettre de M. Jean Crouzat, président de la Section de médecine de l'Association générale des étudiants protestant contre l'accession au *diplôme d'Etat*, de docteur en médecine accordé trop facilement et sans garanties suffisantes à certains étudiants étrangers, notamment à ceux originaires de nouvelles régions incorporées à la Roumanie.

Le Groupe prend acte et signalera ces faits à l'attention des ministres compétents, auxquels il demandera un examen plus attentif des titres scientifiques de ces étudiants.

2° Lettres du ministre de France en Autriche, demandant au Groupe d'intervenir pour faciliter la reprise des relations scientifiques des médecins et chirurgiens français avec leurs confrères austro-hongrois.

Le professeur Pinard soutient et appuie cette demande, recevable tant au point de vue scientifique pur, qu'au point de vue diplomatique. Il faut éviter que les confrères en question se jettent complètement dans les bras de l'Allemagne.

MM. Cazals, Daraignez, Guillois et Dézarnaulds prennent part à la discussion.

On rappelle le mémoire des intellectuels allemands, cause principale de la persistance du conflit : mais, les orateurs sont d'avis qu'il ne faut pas creuser entre les peuples et surtout des savants un fossé infranchissable et qu'il y ait lieu de tenir le plus grand compte de la suggestion particulière de M. le ministre de France en Autriche.

3° Lettres du docteur Levassor, secrétaire général de l'Association générale des médecins de France et du docteur Jayle, secrétaire général du Syndicat des médecins de la Seine, réclamant l'un et l'autre, au nom de leurs associations le maintien du ministère de l'Hygiène. Adopté à l'unanimité.

M. le président demande au docteur Gadaud, d'exposer au Groupe les modifications intéressantes et utiles à apporter aux attributions et au fonctionnement dudit ministère.

4° M. le docteur Grinda met le Groupe au courant de la situation du projet de loi sur les assurances sociales.

Cette conférence sera publiée.

Le secrétaire général,
Dr GILBERT LAURENT,
député.

Le président,
Dr CHAUVEAU,
sénateur.

ANCIENNETÉ DE SERVICES

M. Léon Baréty, député, demande à M. le ministre de la Guerre les raisons pour lesquelles, alors que l'article 27 de l'instruction ministérielle du 27 mars 1897, modifiée en 1912, accorde cinq ans de services comptant pour la retraite aux médecins aides-majors sortant de l'Ecole du Service de santé militaire de Lyon, cette même instruction n'accorde que quatre ans, à titre d'études comptant pour la retraite, aux médecins aides-majors sortant de l'Ecole principale du Service de santé de la marine à Bordeaux et versés dans les troupes coloniales faisant partie de la 2e section du budget de la guerre. (*Question du 21 novembre 1922.*)

Réponse. — Les services comptés à titre d'études préliminaires aux médecins des troupes métropolitaines et aux médecins des troupes coloniales sont conditionnés par le mode différent de recrutement de ces officiers. C'est ainsi que l'article 35 du décret du 23 mars 1852 accorde cinq années de majorations pour études préliminaires aux médecins des troupes métropolitaines tandis que, aux termes de l'article 22 de la loi du 7 juillet 1900 portant organisation des troupes coloniales, les médecins provenant d'une Ecole relevant exclusivement du département de la marine et versés dans les troupes coloniales, continuent de bénéficier des dispositions du décret du 24 juin 1886 (marine) dont l'article 17 attribue quatre années de majoration à titre d'études préliminaires aux officiers du corps de santé admis dans la marine. Mais il y a lieu de ne pas perdre de vue que les médecins des troupes coloniales ont droit à la retraite au bout de vingt-cinq ans de services dont six années de présence aux colonies, avantage dont ne bénéficient pas leurs camarades métropolitains qui ne peuvent y prétendre qu'au bout de trente ans de services. (*J. O.*, 7 déc. 1922.)

Le Catéchisme de l'asthmatique et de l'arthritique (les symptômes, les causes, le traitement), par Ed. DELTHIL, ancien président de la Société de médecine de Paris, lauréat de l'Institut, de l'Académie et de la Faculté de médecine, et J.-J. SÉDILLOT, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de médecine. Deuxième édition. In-16 raisin de 132 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, « L'Expansion scientifique française ».

NOTES POUR L'INTERNAT

L'ASTHME[1]

3° L'ASTHME RÉNAL. — L'asthme rénal se voit au cours des néphrites chroniques hydropigènes et surtout des néphrites urémigènes. Tantôt, il s'agit d'une simple *dyspnée toxi-alimentaire* (Huchard), forme la plus atténuée d'urémie digestive cessant par le régime lacté. Tantôt il s'agit d'une dyspnée plus grave, *sine materia*, à rythme de Cheyne-Stokes, avec tendance comateuse.

Parfois, on voit survenir des crises de dyspnée nocturne chez les malades atteints de *bronchite albuminurique* (Lasègue). Enfin, au cours de la néphrite chronique urémique, le malade a souvent des lésions de l'aorte et est exposé à faire des crises d'*œdème aigu du poumon*. L'artérioscléreux est souvent emphysémateux et, s'il survient chez le malade un paroxysme dyspnéique, il est très délicat de reconnaître si c'est l'emphysème ou l'artériosclérose qu'il faut incriminer. Il s'agira plutôt d'artériosclérose si la tension artérielle est augmentée, si le retentissement diastolique siège au niveau de l'orifice aortique, si les urines sont légèrement albumineuses. En général, ces faits sont complexes.

En résumé, on pensera à l'*asthme cardiaque*, quand la respiration est accélérée au lieu d'être ralentie, quand la dyspnée est inspiratoire plus qu'expiratoire; quand l'auscultation montre des râles sous-crépitants plutôt que des râles sébilants et quand ses râles fins occupent les deux bases, quand l'expectoration caractéristique de l'asthme manque; quand on constate des signes circulatoires, arythmie, hypertension, cyanose, œdèmes; quand il y a polyurie ou albuminurie; quand les causes déterminantes de la crise ont été la fatigue ou un écart alimentaire.

On doit penser à l'*asthme urémique*, quand l'asthme apparaît ou disparaît sous l'influence du régime alimentaire; quand les urines sont claires, albumineuses; quand on constate, en outre, des signes révélateurs d'une lésion rénale, bruit de galop, accentuation du deuxième bruit aortique, hypertension, etc.

Il est parfois difficile, dans certains cas, de savoir s'il s'agit d'un asthme cardiaque ou d'un asthme rénal chez un artérioscléreux, ou d'un rein cardiaque ou d'une néphrite chez un asystolique.

4° *Asthmes réflexes*. — Ils sont symptomatiques de lésions à distance :

a. Asthme cutané.

b. Asthme hystérique, qui survient chez certains sujets névropathes, et qui peut être conditionné par la présence d'oxyures, de tænia dans l'intestin (asthme vermineux).

c. Asthme lié à certaines lésions ovariennes ou menstruelles, chez des femmes nerveuses.

d. On a signalé aussi un asthme vésical chez certains prostatiques ou rétentionnistes vésicaux.

e. Asthme dyspeptique (Potain, Huchard) : il est caractérisé par l'apparition de l'accès sous l'influence de la digestion, et l'influence radicale du traitement, véritable pierre de touche.

ÉTIOLOGIE. — **Classiquement**, on trouve dans l'étiologie de l'asthme, trois facteurs : le terrain neuro-arthritique, l'hypersensibilité de la pituitaire, une cause déterminante.

L'hérédité, simulaire ou non, joue un certain rôle. La cause déterminante est soit une lésion des voies respiratoires, soit une cause lointaine réflexe, soit une lésion tuberculeuse minime ou larvée (Landouzy). Les modifications météorologiques, le froid, l'altitude, les poussières, etc., jouent un rôle important.

Les *récents travaux* établissent aujourd'hui la preuve de l'origine *anaphylactique* de l'asthme et le rôle d'un facteur d'ordre nerveux : l'hypervagotonie.

Chez ces malades, la crise éclaterait lorsqu'une infection ou une intoxication déclanche une excitation de la zone de la 10e paire, et lorsque des modifications humorales se sont réalisées.

On peut trouver de nombreux points de ressemblance entre les accidents du choc anaphylactique et la crise d'asthme :

— même brusquerie du début de la crise,
— même rapidité dans la terminaison,
— mêmes troubles dyspnéiques violents,
— des cellules bronchiques avec éosinophilie dans les deux cas,
— même action protectrice de certains médicaments : atropine, adrénaline, chlorure de calcium.

Mais la preuve de l'origine anaphylactique de l'asthme a été faite par le professeur Widal et son école : le choc hémoclasique ou crise vasculo-sanguine a été retrouvée dans l'asthme et dans les crises anaphylactiques. On est arrivé à déterminer aussi la nature et la variété des substances pour lesquelles le malade est sensibilisé : odeurs, pollens, poussières animales ou végétales. La quantité de ces substances, qui suffit à déchaîner la crise, se réduit parfois à quelques grains infimes.

Les causes anaphylactisantes, sont nombreuses dans l'asthme; on peut ainsi les classer, d'après Heckel :

1° *Mécaniques* (compression, cicatrices, ganglions, etc.)

2° *Réflexes*.

3° *Anaphylactiques* par bactéries banales, staphylocoque, bacille diphtérique, etc.

4° Anaphylactiques alimentaires (lait, œuf, viande, pain, poisson, etc.).

5° Anaphylactiques par les protéines cutanées animales (cheval, mouton, laines, fourrures diverses, etc.).

6° Pollen de nombreuses graminées et poussières médicamenteuses.

7° L'action possible du bacille de Koch ou de ses toxines.

Mais à cette action anaphylactique, il faut ajouter le rôle de l'hypervagotonie. On constate, en effet, chez ces malades un réflexe oculo-cardiaque positif et une excitabilité spéciale du centre bulbaire des muscles inspiratoires. Tout choc agissant sur les origines bulbaires du nerf pneumogastrique exalte sa fonction broncho-spasmogène.

TRAITEMENT. — Le traitement de l'asthme découle naturellement de ces notions récentes. Chez tout asthmatique, il faut traiter la crise, puis instituer une médication intercalaire. Mais il n'est pas toujours facile d'instituer un traitement véritablement spécifique.

1. **Traitement de la crise.** — Il est classique de conseiller des inhalations diverses, des feuilles de datura, et même des injections de morphine.

En réalité, en présence d'une crise d'asthme, il faut éliminer la dyspnée urémique, l'œdème aigu ou l'asystolie. S'il s'agit bien d'une crise d'asthme, injecter un demi-centimètre cube de la solution d'adrénaline au 1/1000e. En excitant le sympathique, l'adrénaline relâche le spasme bronchique. On emploie aussi, avec avantage, le mélange adrénaline-hypophyse.

Certains autres médicaments ont une action importante et favorable : belladone, atropine, bromures, bromure de codéine, benzoate de benzyle.

2. **Médication intercalaire.** — Entre les crises, on peut instituer une médication : sirop de Desessartz, poudre de Dower, teinture de drosera, iodure, bromure de potassium; on y ajoute un régime sévère, le repos du système nerveux, l'hydrothérapie chaude, les cures thermales.

Si l'on peut découvrir l'agent causal, on doit chercher à instituer un traitement antianaphylactique spécifique, visant à la désensibilisation de l'organisme. De là, sont nées les tentatives de vaccination par les substances spécifiques, chimiques, végétales ou animales.

Dans les cas, où l'on ne peut déterminer l'agent anaphylactique causal, on peut employer certains composés chimiques, qui ne sont pas spécifiques : chlorure de calcium, hyposulfite de soude, peptones. C'est ainsi qu'on a essayé le pollen-vaccin contre l'asthme des foins, des vaccins animaux en cas de sensibilisation à une protéine animale, des vaccins microbiens contre l'anaphylaxie par protéine microbienne (vaccin antigrippal de l'institut Pasteur).

On utilisera aussi, entre les cures, les séjours dans certaines stations thermales : le Mont-Dore, la Bourboule, Saint-Honoré.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 93, p. 1518, et n° 95, p. 1550.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de la médaille d'or (*Médecine*). — Le jury est définitivement composé de MM. Lion, Foix, Ribadeau-Dumas, Garnier, Papillon.

(*Chirurgie et accouchements*). — Le jury est provisoirement composé de MM. Duval, Schwartz, Savariaud, qui acceptent; Lardennois, Ecalle, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Chefs de laboratoire de bactériologie des hôpitaux (année 1923). — La réunion de la commission chargée d'établir la liste d'aptitude se réunira le lundi 22 janvier 1923, à 16 h. 1/2, à l'Administration centrale (3, avenue Victoria).

MM. les docteurs en médecine et docteurs ès sciences désireux de soumettre leurs titres à l'examen de la Commission devront se faire inscrire au bureau du service de santé de l'Administration, tous les jours (les dimanches et jours de fêtes exceptés), de 14 à 17 h., du lundi 8 janvier 1923 au samedi 18 janvier inclusivement.

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription et adresser leur dossier (auquel devra être joint le diplôme de docteur en médecine ou de docteur ès sciences ou une copie légalisée de ce diplôme), par lettre recommandée.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Lachapèle, Chauvenet, Baylac, Magimel, Costedoat, Clarac, Delmas-Marsalet, Basteau, Cantorné et Lescale.

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — Le *Journal officiel* du 13 décembre publie un décret rendu sur la proposition des ministres de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, des Colonies et des Finances transformant l'Ecole de médecine de Marseille en une Faculté mixte de médecine générale et coloniale et de pharmacie.

Cette transformation était devenue nécessaire, et seuls les événements en ont retardé la réalisation.

Depuis 1876, date de sa fondation, l'Ecole de Marseille a suivi une ascension particulièrement brillante. L'an dernier elle comptait 450 étudiants. D'autre part, les ressources hospitalières de la ville, les sacrifices faits pour l'enseignement et pour les cliniques, l'accroissement incessant de la population qui fait de Marseille la deuxième ville de France, le développement de ses relations avec l'Orient, l'Afrique du Nord et l'Afrique occidentale, tout désignait Marseille pour devenir le siège d'une Faculté de médecine générale et coloniale.

Toutes les difficultés d'ordre matériel se trouvent levées du fait que la ville de Marseille prend à sa charge toutes les dépenses de cette Faculté.

La nouvelle Faculté comprendra 28 chaires. Le nombre des agrégés sera de 16; en outre il sera institué des cours complémentaires et des conférences.

L'organisation et l'ouverture de la Faculté auront lieu lorsque, après vérification contradictoire entre les délégués du ministre de l'Instruction publique et ceux de l'autorité municipale, le ministre aura reconnu que les bâtiments de ladite Faculté sont complètement appropriés aux besoins de l'enseignement et pourvus du mobilier ainsi que de la bibliothèque indispensables au fonctionnement régulier de cette institution.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. le docteur Thierry est nommé membre du Comité de la célébration du centenaire de Pasteur.

M. le docteur Calmels est nommé membre de la Commission d'organisation de l'exposition Pasteur à Strasbourg.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Dans sa dernière séance, l'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Laveran, décédé.

Au premier tour de scrutin, M. H. Vincent, médecin inspecteur général de l'armée, professeur au Val-de-Grâce, a été élu par 41 voix contre 18 à M. Chauffard, 2 à M. Calmette et 1 bulletin blanc.

SANATORIUM D'HENDAYE. — Une place d'interne en médecine est actuellement vacante au sanatorium d'Hendaye jusqu'au 1er mars prochain.

Les candidats désirant postuler pour cette place devront s'adresser au bureau du Service de santé, 3, avenue Victoria.

CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL COCHIN. — TRAITEMENT DES FRACTURES ET LUXATIONS DES MEMBRES. — Cours complémentaire sous la direction du professeur DELBET, par MM. Jacques Leveuf, Pierre Mornard, Raoul Monod. — 1° Fractures de l'humérus; 2° Luxations du membre supérieur; — 3° Fractures de l'avant-bras et du poignet; 4° Fractures du col du fémur; 5° Pseudarthroses du col du fémur; 6° Fractures de la diaphyse fémorale; 7° Luxations du membre inférieur; 8° Fractures de jambe; 9° Fractures du cou-de-pied; 10° Traitement sanglant des fractures.

Chaque leçon comportera : 1° De 5 à 6 h., une leçon théorique avec présentation de malades, de radiographies et d'appareils.

2° De 6 à 7 h., des exercices pratiques au cours desquels les auditeurs appliqueront eux-mêmes les appareils.

La 10e leçon aura lieu à l'Ecole pratique. — Le nombre des auditeurs est limité à 20.

Date du cours : du 8 au 18 janvier, à 5 h. — Droit à verser : 150 francs. — S'inscrire au secrétariat de la Faculté.

ASILE CLINIQUE SAINTE-ANNE. — *Lundi 18 décembre.* — A l'amphithéâtre de l'Asile clinique (Sainte-Anne, 1, rue Cabanis), à 10 h., docteur Jean Lhermitte : « Les presbyophrénies. »

Jeudi 14 décembre. — Au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, à 16 h., professeur Claude : « Les obsessions intellectuelles. »

Jeudi 21 décembre. — Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, à 16 heures, professeur Claude : « Obsessions génitales et érotomanie. »

AMPHITHÉATRE DES HOPITAUX. — Sous la direction de M. le professeur Sébileau, un cours de technique opératoire oto-rhino-laryngologique en dix leçons commencera le lundi 8 janvier 1923, à 2 h., et continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants.

Droits d'inscription : 150 francs.

S'inscrire à l'amphithéâtre des hôpitaux, 17, rue du Fer-à-Moulin.

COURS COMPLÉMENTAIRE SUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE, organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, par M. le professeur Léon Bernard, avec la collaboration de MM. Robert Debré, Vallée, Ameuille, Halbron, Læderich, Bourgeois, Maingot, Baron, Bigart, Salomon et Vitry.

Ce cours aura lieu du 15 janvier au 10 février 1923. Il comprendra des leçons qui seront données chaque jour, à 5 h., au laboratoire d'hygiène de la Faculté, et des exercices pratiques de clinique qui se feront chaque matin, à 9 h. 1/2, à l'hôpital Laënnec et au dispensaire Léon-Bourgeois. Des visites à des établissements antituberculeux seront faites dans la semaine du 11 au 17 février.

Ce cours est ouvert aux docteurs en médecine. Le nombre des auditeurs est limité à 45.

Il sera perçu un droit de laboratoire de 150 francs.

Le Comité national de défense contre la tuberculose tient un nombre limité de bourses à la disposition de médecins français chargés du service médical d'un dispensaire antituberculeux en France ou désignés officiellement par des autorités départementales ou municipales ou par des comités locaux pour prendre la direction d'un dispensaire. L'importance de ces bourses sera suffisante pour défrayer les médecins de leurs frais de voyage et de séjour à Paris pendant la durée du cours.

Pour l'obtention de ces bourses, s'adresser au directeur du Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VIe).

Pour l'inscription au cours, s'adresser à la Faculté de médecine (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 h.

Exercices pratiques. — Les élèves du cours seront entraînés à des démonstrations pratiques portant sur l'examen clinique, l'examen radiologique, l'examen laryngologique, les examens de laboratoire, la reconnaissance des pièces nécropsiques, la conduite et les méthodes du dispensaire et de la préservation de l'enfance.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de MM. les docteurs René Bazin (de Bordeaux) et Devilliers (de Dourdan).

LES VACCINS BILIÉS POUR LES MANGEURS D'HUITRE. — Le docteur Sabrazès vient de publier dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* quelques conseils qui sont de nature à rassurer les amateurs d'huître.

« L'huître, écrit M. Sabrazès, ce savoureux mollusque riche en vitamines, au gros foie permettant une opothérapie de gourmet, nous apporte, en outre des propriétés apéritives du liquide qui la baigne, un aliment de choix et d'une haute valeur nutritive.

Bien des malades en sont très friands — tuberculeux, gastropathes, hypopeptiques, névrosés à l'appétit capricieux. Mais ils hésitent à satisfaire leur désir immodéré craignant quelque transmission bactérienne.

Les actuels mangeurs d'huîtres n'ont pas toujours la jovialité de ceux que figura Boilly. Comment dissiper leur appréhension?

Le citron et le vin blanc sont, certes, de bons atténuateurs des bactéries véhiculées à l'occasion par l'huître. On les conseillera à ceux qui ne peuvent se résoudre à la consommer après cuisson.

Aux fervents de ce mollusque de nos côtes girondines, on recommandera surtout la vaccination préalable par voie digestive contre les multiples agents des infections intestinales. Les vaccins antityphiques, paratyphiques, etc., pris en pilules ou en comprimés, après ingestion d'extraits biliaires qui favorisent leur absorption, sont sans danger. On n'hésitera donc pas à recourir, même chez des malades, à ce mode de vaccination tout à fait inoffensif. Il est simple et efficace. Il permettra en toute sécurité la consommation même immodérée des succulentes huîtres du bassin d'Arcachon, de La Tremblade et de Marennes. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 19 décembre. — Jury : MM Gilbert, président; Carnot, Claude et Rathery. — M. DANET (Maurice). Traitement de la chorée de Sydenham par injections. — M. TEILING-NIELS. La cure thermale de Sail-les-Bains (traitement des dermatoses). — M. BRULON (Emile). Etude sur l'insuffisance pancréatique. — M. GESTAT (René). Les néphrites chroniques sans albuminurie. — M. UZAN (Maurice). Contribution à l'étude clinique du rhumatisme articulaire. — M. HERIZ (Joseph). La part de la médecine arabe.

Mercredi 20 décembre. — Jury : MM. Roger, président; Richet, Delbet et Labbé (M.). — Mme CHAUCHARD (Berthe). Analyse de l'excitabilité d'un nerf secrétoire. — M. DUFESTEL (Louis). L'héliothérapie artificielle. — M. ZALBERG (Daniel). La vaccinothérapie dans les abcès du sein. — M. CLAYEUX (Jean). Pneumonies muettes et pneumocentrales.

Jeudi 21 décembre. — Jury : MM. Achard, président; Nobécourt, Richaud et Laignel-Lavastine. — M. DUBOIS (Jean). De la respiration abdominale. — Mlle SICARD (R.). Méthodes d'exploration de respiration chez l'enfant. — M. DIDRY (J.). Recherches expérimentales sur les sels de bismuth.

Jury : MM. J.-L. Faure, président; Duval, Basset et Terrien. — M. MARZOUK. Contribution à l'étude de la tuberculisation diffuse de la loge rénale. — M. ALLAIN (Joseph). L'extraction des projectiles intrapulmonaires.

LIVRES NOUVEAUX

Encyclopédie française d'urologie (1).

Le tome VI de cette Encyclopédie, publiée sous la direction de MM. Pousson (de Bordeaux) et Desnos (de Paris), vient de paraître.

Ce gros volume de 1086 pages, illustré de 100 figures, a trait aux maladies de la prostate et aux grands syndromes urinaires. Les différents auteurs qui y ont collaboré sont MM. André, Oraison, Marion, Pauchet, Ertzbischoff, Nicaise, Druelle, Delbet, Arnozan, Creyx, Bernard, Paraf, Achard, Leblanc, Teissier, Rouhier, Castaigne, Paillard, Binet, Le Dantec et Hogge.

Onze chapitres sont consacrés aux maladies de la prostate. Les deux premiers qui sont dus à M. André, professeur de clinique des voies urinaires à la Faculté de Nancy, ont trait à l'exploration et aux plaies et traumatismes de la prostate; le troisième chapitre, par M. Oraison, aux inflammations; le quatrième, par M. Marion, à l'hypertrophie; le cinquième, par M. Pauchet, aux tumeurs malignes; le sixième, par M. Ertzbischoff, à la tuberculose; le septième et le huitième, par M. Oraison, aux calculs et aux kystes; le neuvième, par M. Nicaise, aux parasites; le dixième, par M. Druelle, à la syphilis; le onzième, par M. Marion, à la technique des opérations.

On voit par cette simple énumération qu'il serait impossible de présenter une étude plus complète et plus pratique des maladies d'un organe et de leur traitement. La qualité des auteurs répond de celle de l'œuvre.

Passons aux grands syndromes urinaires, qui sont divisés en onze chapitres dont voici les titres et les noms des auteurs: Rétention et incontinence, par M. Paul Delbet; Polyurie et pollakiurie, par MM. Arnozan et Creyx; L'anurie, par MM. Léon Bernard et Jean Paraf; Les grands syndromes d'insuffisance rénale, par MM. Achard et Leblanc; Phosphaturie et oxalurie, par MM. Teissier et Ch. Rouhier; Séméiologie de l'albuminurie, par MM. Castaigne et Paillard; Séméiologie de la glycosurie, par MM. Castaigne et Binet; Pyurie, par M. Marion; Chylurie filarienne, par M. Le Dantec; Pneumatose, par M. Marion; Intoxications et infections chez les urinaires chirurgicaux, par M. Hogge.

Ce qu'il nous a été permis de constater en parcourant ce véritable monument d'urologie, c'est le souci constant des auteurs d'insister sur le côté pratique, si bien que contrairement à la plupart des traités de médecine, la thérapeutique n'y est jamais négligée. Les praticiens y trouveront donc de précieux conseils.

Pour ne citer qu'un exemple, nous citerons le chapitre des plaies écrit par M. André qui a largement profité des notions que l'on doit à la guerre et qui nous fournit, à ce point de vue, une documentation des plus complètes et des plus instructives.

Dans le style clair, net et précis dont il est coutumier, M. Marion nous donne une magistrale étude de l'hypertrophie de la prostate qui ne serait que l'aboutissant de la prostatite chronique; et de la prostatectomie, cette nouvelle conquête de la chirurgie de ce siècle. Cette étude est accompagnée de fort belles planches.

Notons aussi un chapitre intéressant sur les tumeurs malignes de la prostate, dû à M. Pauchet qui, dans un appendice, nous donne des résultats du traitement de ces tumeurs par la curiethérapie.

Cette encyclopédie fait honneur à l'urologie française et notre regretté maître Guyon, s'il était encore de ce monde, pourrait être fier de ses élèves.

A. BROCHIN.

(1) Paris, G. Doin.

REVUE GÉNÉRALE

LA FIÈVRE TYPHOIDE

DANS LA PREMIÈRE ENFANCE

Par G. SALÈS, R. TURQUÉTY et Yvonne BLAIGNAN.

« Beaucoup de médecins ne savent pas encore assez que la fièvre typhoïde est une maladie de tous les âges et qu'elle peut attaquer même les plus jeunes enfants. Ou plutôt, s'ils le savent théoriquement, ils l'oublient dans la pratique et ils hésitent devant leur propre pensée, uniquement parce qu'ils sont en présence d'un enfant au berceau.

« Bien des fois, j'ai été appelé en consultation par des confrères fort instruits pour cet unique motif et quand je leur faisais remarquer que tous les signes de la maladie étaient évidents : « Sans doute, « me répondaient-ils, mais l'enfant est si jeune ! Je « n'osais pas y croire. »

Ainsi s'exprimait Cadet de Gassicourt, voici quarante ans ; tiendrait-il aujourd'hui un autre langage? Il est permis d'en douter. Apportant au diagnostic les garanties d'authenticité et l'assurance qui jusqu'alors lui manquaient, mais retranchant autant d'excuses à nos erreurs, les procédés actuels de laboratoire étendent, par contre, le domaine de la typhoïde dans la première enfance, et nous montrent bien souvent cette maladie où nous osions à peine la soupçonner de prime abord.

Aussi nous a-t-il semblé de quelque utilité de faire la revue des connaissances acquises sur ce sujet.

Historique. — La fièvre typhoïde chez le nourrisson n'a pas une histoire ancienne. Souvenons-nous que Bouchut lui refusait l'existence, en dépit des affirmations de Rilliet et Barthez. C'est seulement en 1840 que paraissent deux observations dues à Charcellay et qui semblent être la première publication. Il s'agissait de deux cas de typhoïde congénitale suivis de mort.

Un peu plus tard, Taupin, Rilliet et Barthez (1853) ayant observé plusieurs fois la fièvre typhoïde chez des enfants de moins de deux ans font une étude anatomo-clinique de la maladie à cet âge.

En 1877, Gerhardt publie 17 observations ; Littré, Bricheteau en rapportent d'autres, Vibert, en 1881, fait connaître trois cas de mort subite que l'enquête médico-légale rattache à la typhoïde. La première étude importante et complète sur la fièvre typhoïde du nourrisson paraît en 1882, sous la signature de Cadet de Gassicourt dans son *Traité clinique des maladies de l'enfance*.

Survient la découverte d'Eberth, en 1884, Chantemesse et Widal trouvent le bacille dans le placenta d'une typhique au quatrième mois de la gestation, et Janisiewski, dans les organes d'un enfant né prématurément. Il est vrai que l'identification du bacille d'Eberth n'est pas encore très précise à cette époque, ce qui, suivant la remarque de M. Marfan enlève quelque valeur à ces observations.

La découverte de la séro-agglutination par Widal, en 1897, va permettre d'affirmer, avec certitude, le diagnostic de typhoïde et désormais l'étude du sujet sera plus précise. M. Marfan publie, en 1895, dans la *Tribune médicale*, deux observations incontestables ayant trait à des nourrissons de neuf et dix-huit mois. Un peu plus tard, M. Marfan fait un tableau complet de la typhoïde du nourrisson, au cours de son article du *Traité des maladies de l'enfance* (publié sous la direction de MM. Grancher, Comby, Marfan, 1896). Les observations se multiplient : on connaît celles de Lemercier, Kissel, en 1896, Mme Rivoire, en 1898, au cours de l'épidémie de Marseille, Sbrana, en 1899, à Tunis, Nobécourt et Bertherand, en 1900, Crespin (d'Alger), la même année.

Netter et Clerc, puis Masbrenier, dans sa thèse (Paris 1900), recherchent l'époque d'apparition de la séro-agglutination chez le nourrisson.

En 1903, la thèse de Forget constitue une des premières revues générales sur la question. Nobécourt et Voisin s'attachent surtout au pronostic et établissent une statistique de la mortalité de la dothiénentérie dans le premier âge.

Brelet (1906) cite quelques cas de mort subite chez des jeunes enfants typiques. Trouilleur étudie, en 1908, la transmission de la maladie par l'allaitement.

L'article d'Hutinel et Darré dans le *Traité des maladies des enfants*, paraît en 1909. Achard et Flandin (1911), Brelet (1911) précisent les formes cliniques et le diagnostic de la maladie. Crozer Griffith (de Philadelphie) attire de nouveau l'attention sur ce sujet, en 1912, et fait paraître un important travail basé sur 75 observations, étudiant, en particulier, la fréquence et la mortalité. Comby, analysant ces faits, conclut à une moindre fréquence de la maladie en France.

Citons encore la thèse de Maignou, en 1913, le cas de méningite à bacilles d'Eberth rapporté par Lagane (1913), l'article de Grenet dans le *Monde médical*. En 1913, encore Weill enregistre les résultats de la thérapeutiqué par l'autolysat de Vincent, et Méry communique à la Société de pédiatrie, plusieurs cas de collapsus cardiaque, au cours des fièvres typhoïdes traitées par le vaccin de Besredka.

En 1914, on remarque un cas de paratyphoïde A de Lagane, une méningite à bacille d'Eberth chez un enfant de trois semaines vu par Garnier et Mme Hovelacque, une observation de Péhu.

Mme Saracino consacre sa thèse (Alger, 1915) à l'étude complète de la typhoïde du nourrisson; elle résume les travaux antérieurs et fait connaître quinze nouvelles observations de typhoïde et de paratyphoïde, chez des enfants de moins de trois ans, du service du professeur Crespin.

Dans le même service, Mlle Athias, en 1917, réunit de nouveaux cas, et les cite dans sa thèse sur « le démembrement de la gastro-entérite infantile ».

En 1918, E. Stolking et A. Lorey, von Holweede et Marshausen s'attachent à l'étude des paratyphoïdes chez les nourrissons.

Henry Heimann (New-York, 1919) peut démontrer dans un cas la transmission au nourrisson par le lait maternel en y décelant le bacille d'Eberth.

Crespin et Mlle Saracino reprennent, en 1919, leur étude et totalisent 42 cas de dothiénentérie chez le nourrisson dont 36 typhoïdes et 6 paratyphoïdes. Ils concluent à la très grande fréquence de l'affection dans le premier âge.

Notons encore un cas de mort subite par typhoïde méconnue signalé par Crespin et Mlle Athias (1921), un aperçu du professeur Nobécourt dans un article sur les particularités de la typhoïde de l'enfant.

En 1922, G. Blechmann publie dans *Le Nourris-*

son deux observations de paratyphoïde B. Dans la même publication G. Salès et Pierre Vallery-Radot réunissent quatre observations de typhoïdes observées dans un court espace de temps et les font suivre d'une analyse des symptômes et de leur valeur séméiologique.

Etiologie. — Agent microbien. — La dothiénentérie du nourrisson relève de l'infection par l'un des trois germes du syndrome typhique : bacille d'Eberth, paratyphique A ou B. Le plus fréquent paraît être le bacille d'Eberth, puis vient le bacille paratyphique B. Quant au paratyphique A, il constitue une rareté.

Il serait logique de séparer les infections éberthiennes des paratyphoïdes, mais en clinique on n'est averti par aucune différence appréciable de la nature de l'agent infectant et c'est le seul diagnostic bactériologique qui renseigne. Il n'est pas possible actuellement de décrire à part les typhoïdes et les paratyphoïdes dans la première enfance.

Contamination. — *Typhoïde congénitale.* — Très rare, mais prouvée, elle provoque la mort in utero du troisième au cinquième mois, ou la naissance avant terme et, dans ce cas, l'enfant meurt en deux ou trois semaines. La survie est exceptionnelle.

Typhoïde acquise. — C'est le mode de contamination habituel, il se fait par l'un des intermédiaires suivants :

L'eau. — La fièvre typhoïde du nourrisson a fréquemment une origine hydrique : il s'agit, en général, d'un enfant au biberon et l'on sait les multiples occasions d'infection que réalise ce mode d'allaitement : mouillage du lait par le laitier, coupage au moment de la préparation du biberon avec de l'eau non bouillie, lavage des récipients avec de l'eau polluée. Le lait est, on le sait, un excellent milieu de culture pour les bacilles typhique et paratyphique. On a pu encore incriminer l'eau employée pour la toilette de l'enfant, les bains et, chez les enfants un peu grands qui touchent à tout et portent ensuite leurs mains à la bouche, le défaut de surveillance permet la contamination directe.

Le lait. — Il est tout à fait exceptionnel que le lait de la nourrice typhique transmette l'infection au nourrisson, et l'observation de Heimann qui a réussi à isoler du lait d'une nourrice, dont l'enfant était contaminé, le bacille d'Eberth, reste une exception. La transmission s'effectue, en général, de la nourrice au nourrisson, non par le lait, mais par les contacts multiples et indirectement.

Ceci est d'autant plus exact que, à l'encontre des cas de Schadler, Hérard et Uffelmann, d'enfants qui prirent la maladie de leur nourrice et en moururent en quelques jours, Gerhardt, H. Roger, Péhu et bien d'autres ont observé de nombreux nourrissons, allaités par des typhiques, et qui n'ont pas contracté la maladie.

Sans doute, ces enfants avaient-ils le bénéfice de précautions hygiéniques, d'ailleurs assez simples, mais peut-être aussi étaient-ils en quelque sorte immunisés, car on a pu, chez certains d'entre eux, trouver une séroagglutination positive.

Les porteurs de germes. — Non seulement, le nourrisson peut être infecté par un malade, mais il l'est encore quelquefois par un porteur de germes sain, agent de contage d'autant plus redoutable qu'il est méconnu : c'est un familier de la maison, un autre enfant, la mère elle-même, le laitier trayeur retrouvé à l'origine de certaines épidémies. On peut voir de véritables épidémies familiales et l'un de nous en a rapporté une observation récente.

La transmission peut encore provenir d'intermédiaires, tels que certains insectes, les mouches en particulier.

Causes prédisposantes. — Elles seraient peut-être mieux dénommées « causes d'aggravation ». Ce sont celles qui mettent le tube digestif en état de moindre résistance : l'allaitement artificiel par lui-même est une des plus importantes, les troubles gastro-intestinaux, quelle que soit leur cause, prédisposent à l'infection et la rendent plus sévère.

L'influence des saisons est moins nette; si certains auteurs ont observé une plus grande fréquence de la maladie pendant la période estivo-automnale, la typhoïde se voit en toutes saisons, comme nous avons pu le constater par nous-même.

D'ailleurs, pour apprécier l'influence des saisons, il faudrait connaître la fréquence générale de la typhoïde dans la première enfance.

Fréquence. — Or, cette question n'est pas élucidée encore. Après avoir été niée à l'origine, puis considérée comme rare, la typhoïde du premier âge, bien définie par un séro-diagnostic à taux élevé, se révèle aujourd'hui fréquente, ainsi qu'on témoignent les travaux de Griffith, Crespin et Saracino et nos propres observations. Mais, toute précision sera impossible, tant que l'idée de ce diagnostic ne sera pas plus familière aux médecins.

Si l'on recourait systématiquement au séro-diagnostic en présence de certains signes cliniques suspects, le diagnostic de typhoïde serait plus souvent posé. Mais, nous objectera-t-on, la typhoïde chez le nourrisson est, cliniquement, si imprécise ! comment dès lors y penser ?

Il y a dans cette objection une part de vérité, mais l'imprécision est beaucoup plus dans les textes et les esprits que dans les faits. On peut presque toujours dégager du tableau clinique les éléments, soit d'un diagnostic ferme, soit, bien plus souvent, d'un diagnostic simplement probable, mais en tout cas suffisant pour imposer l'épreuve du séro-diagnostic qui lèvera les doutes.

Il serait imprudent de compter, pour s'orienter, sur un diagnostic d'impression comme chez l'adulte. La plupart du temps c'est l'analyse très serrée des symptômes qui, seule, conduira au diagnostic.

Allure clinique de la typhoïde du nourrisson. — En effet bien souvent le tableau clinique est incomplet, un peu vague, rendu encore plus variable par la fréquence et la diversité des complications.

Il est classique de décrire séparément les trois phases de l'évolution bien qu'en réalité elles soient moins distinctes que chez le grand enfant ou l'adulte.

Début. — Il est rarement observé par le médecin. L'enfant ne pouvant s'exprimer, il est presque toujours difficile d'apprécier la céphalée, si pénible et si constante chez l'adulte. On note parfois des cris incessants, des pleurs sans cause apparente, de l'insomnie surtout. De même la fièvre à oscillations ascendantes demeure insoupçonnée des parents tant qu'elle n'est pas assez intense pour altérer gravement l'état général.

Les troubles digestifs par contre sont vite reconnus, c'est une diarrhée rebelle, jaunâtre, plus rarement verdâtre, d'abondance variable, qui in-

quiète les parents par sa persistance. Parfois elle s'accompagne de vomissements répétés. L'anorexie n'est pas rare à cette période. De même la toux. L'enfant est agité ou au contraire abattu.

Dans la plupart des cas le médecin ne voit l'enfant qu'à la fin de cette période, aussi pour beaucoup d'auteurs la période de début est-elle notablement écourtée : en deux ou trois jours, dit-on, la fièvre s'élève pour atteindre son maximum.

Période d'état. — La température se maintient en plateau aux environs de 40 degrés en général avec de faibles oscillations, mais quelquefois elle oscille autour de 39 degrés. Le pouls est rapide et régulier mais n'offre pas la discordance, classique chez l'adulte, avec la température. L'état général, variable, peut se caractériser par une agitation extrême. Bien plus souvent, on note de l'abattement : apathie, manque d'entrain, peu d'intérêt de l'enfant pour ce qui l'entoure, plaintes, gémissements.

La langue reste humide mais elle est blanche avec une zone rouge à la pointe et sur les bords. L'abdomen tend à se météoriser. La rate est dans la plupart des cas grosse, accessible à la palpation. Les selles très variables sont tantôt nombreuses, tantôt rares et seulement provoquées par les lavements. C'est à cette période que se montrent quelquefois les taches rosées lenticulaires, éparses, discrètes, petites; elles doivent être recherchées sur l'abdomen, le tronc, dans le dos et même sur les membres.

A ces symptômes se joignent presque toujours des signes pulmonaires : râles de bronchite, râles muqueux disséminés ou localisés aux bases.

La période dure de quatre à huit jours, après quoi la fièvre tombe.

Période de déclin. — La défervescence peut être progressive, graduelle et s'effectuer comme chez l'adulte en lysis, bien qu'elle obéisse assez mal à la règle des abaissements matutinaux et des recrudescences vespérales, mais très souvent elle est rapide : en une ou deux grandes oscillations la température peut s'abaisser de 40 à 37 degrés. Cette période n'excède jamais une semaine, toutefois on peut observer après deux ou trois jours d'apyrexie de légères et courtes recrudescences.

Comme chez l'adulte, et surtout quand elle est brusque la défervescence entraîne une modification complète de l'organisme : la crise urinaire difficilement appréciable chez le nourrisson n'en existe pas moins, la langue se nettoie, l'appétit revient vite.

Durée. — Ne paraît pas beaucoup moins longue que chez l'adulte. L'incertitude du début ne permet pas d'évaluer exactement la durée de cette période, mais si l'on considère la courbe thermique, complète dans quelques observations, l'évolution de la maladie ne s'éloigne guère des classiques trois semaines, avec tendance cependant à rester plutôt en deçà.

Terminaison. — Elle semble plus souvent favorable qu'on ne l'a dit, tout au moins en ce qui concerne les enfants au-dessus d'un an. Au-dessous de cet âge la guérison est plus rare.

La mort est due en général aux complications dont la bronchopneumonie et la diarrhée cholériforme sont les plus fréquentes.

La mort subite n'est pas exceptionnelle, Brelet, Pearson Irvine, Kissel l'ont observée sans pouvoir en découvrir la cause, Crespin et Mlle Athias ont trouvé une hémorragie surrénale dans un cas analogue.

Complications. — Les complications intestinales, hémorragies et perforations sont exceptionnelles chez le nourrisson. C'est dire que les chutes brusques et passagères de température qui se voient chez lui, au cours de l'évolution, ne sont pas la manifestation clinique d'un de ces accidents.

Les complications les plus communes sont la broncho-pneumonie, la diarrhée cholériforme, plus rarement l'entérite dysentériforme. Elles ont les unes et les autres une extrême gravité. Le muguet est fréquent mais sans gravité. On a constaté plusieurs fois la méningite aiguë à bacilles d'Eberth, le laryngo ou le pneumo-typhus.

Brelet a signalé en 1913 un cas d'aphasie transitoire chez un enfant de vingt-sept mois, Mlle Condat un retard de la parole de quelques mois. On a également mis en évidence des otorrhées susceptibles d'entraîner la surdité ou la surdimutité suivant l'âge de l'enfant.

Rechutes. — Elles sont infiniment plus fréquentes que chez l'adulte, toujours moins longues que la première atteinte et souvent répétées.

Bien des fois même c'est en présence de l'une d'elles que se trouve le médecin qu'elle déroute par sa courbe thermique anormale, alors que la phase initiale, négligée par la famille, reste inconnue de lui.

La fréquence des rechutes chez l'enfant serait pour Carnot un signe de non-vaccination du jeune organisme vis-à-vis de l'agent infectant, en rapport peut-être avec la brièveté et la bénignité de la première atteinte. De là sans doute le retard et l'atténuation de la séro-réaction notée par certains auteurs (Marfan), de là encore une gravité plus grande des typhoïdes à séro-réaction tardive comme on l'a soutenu.

Formes cliniques. — En dehors de la forme commune, ou plutôt typique, que nous venons de décrire, on peut schématiser divers aspects cliniques.

FORME GASTRO-INTESTINALE. — La fièvre et la diarrhée sont les symptômes les plus saillants. Les selles abondantes très liquides, jaunes d'ocre ou vertes, s'accompagnent de vomissements, d'anorexie, de météorisme. La fièvre est souvent très élevée, l'état général varie. Son pronostic est discuté; la moins grave pour certains (Nobécourt), cette forme paraît à M. Marfan l'une des plus meurtrières en favorisant l'établissement d'une diarrhée cholériforme secondaire qui emporte le petit malade.

FORME PSEUDO-MÉNINGITIQUE. — Ici les symptômes méningés prédominent au point de masquer le reste du tableau clinique. Céphalée, raideur de la nuque, Kernig plus ou moins prononcé, attitude en chien de fusil, troubles vaso-moteurs, dilatation pupillaire, ou, myosis, strabisme font inévitablement penser à une méningite, mais la ponction lombaire ramène un liquide limpide, à lymphocytose très discrète. Il s'agit de réaction méningée simple. Lagane a trouvé une fois le bacille d'Eberth dans le liquide céphalo-rachidien d'un nourrisson atteint de méningite aiguë.

Aux signes précédents s'ajoute quelquefois la constipation, mais plus souvent au contraire une diarrhée légère avec météorisme permettant, comme aussi la régularité du pouls, de soupçonner le diagnostic. D'après Nobécourt cette forme aboutirait au collapsus en une douzaine de jours.

FORME DE MALADIE AIGUË FÉBRILE. — Pas de locali-

sation nette, « Il y a de la diarrhée, de l'abattement, quelques phénomènes nerveux sans rien de saillant » (Hutinel). La fièvre est le symptôme capital et c'est l'allure de la courbe qu'il faut surtout consulter.

Forme pseudo-tuberculeuse. — Chez un enfant débile, amaigri, ayant de petits ganglions au cou, aux aisselles, aux aines, des signes d'auscultation en rapport avec une adénopathie trachéo-bronchique, une grosse rate, une fièvre continue, on peut être égaré par l'idée d'une tuberculose en voie de généralisation. La cuti-réaction à la tuberculine brute sera ici d'un grand secours.

Forme atténuée. — Correspondant à la forme ambulatoire de l'adulte, elle est presque infailliblement méconnue. C'est une découverte d'autopsie. Crespin et Mlle Athias ont pu trouver les lésions typiques chez un enfant n'ayant présenté pour tout symptôme qu'un vomissement la veille de sa mort.

Typhoïdette. — La fièvre typhoïde évoluant en peu de jours avec plateau à peine marqué, défervescence rapide, le tout n'excédant pas une semaine est possible chez le nourrisson.

Forme exanthématique. — Beaucoup plus rare, elle est caractérisée par l'abondance anormale des taches rosées lenticulaires.

Analyse des symptômes. Leur valeur séméiologique. — D'après la description que nous venons d'en fairet on peut conclure que si, lorsque tous les signes so n réunis le diagnostic est relativement facile, il n'en est plus de même lorsque certains symptômes sont effacés ou au contraire deviennent prédominants. Aussi importe-t-il d'être fixé sur la valeur de chaque symptôme et de savoir lesquels doivent être recherchés et attentivement étudiés.

Température. — C'est sans contredit le maître-symptôme, le plus constant, le plus net; à lui seul il peut et souvent doit orienter le diagnostic. La courbe thermique complète est presque toujours régulière et superposable à celle de l'adulte, donc suffisamment caractéristique. Péhu en cite un exemple d'une régularité parfaite, nous en avons souvent rencontré d'analogues. Il s'en faut cependant que ce schéma se trouve réalisé d'une façon courante et il arrive que la courbe prenne une apparence atypique, mais c'est là une simple apparence. En réalité la courbe n'est pas réellement atypique, elle est incomplète et il est quelquefois possible, les circonstances aidant, de la reconstituer entièrement. N'observant pas la maladie à son début, le médecin prend la courbe au point où elle se trouve. A lui de ne pas oublier cette éventualité.

Quelquefois il est mis en présence d'une typhoïde à son déclin, souvent encore il n'assiste qu'à une rechute si fréquente chez l'enfant.

La seule particularité de la courbe elle-même chez le nourrisson c'est l'absence possible ou plutôt la brièveté du stade amphibole, comme l'a remarqué M. Marfan.

Exceptionnellement la fièvre peut prendre le type rémittent, aussi bien que chez le grand enfant ou même l'adulte (Sergent).

Pouls. — Rapide mais sans excès, il évolue parallèlement à la température, 140 à 150 pulsations pour une température de 40 degrés. Il n'y a pas de discordance entre ces deux symptômes comme chez l'adulte, pas davantage de dicrotisme appréciable.

Le pouls n'a donc aucun caractère spécial.

Symptômes nerveux. — Consistent en phénomènes d'excitation ou de dépression. Le véritable « tuphos » des anciens n'est pas l'un des traits dominants, cependant on peut le rencontrer et bien des fois on le retrouve atténué : enfant abattu, somnolent.

Rarement excessive l'agitation s'observe surtout à des degrés divers dans les formes pseudo-méningitiques.

L'hyperesthésie, les convulsions pourraient se voir.

Aspect de la langue. — Très particulier, c'est un excellent signe. Plus souvent humide que sèche, elle est surtout remarquable par l'enduit blanchâtre qui la recouvre, mais qui respecte un triangle rouge à la pointe, et un liseré rouge sur les bords.

M. Marfan attache de la valeur à cet état de la langue.

Les lèvres et les gencives peuvent se recouvrir de fuliginosités.

Les ulcérations des piliers du voile du palais ne semblent pas exister.

Diarrhée. — Elle est extrêmement variable et assez inconstante. Tantôt elle fait complètement défaut, remplacée par la constipation, tantôt elle n'apparaît qu'à intervalles irréguliers. Quand elle existe, le nombre des selles peut aller de un à dix et plus. La qualité des matières est encore moins fixe, habituellement très liquides, fétides, jaune d'ocre, « jus de melon », les selles peuvent aussi bien être muqueuses, muco-grumeleuses, glaireuses, sanguinolentes même, ou simplement aqueuses.

La diarrhée est donc rarement caractéristique, ce qui joint à la fréquence de ce trouble chez le nourrisson enlève de la valeur au symptôme. Crespin et Mlle Athias ont voulu faire de l'absence d'amélioration par une diète hydrique même prolongée un caractère constant de la diarrhée typhique, et attribuent à cette constatation plusieurs de leurs diagnostics.

Vomissements. — Inconstants, sans particularité. On connaît d'ailleurs la banalité du vomissement chez le nourrisson. Répétés ils peuvent aggraver l'état général en entravant l'alimentation.

Météorisme. — C'est un signe qui fait rarement défaut. Nous l'avons noté 9 fois sur 10, mais seul il ne saurait suffire au diagnostic. Il est très rare de percevoir comme chez l'adulte les gargouillements dans la fosse iliaque droite.

Rate. — Elle est en règle générale hypertrophiée. La splénomégalie se retrouve dans les deux tiers au moins des observations, elle serait signalée plus souvent encore si la rate était explorée correctement. Sans doute la rate peut rester normale, et d'autre part son hypertrophie appartient chez le nourrisson à bien d'autres états pathologiques, mais à titre d'appoint une grosse rate est un signe de première valeur pour le diagnostic de typhoïde. Il faut éviter d'explorer l'état de la rate chez le jeune enfant par la percussion même légère, la résonance de la cage thoracique à cet âge ne permettant pas d'apprécier la matité splénique. Seule la palpation, pratiquée selon la technique conseillée par M. Marfan, permet de se rendre compte du volume de la rate : la main est appliquée bien à plat sur le côté gauche du thorax du malade, l'extrémité

des doigts légèrement recourbés dépassant un peu le rebord costal, on déprime doucement la paroi abdominale et on perçoit le pôle inférieur de la rate hypertrophiée qui vient se placer de lui-même au contact des doigts explorateurs et les repousse au moment de l'ampliation thoracique. On peut évaluer ainsi le degré de la splénomégalie et la consistance de la rate. Normalement la rate est inaccessible, tout au plus à peine perceptible si elle est un peu abaissée.

Taches rosées lenticulaires. — Signe pathognomonique mais fâcheusement inconstant, il ne se révèle que dans le quart des cas pour Hutinel, Crespin, dans la moitié pour d'autres. Elles apparaissent à la même époque que chez l'adulte, sont généralement petites, peu nombreuses, s'effacent à la pression et doivent être méthodiquement recherchées sur l'abdomen, les flancs, la poitrine, dans le dos, à la face interne des cuisses et même sur les membres supérieurs.

Symptômes pulmonaires.. — Extrêmement fréquents, mais très divers, râles de bronchite, respiration bronchique traduisant une certaine condensation pulmonaire, bouffées de râles muqueux aù deux bases témoignant de foyers de broncho-pneumonie. La broncho-pneumonie aiguë sévère favorisée par l'état général peut enfin se déclarer, entraînant le plus fâcheux pronostic.

Epistaxis. — Très rares chez le nourrisson, ils n'ont par eux-mêmes aucune valeur spécifique, on ne les observe guère qu'après trois ans.

Diagnostic. — Nous n'insistons pas sur les cas où le diagnostic saute aux yeux : courbe thermique régulière, mégalosplénie, diarrhée, taches rosées, langue blanche à pointe et bords rouges, état typhique, météorisme. Toute fièvre continue de nourrisson qui ne s'accompagne pas d'une localisation nettement prédominante doit faire songer à une fièvre typhoïde. Lorsque le tableau clinique est incomplet ou troublé par la prédominance de certains signes, ou l'adjonction de complications, le diagnostic ne pourra se baser que sur l'analyse des symptômes, de façon à dégager le syndrome typhique déguisé.

Comme nous l'avons montré dans le précédent chapitre, il y a des signes de valeur à peu près constante. Avec un peu d'attention on les isolera : ce sont la fièvre continue élevée à courbe spéciale, la splénomégalie, l'aspect de la langue, l'abattement, la diarrhée souvent. La réunion de ces signes éveillera le soupçon de typhoïde et imposera la recherche de séro-diagnostic.

La constatation du syndrome épargnera les erreurs faciles à commettre avec une série d'états pathologiques fréquents chez le nourrisson.

Les diarrhées. — Qu'il s'agisse d'enfant au sein ou au biberon, les *diarrhées communes* n'affectent pas l'état général, sauf à la longue et ne s'accompagnent pas de phénomènes toxiques, et, caractère sur lequel insiste M. Marfan, elles ne sont pas fébriles si l'on excepte quelque élévation thermique toujours fugace et légère. Une fièvre persistante, élevée, doit dans ces cas faire rechercher une cause autre que la diarrhée; si on n'en trouve pas : affection pulmonaire, angine, etc., on devra envisager l'éventualité de la typhoïde.

La *diarrhée cholériforme* entraîne toujours un état général grave, mais ne rappelle guère le syndrome typhique : le début brusque, les signes d'intoxication : facies grisâtre aux yeux cernés de bleu, aux traits tirés, les signes de déshydratation constants, la persistance du pli cutané, la dépression de la fontanelle antérieure, la faiblesse ou la disparition du pouls radial, la respiration accélérée et profonde à la fois, les vomissements souvent marc de café en font, en dépit de la diarrhée, une affection facile à distinguer de la typhoïde. Ajoutons que la rate n'est pas spécialement augmentée de volume, et que la fièvre, si elle s'élève au début pendant un ou deux jours, fait place rapidement à une température voisine de la normale, et même à l'hypothermie.

Il ne faut pas oublier qu'à la suite, et comme complication de la dothiénentérie, la diarrhée cholériforme peut survenir.

La *diarrhée dysentériforme* est rare chez le très jeune enfant et ne se montre qu'au moment du sevrage, elle se caractérise par des selles fréquentes glaireuses et striées de sang, et n'affecte guère l'allure générale de la maladie primitive.

M. Marfan l'a parfois observée comme complication de la fièvre typhoïde de la première enfance.

Broncho-pneumonie. — La broncho-pneumonie primitive ne prête guère à confusion avec la typhoïde, malgré la diarrhée secondaire et l'intumescence splénique possibles. La fièvre est en effet élevée mais beaucoup moins régulière, les oscillations plus amples, atteignant parfois plus d'un degré; la courbe thermique marque une série de poussées de quatre ou cinq jours chacune séparées par des rémissions. Ce qui rend le diagnostic épineux, c'est bien plutôt la broncho-pneumonie, complication dont l'intensité cache la typhoïde primitive. Ici s'imposera la recherche des éléments du syndrome typhique, une enquête serrée sur le début de la maladie quand on n'aura pu l'observer.

La pneumonie franche du nourrisson est tellement rare que, de ce fait, elle ne peut guère embarrasser le diagnostic. Le plateau thermique existe, mais les signes sthétoscopiques bien connus sont là; s'ils manquent ou tardent la difficulté peut être extrême.

La grippe réalise dans certaines formes un syndrome complexe avec localisations pulmonaires et intestinales. En dehors de la notion d'épidémicité, le diagnostic clinique peut rester en suspens et le séro-diagnostic s'impose toujours.

Méningites. — Dans sa forme pseudo-méningée la typhoïde est facilement méconnue. Nombreuses sont les observations qui montrent le diagnostic dirigé d'abord vers l'idée de méningite aiguë. Quelle que soit sa nature, tuberculeuse, cérébro-spinale, etc., la seule constatation du syndrome méningé entraîne la ponction lombaire qui résout le problème. Si le liquide est clair et sans réaction il faut penser à la typhoïde et vérifier cette hypothèse.

Maladies aiguës sans localisation. — *La tuberculose miliaire aiguë généralisée* avec splénomégalie prête au doute, mais il suffit d'une cuti-réaction à la tuberculine brute, pour faire cesser en vingt-quatre à quarante-huit heures toute hésitation. La cuti-réaction persiste positive dans ces cas jusqu'à la période ultime de la maladie (Lemaire et Turquety).

Septicémies à germes divers. — Disons simplement qu'elles sont presque toujours secondaires à une

maladie déjà connue, elles sont soudaines, aiguës, d'évolution rapide et mortelles à bref délai.

Exceptionnellement, à raison de certaines conditions de milieu et de climat, le *paludisme*, la *fièvre de Malte*, le *typhus exanthématique* peuvent être des sources d'erreur, mais ce sont des faits trop rares pour nous y arrêter.

Cliniquement certaine, et à plus forte raison, simplement soupçonnée, la typhoïde ne saurait être certifiée, sans le recours aux procédés de laboratoire.

Hémoculture et sérodiagnostic. — Des procédés divers, diazo-réaction d'Ehrlich, isolement du bacille dans les selles, fibrino-diagnostic, recherche de la sensibilisatrice dans le sérum, ophtalmo-réaction, deux seuls subsistent, seuls pratiques et suffisamment sûrs : l'hémoculture et le séro-diagnostic.

L'HÉMOCULTURE rencontre, chez le nourrisson, de sérieux obstacles. Sa technique exige des veines facilement accessibles, qu'on ne trouve pas chez le jeune enfant : on pourra quelquefois ponctionner la jugulaire externe, mais le seul vaisseau veineux réellement utilisable est le sinus longitudinal supérieur accessible par la grande fontanelle jusqu'à quinze mois et donnant une quantité de sang convenable.

Le professeur Marfan et M. Blechmann ont précisé tous les détails de cette technique qui, bien que très simple, soulève dans la pratique courante certaines difficultés.

Enfin et surtout, l'hémoculture n'est efficace que dans la première partie de la maladie, celle justement qui échappe le plus au médecin.

Quand elle a pu être faite, l'hémoculture n'a pas montré que le stade de septicémie fût différent de ce qu'il est chez l'adulte. Pour toutes ces raisons, le procédé de choix reste le SÉRO-DIAGNOSTIC. A partir de quel moment apparaît la séro-réaction et doit-on la rechercher ? Pour M. Marfan, elle est retardée chez l'enfant. MM. Lesné et Binet la signalent, par contre, dès le début de la maladie, à une date plus précoce que chez l'adulte, mais alors, elle disparaîtrait plus rapidement après la guérison.

Il semble que la séro-réaction apparaisse assez souvent un peu plus tard que chez l'adulte. L'un de nous a pu l'obtenir, cependant, à un taux élevé (1/200e), quatre jours après le début de la maladie, début bien précisé chez un enfant soumis à une étroite surveillance du fait de l'épidémie qui frappait tous les membres de sa famille. Dans deux autres cas, il a vu le séro-diagnostic positif au douzième jour.

Il est vrai de dire qu'on n'est amené, en règle générale, qu'assez loin du début, à interroger la séro-réaction, ce qui diminue l'importance pratique de la date de son apparition.

En cas de séro-diagnostic négatif une première fois, il est indiqué de renouveler l'épreuve quelque temps après.

La séro-réaction est-elle atténuée chez le nourrisson ? Il nous semble que non. Chez le jeune enfant sain, le pouvoir agglutinant du sérum ne serait pas supérieur au 1/25e pour Lesné et Binet, alors qu'il peut atteindre chez l'adulte le 1/50e. Les mêmes auteurs disent la séro-réaction un peu plus faible chez le nourrisson que chez l'adulte typhique.

Dans les cas observés par nous, le séro-diagnostic fut positif au 1/100e et quelquefois au 1/200e, une fois au 1/300e.

Il paraît prudent, en tout cas, de ne considérer comme indiscutables que les diagnostics basés sur un taux au moins égal à 1/50e.

De même, chez un enfant allaité par une typhique, un séro-diagnostic faible ne doit pas faire conclure à la transmission de la maladie, les anticorps passant facilement dans le lait maternel. La suspension de l'allaitement aurait pour effet la disparition de la réaction en quelques jours.

Le séro-diagnostic doit nous renseigner encore sur l'espèce microbienne en cause. C'est lui qui nous dira, avec les réserves que comporte le séro-diagnostic chez l'adulte (coagglutinines), si nous avons affaire à une typhoïde vraie à bacille d'Eberth, ou à une paratyphoïde A ou B.

La technique n'a rien de spécial avec le sérum du jeune enfant.

La conclusion qui s'impose est la nécessité impérieuse du séro-diagnostic et sa valeur pratique indiscutable.

Anatomie pathologique. — Certains cas relevant du médecin légiste, il est bon de savoir que les lésions anatomiques paraissent beaucoup plus effacées et superficielles que chez l'adulte.

Les plaques de Peyer et les follicules clos sont, en général, mous et tuméfiés, rarement ulcérés. Drewith a constaté une fois cependant la perforation intestinale.

Les ganglions mésentériques sont plus ou moins gros, le foie et la rate presque toujours hypertrophiés.

Signalons les lésions pulmonaires, quelquefois laryngées, l'hémorragie surrénale.

Pronostic. — Plus sévère dans son ensemble que chez le grand enfant, c'est l'âge surtout qui en fait la gravité. Plus l'enfant est jeune, plus le pronostic est sombre. Elevée dans la première année, la mortalité décroît progressivement au-dessus d'un an.

Les statistiques des divers auteurs sont assez discordantes : la mortalité serait de 73 p. 100 pour Griffith, de 64 p. 100 pour Forget, de 50 p. 100 pour MM. Marfan, Nobécourt et Voisin, de 25 p. 100, pour Mlle Saracino, de 16 p. 100 pour Crespin.

L'état antérieur de l'enfant est d'ailleurs un élément important du pronostic. « Les quelques cas que j'ai observés, écrit M. Marfan, en 1910, m'ont laissé l'impression que la dothiénentérie est très grave, souvent mortelle chez des nourrissons déjà atteints de troubles digestifs vulgaires et qu'elle guérit ordinairement chez ceux qu'elle surprend en bonne santé. »

De même, l'enfant nourri au sein résistera mieux que celui qui est allaité artificiellement.

Des éléments de pronostic peuvent être tirés des symptômes : un météorisme marqué, la sécheresse de la langue et la rapidité excessive du pouls impliquent pour M. Marfan un pronostic réservé, lorsqu'ils se trouvent réunis.

Traitement. Prophylaxie. — Le traitement doit satisfaire à trois indications : le régime alimentaire, la thérapeutique de l'infection, les précautions contre les complications secondaires.

L'*alimentation* doit être surveillée. Redouter une alimentation insuffisante, mais aussi une suralimentation qui provoquerait des fermentations intestinales et exagérerait les signes fonctionnels, la diarrhée en particulier. S'il est au sein, l'enfant

tétera toutes les deux heures ou deux heures et demie pendant cinq à dix minutes. Si l'enfant est sevré depuis peu, on le remettra au sein toutes les fois que la chose sera possible.

S'il est allaité au biberon, on emploiera le lait écrémé et coupé suivant l'âge et le degré de la fièvre, de moitié, du tiers ou du quart d'eau bouillie ou d'eau d'Evian.

Dans l'intervalle des biberons ou des tétées, pour activer la diurèse, on pourra donner de l'eau bouillie sucrée, dans laquelle on aura ou non fait infuser quelques feuilles de thé. On peut recourir aussi au bouillon de légumes très léger.

En cas de diarrhée très abondante : diète hydrique de vingt-quatre à trente-six heures, puis reprise progressive de l'alimentation par l'eau de riz, le bouillon de légumes, dans lequel on ajoutera peu à peu des quantités croissantes de lait écrémé. Ceci pour les enfants au biberon.

La *médication proprement dite* comporte essentiellement le bain qui est le meilleur antithermique.

Bain tiède à 35 degrés, jamais à moins de 32 degrés, d'une durée de dix minutes, donné toutes les trois heures, chaque fois que la température dépasse, atteint 39 degrés, ou s'en approche.

Le bain froid est contre-indiqué, M. Marfan a signalé les dangers de collapsus qu'il peut présenter.

L'application permanente de glace sur le ventre sera rarement préférée aux bains, d'un emploi plus facile chez le jeune enfant.

La broncho-pneumonie impose plus encore l'usage des bains.

S'il y a tendance au collapsus, M. Marfan conseille les injections sous-cutanées d'huile éthérée camphrée :

Camphre	0g50
Ether sulfurique	2 cc.
Huile d'olive stérilisée	8 cc.

Suivant l'âge, 1/4, 1/2 à 1 centimètre cube, une à trois fois par jour.

Ou encore :

Citrate de caféine	0g20
Eau distillée stérilisée	20 cc.

Un centimètre cube par jour en injection hypodermique qui correspond à 1 centigramme.

L'*urotropine*, antiseptique des voies biliaires et urinaires peut être donné à la dose de 0g10 à 0g15 par jour.

L'*aniodol* (xxx gouttes) a donné parfois de bons résultats.

S'abstenir absolument des purgatifs, des antithermiques qui provoquent parfois, chez le nourrisson, des crises d'hypothermie dangereuses.

Les *soins hygiéniques* doivent être rigoureux : fréquents lavages de la bouche, de la gorge, antisepsie des premières voies respiratoires par quelques gouttes d'huile eucalyptolée au 1/50e dans les narines, deux ou trois fois par jour.

Vaccinothérapie. — Il nous semble difficile de préciser actuellement quel appoint peut apporter au traitement de la fièvre typhoïde, chez le nourrisson, la vaccinothérapie. Cette thérapeutique, en effet, a été utilisée bien plus souvent chez les enfants déjà grands.

Et, là encore, l'opinion des auteurs, basée sur des faits cliniques, paraît un peu incertaine : nombre de cas favorables, certes, mais aussi des accidents. Tel ce cas de collapsus observé par M. Méry, chez un enfant de cinq ans qui reçut, au cours d'une typhoïde d'ailleurs très sévère, quatre injections successives du vaccin de Vincent.

Une discussion s'engage, sur ce cas, à la Société de pédiatrie (décembre 19.4) entre MM. Hutinel, Guinon, Comby, Armand Delille.

Elle nous invite à beaucoup de prudence vis-à-vis d'une thérapeutique qui n'est pas encore mise au point.

Signalons les cas favorables observés par P. Emile-Weill, dont une typhoïde chez un nourrisson de dix mois, traitée avec succès par le vaccin.

Mais aussi les cas de Deléarde et Leborgne : ces auteurs, sur 6 typhoïdes sévères ainsi traitées, voient survenir 2 décès et 2 rechutes.

Lassablière a vanté récemment l'emploi, chez un nourrisson typhique, d'un curo-vaccin atoxique.

La sévérité de la fièvre typhoïde du nourrisson, la gravité de ses complications, la part qu'y jouent sans doute — comme dans nombre des maladies du premier âge — les infections secondaires, justifient la difficulté où nous sommes, d'apprécier exactement la valeur de ce moyen thérapeutique.

Prophylaxie. — Le nourrisson typhique constitue un danger bien plus redoutable que l'adulte, au point de vue de la contagion. La manipulation de l'enfant et des langes souillés constitue une cause incessante de contamination pour l'entourage.

La méconnaissance ou le retard du diagnostic ne permet pas ou retarde la mise en œuvre des mesures prophylactiques.

Celles-ci se résument en un mot, la propreté : lavage soigneux du sein de la nourrice après chaque tétée, lavages rigoureux des mains, désinfection des selles, des urines de l'enfant, des langes souillés et des objets touchés par le malade.

Pendant la convalescence, administrer de l'urotropine par périodes intermittentes pour désinfecter la bile et les urines au moment de l'élimination des bacilles typhiques.

S'il s'agit, au contraire, d'une épidémie au voisinage d'un nourrisson, surveiller plus attentivement que jamais la stérilisation du lait et de l'eau de coupage, leur conservation à l'abri de toute cause de pollution, des mouches, en particulier.

Ne pas oublier la stricte propreté des biberons.

Eloigner l'enfant de tout malade, de tout convalescent ou de toute personne approchant un typhique.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD. *VIe Congrès national de gyn., obstétr. et péd.*, 1910; — *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 9 avril 1897.

ACHARD et BENSAUDE. Fièvre typhoïde chez une nourrice. Agglutination au bacille d'Eberth par le lait, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 31 juillet 1896, p. 679.

ACHARD et FLANDIN. Fièvre typhoïde chez un nourrisson, *Progrès méd.*, 10 juin 1911.

Mlle G. ATHIAS. Démembrement de la gastro-entérite infantile, *Th. d'Alger*, 1917.

BABONNEIX. Sur quelques cas de fièvre typhoïde infantile, *Gaz. des hôpit.*, 18 mars 1910.

BERGÉ et WEISSENBACH. *Soc. méd. des hôpit.*, 9 nov. 1911, n° 30, p. 279.

BERTHERAND. *Soc. de climatologie d'Alger*, nov. 1889.

BLACKADER. Enteric fever in Childhood, *Arch. of ped.*, 1901.

BLECHMANN. Deux cas de fièvre paratyph. B chez le nourrisson, *Le Nourrisson*, janv. 1922.

BLUHDORN. Cas de paratyph. B chez le nourrisson, *Monat. f. Kind.*, 1913, t. XII, p. 80; analysé in *Le Nourrisson*, 1914, p. 173.

BONDET. *Soc. nat. de méd. de Lyon*, 15 fév. 1897.

BOUCHUT. *Maladies des enfants à la mamelle*, 1878.
BOURDILLON. *Arch. de méd. des enf.*, sept. 1921, t. XXIV, n° 9.
BRELET. L'aphasie de la fièvre typhoïde infantile, *Gaz. des hôpit.*, 19 juin 1913; — La fièvre typhoïde chez les nourrissons, *Gaz. des hôpit.*, déc. 1911, p. 2.040; — La mort subite chez l'enfant, *Th. de Paris*, 1906.
CADET DE GASSICOURT. *Traité clinique des maladies de l'enfance*, 1882, t. II, p. 497.
CASSOUTE Fièvre typhoïde chez un enfant de deux mois, *Congrès d'obst., de gyn. et de péd.*, 1898, p. 600.
CHANTEMESSE et WIDAL. *Soc. méd. des hôpit.*, mars 1887.
CHANTEMESSE et RAMOND. Méningite tuberculeuse. Séro-diagnostic positif, *Soc. méd. des hôpit.*, 11 juin 1897.
CHARCELLAY. In Thèse Duhaut, Lyon 1893.
CLERC. Sur le séro-diagnostic chez les enfants, *Soc. de péd.*, 14 avril 1900.
COHEN. Fièvre typhoïde à l'âge de cinq mois. Guérison, *Journ. de méd. de Bruxelles*, 11 juillet 1907.
COLLEN. La température dans la fièvre typhoïde infantile, *Th. de Paris*, 1910.
COMBY. *Arch. de méd. des enf.*, 1913, p. 213.
COMBY et ZIELENSKY. *Traité des maladies des enfants*, 1907, p. 951.
CORBIN. Influence de la fièvre typhoïde sur la mère et le fœtus, *Th. de Paris*, 1890.
COURMONT. *Presse méd.*, 30 janv. 1897; — *Revue de méd.*, avril-mai 1900.
COURMONT et BARBAROUS. *Journ. de physiol. et de pathol.*, 15 janv. 1900, n° 4.
COUTURE. La fièvre typhoïde chez l'enfant et son séro-diagnostic, *Th. de Paris*, 1897.
CRESPIN. *Congrès de gyn., d'obst. et de péd.*, 1898, p. 603.
CRESPIN et ATHIAS. *Bull. de la Soc. de péd.*, 1919, t. XVII.
CRESPIN et SARACINO. *Arch. de méd. des enf.*, avril 1919, p. 183.
CROZER et GRIFFITH. Typhoïd fever in infancy an analysis of 75 cases, *Arch. of ped.*, août 1912, p. 565.
CRUCHET, ROCAZ et MÉRY. *La Pratique des maladies des enfants*, 1910, t. II.
CUCHEROUSSET. De la fièvre typhoïde chez l'enfant, *Th. de Paris*, 1902.
DAUVERGNE. Eléments de pronostic de la fièvre typhoïde chez l'enfant, *Revue prat. de gyn., d'obst. et de péd.*, 1907.
DAVIDSON. *Brit. med. Journ.*, 1902, t. II.
DAWTREY et DREWITH. Perforation intestinale chez un enfant de vingt et un mois, *Brit. med. Journ.*, 1894, in *Journ. de clin. et de thérap. inf.*, 1894.
DELÉARDE et LEBORGNE. Le vaccin antityphique de Besredka dans le traitement de la fièvre typhoïde de l'enfant, *Province méd.*, 21 juin 1913.
DELOZIÈRE. Syndrome spécial au cours de la fièvre typhoïde chez l'enfant, *Th. de Paris*, 1906.
DOUZEAU. Contribution à l'étude de la contagion directe de la fièvre typhoïde, principalement chez les enfants, *Th. de Paris*, 1900.
ETIENNE. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1896.
FORGET. Infection typhique chez le nourrisson, *Th. de Paris*, 1903.
FRISON. *Recueil de mémoires de médecine infantile*, 1867.
GARNIER et Mme HOVELACQUE. Méningite cérébro-spinale à bacilles d'Eberth chez un nouveau-né de trois semaines, *Le Nourrisson*, 1914, p. 211.
GARNIER et SIMON. Passage dans le sang des microbes intestinaux. *Soc. de biol.*, juin 1909.
GÉRAUDET. Complications méningées de la fièvre typhoïde chez l'enfant, *Th. de Bordeaux*, 1905.
GERHARDT. *Hand. d. kind. Krank.*, 1877, t. II, p. 369.
GOMEZ et FERRER. Sur les variétés de fièvre lente chez les enfants, *Congrès de gyn., d'obst. et de péd.*, 1898, p. 857.
GOODHARDT. *Traité pratique des maladies de l'enfance*, 1895.
GRANCHER, MARFAN et COMBY. *Traité des maladies de l'enfance*, 1897, t. I, p. 332.
GRENET. La fièvre typhoïde chez le nourrisson, *Monde méd.*, 25 oct. 1913.
GRIFFON et ABRAMI. Transmission par l'allaitement d'agglutinines au cours de la fièvre typhoïde, *Soc. méd. des hôpit.*, 1906, p. 1117.
GUINON et MEUNIER. *Soc. méd. des hôpit.*, 2 avril 1897.
HAND et WALKER. An anal. of seventy one cases of typhoïd fever, *Amer. Journ. of med. sc.*, 1902.
HAUSHALTER. *Soc. méd. de Nancy*, 1901; — *Presse méd.*, 30 sept. 1895, p. 505.
HEIMAN (Henry). Un cas de typhoïde chez un nourrisson de huit mois. Transmission par le lait maternel, *XXXIe Congrès de A. P. S.*, 1919.
HILDEBRAND. *Fort. der Med.*
HOLWEEDE (B. VON). *Para B bei Sanglinger falorb f. Kind.*, 1918, Bd LXXXVII, h. 4.
HUTINEL et DARRÉ. *Les Maladies de l'enfant*, 1909, t. I, p. 625.
KISSEL. Fièvre typhoïde chez un enfant de vingt mois, *Trotsh.*, 1896.
LAFFORGUE. Procédé nouveau d'hémoculture, *Soc. biologique*, 24 oct. 1908.
LAGANE. Fièvre paratyph. A chez un nourrisson de huit mois, *Gaz. des hôpit.*, juin 1914; — Infection éberthienne cérébro-spinale chez un nourrisson, *Le Nourrisson*, nov. 1913, p. 360.
LANDOUZY et GRIFFON. *Soc. de biol.*, 6 nov. 1897, p. 950.
LAWRENCE. *Boston med. and surg. Journ.*, 29 juillet 1909, p. 152.
LEGRY Etude sur le foie dans la fièvre typhoïde, *Th. de Paris*, 1890.
LEMERCIER. *Normandie méd.*, 1895.
LEMIERRE et JOLTRAIN. *Soc. méd. des hôpit.*, 22 nov. 1912, p. 581.
LESAGE. *Traité des maladies des enfants*, Paris 1911.
LESUEUR et MARCHAND. *Soc. méd. des hôpit.*, 20 déc. 1912, p. 785.
LETONDAL (P.). *Union méd. du Canada*, Montréal, août 1922, vol. LI, n° 8.
LOVE. *Brit. med. Journ.*, 1902.
MAIGNON. Contribution à l'étude des fièvres typhoïde et paratyphoïde chez les nourrissons, *Th. de Paris*, 1913.
MARFAN. Introduction à la médecine des enfants, in *Traité des maladies des enfants*, 1909, t. I; — *Tribune méd.*, 10 et 17 avril 1895. p. 294 et 310; — La fièvre typhoïde congénitale, *Revue d'obst. et de péd.*, janv. 1895; — Transmission des maladies infectieuses par le lait, *Le Nourrisson*, janv. 1916, p. 34; — *Bull. de la Soc. de péd. de Prris*, 1900, p. 20 et 67; — *Introduction à l'étude des maladies des voies digestives de la première eufance*, 1920.
MARSHAUSEN. Klinik der Paratyphus B in Sanglingsaler, *Monat. f. Kind.*, 1919, Bd XV, nos 11-12.
MASBRENIER. Emploi des procédés de laboratoire dans le diagnostic pratique de la fièvre typhoïde de l'enfance, *Th. de Paris*, 1900.
MÉRY. Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde normale chez l'enfant, *La Clinique*, 13 sept. 1907; — *Bull. de la Soc. de péd.*, déc. 1913; — *Paris méd.*, 17 avril 1913.
MÉRY, GUILLEMOT et GÉNÉVRIER. *La Pratique des maladies de l'enfance*, t. I.
MOIZARD et GRENET. *Arch. méd. des enf.*, janv. 1903.
MORALES et WILLAZON. La bacteroterapia antityphica en el nino, *Rev. de bact. e hygiene*, mars 1919, et in *Arch. des mal. des enf.*, 1920, p. 560.
MOSSÉ et DANNIC. *Gaz. méd. des hôpit.*, 9 mars 1897.
NETTER. *Soc. de péd. de Paris*, 1900, p. 2.
NETTER et RIBADEAU-DUMAS. *Congrès intern. de méd.*, Budapest 1909.
NEUHAUS. *Berl. klin. Woch.*, 1888.
NOBÉCOURT. La fièvre typhoïde chez l'enfant, *La Médecine*, août 1921, n° 11.
NOBÉCOURT et BERTHERAND. *Bull. de la Soc. de péd.*, 9 oct. 1900, p. 193.
NOBÉCOURT et VOISIN. *Revue mens. des mal. de l'enfance*, 1903.
NOYER. Fièvre typhoïde chez l'enfant, *Revue des mal. de l'enfance*, 1895.
OLIMPIO et COZZOLINO. *La Pediatra*, 30 mars 1899, traduit par le *Journ. de clin. et therm. inf.*, 20 avril 1899.
PARROT. La fièvre typhoïde chez les enfants, *Progrès méd.*, 1883.
PÉHU. Allaitement et fièvre typhoïde, *Journ. d'obst., de gyn. et de péd.*. 20 janv. 1907.
PÉHU, FAVRE et GILLY. Sur un cas de fièvre typhoïde à évo-

lution rigoureusement régulière chez un nourrisson, *Le Nourrisson*, mai 1914, p. 156.
PORCHER et DREYFUS. Le lait et la fièvre typhoïde, *Le Nourrisson*, 1917, p. 156.
REHER. Zur analogie der abdominalis typhus, *Arch. f. experim.*, 1885.
RÉNON. *Semaine méd.*, 24 oct. 1900.
RIBADEAU-DUMAS et MÉNARD. *Bull. de la Soc. de biol.*, 7 déc. 1907.
RILLIET et BARTHEZ. *Traité des maladies des enfants*, 1853, t. II.
RIVOIRE (Mme). La fièvre typhoïde chez les enfants, *Th. de Montpellier*, 1898.
ROSENTHAL. *Bull. de la Soc. de péd.*, mars 1900, p. 100.
SACQUÉPÉE et CHEVREL. *Progrès méd.*, 6 fév. 1909.
SAINT-GIRONS Les diarrhées par élimination microbienne ou toxique chez le nourrisson, in Thèse et *Le Nourrisson*, mai 1913.
SALÈS et VALLERY-RADOT. Fièvres typhoïde et paratyphoïde chez le nourrisson, *Le Nourrisson*, janv. 1922.
SAUMELS. *New-York méd. Journ.*, 1900, in *Arch. de méd. des enf.*, 1901.
SARACINO (Mlle). La fièvre typhoïde chez le nourrisson, *Th. d'Alger*, 1915.
SBRANA. *Arch. de méd. des enf.*, janv. 1899.
SERGENT. *Traité de médecine* : MALADIES.
STOLKING et A. LOREY La fièvre paratyphoïde chez les enfants, *Brit. Journ. child. dis.*, juillet et sept. 1918, nos 175-177.
STOWEL. Enteric fever in childhood, *Arch. of ped.*, 1901, in *Arch. de méd. des enf.*, 1901.
THAON. Fièvre typhoïde des enfants, *Mouvement méd.*, 1872.
THIERCELIN et LENOBLE. Action agglutinante du lait d'une typhique sur les cultures d'Eberth, *Presse méd.*, 1896.
TRILIAT et FOUASSIER. Sur la contamination du lait par le bacille typhique, par l'eau, *Acad. des sciences*, 23 juin 1913; — Le développement du bacille d'Eberth dans le lait, *Acad. des sciences*, 29 mai 1916, et *Le Nourrisson*, 1917, p. 363.
TROUILLEUR. Fièvre typhoïde et allaitement, *Th. de Lyon*, 1908.
TURQUETY. Etude des septicémies et de la bacillémie tuberculeuse dans la première enfance, *Th. de Paris*, 1921.
VARIOT. Immunité des nourrissons contre certaines maladies infectieuses, *Clinique infantile*, 15 oct. et 1er nov. 1911, p. 609 et 614.
VIBERT. Trois cas de mort subite par fièvre typhoïde chez des enfants à la mamelle, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, oct. 1881, p. 353; — Une cause de mort subite chez les petits enfants, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1885, p. 48.
WEILL (E.). *Précis de médecine infantile*, 1905, t. I, p. 211.
WEILL. Vaccinothérapie de la fièvre typhoïde chez l'enfant, *Pédiatrie*, 30 nov. 1913.
WIDAL et SICARD. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai 1897; — *Soc. de biol.*, 24 juillet 1897, p. 804.
ZERBINO. Fiebre typhoïda a forma enterocolitica disenteriforme, *Rev. med. del Uruguay*, sept. 1917, p. 554, et *Le Nourrisson*, 1918, p. 256.

SOCIETES SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1922)

La botryomycose du mouton. — M. AYNAUD.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1922)

Distribution des prix. — M. SOUQUES, secrétaire annuel, donne lecture du rapport sur les prix. Il termine par l'hommage traditionnel aux membres décédés au cours de cette année.

M. LE PRÉSIDENT donne connaissance des noms des lauréats et des prix décernés. (Voir page suivante.)

Tuberculose et grossesse. — M. SERGENT, dans une nouvelle communication d'une parfaite précision scientifique, d'une grande élévation de pensée et, chose rare, écoutée avec le plus respectueux silence, aborde, de nouveau, cette grave question et déroute les opinions de ses collègues, MM. Bar et Pinard. Il rappelle avoir, dans sa première communication de juillet, insisté sur l'importance, pour les praticiens, de porter toute leur attention sur l'évolution de la tuberculose chez les femmes enceintes et de la conduite à tenir dans cette grave question d'ordre social et même religieux. Le diagnostic de la tuberculose est parfois difficile. M. Sergent cite l'exemple d'une jeune fille qui était, prétendait-on, atteinte de granulie. Elle se marie, devient enceinte. On craignait fort l'influence fâcheuse de la grossesse. Il n'en fut rien et la jeune femme accouche à terme et guérit de sa granulie. Dans ce cas, il n'avait même pas été fait d'examen des crachats. Alors même qu'on a fait un diagnostic certain de tuberculose, il est difficile de faire un diagnostic de l'évolution qu'elle présentera. Il n'est pas possible de fonder un jugement quelconque sur les résultats de la cutiréaction. M. Bar en a donné des preuves. La cutiréaction peut fournir un renseignement sur le diagnostic immédiat, mais non sur le diagnostic éloigné. Il est également difficile de poser des principes absolus sur les statistiques. Mais ce qu'on peut affirmer, c'est que dans un certain nombre de cas, la gestation peut provoquer un réveil d'une tuberculose ancienne et aggraver une tuberculose en évolution.

Une tuberculose ancienne peut rester latente et nous savons qu'elle peut se réveiller au cours d'une grossesse, comme au cours d'une rougeole, d'une grippe ou d'une fièvre typhoïde. Comme ces maladies, la grossesse peut être un facteur de réveil d'une tuberculose ancienne. Il y a là aussi une question de terrain. Il en résulte donc certaines difficultés d'interprétation. M. Sergent divise les malades dont il s'agit en deux grandes catégories : 1° Les femmes ayant présenté des lésions tuberculeuses avant la grossesse; 2° les femmes en puissance de tuberculose latente au moment de leur grossesse. Chez les femmes ayant eu une poussée de tuberculose avant leur grossesse et étant considérées comme guéries sont celles, qui d'après les observations de M. Bar et de M. Sergent, sont exposées, au cours de leur grossesse, à ces réveils dramatiques dont ils ont, l'un et l'autre, fournit des exemples. Il faut donc surveiller, avec le plus grand soin, ces femmes, au cours de leur grossesse. M. Sergent cite l'exemple d'une jeune femme qui, deux mois après son mariage, présente des signes de tuberculose. M. Sergent prescrit : « Surtout pas de grossesse. » Malgré cet avis, cette jeune femme devient enceinte, se considérant comme bien portante. Elle accouche et quelques jours après, son accoucheur, M. Funck-Brentano, appelle en consultation, M. Sergent, sa malade ayant eu brusquement 40 degrés de température, sans le moindre signe d'infection péritonéale; deux mois après elle mourait de tuberculose généralisée. Ayant observé plusieurs faits de ce genre, M. Sergent est devenu très pessimiste. « C'est dans ces cas, si l'on peut les prévoir, qu'il y a lieu de recourir à une mesure radicale, c'est-à-dire à l'interruption de la grossesse. » Il est bien entendu que ces cas sont exceptionnels.

Jusqu'ici, sur le grand nombre de femmes enceintes tuberculeuses qu'il a observées, M. Sergent n'a dû conseiller que trois fois cette interruption de la grossesse et ces trois malades ont guéri.

Il est une autre catégorie de femmes chez lesquelles la tuberculose apparaît après la grossesse et qui présente des lésions locales qui n'évoluent pas. Il en est d'autres qui sont en pleine évolution tuberculeuse quand survient la grossesse, celle-ci peut donner un coup de fouet terrible et imprimer une marche rapide à la tuberculose.

On a cité des cas où la tuberculose n'a pas parue influencée par la grossesse, mais chez ces femmes c'est souvent *post partum* qu'éclatent de graves accidents. Combien de femmes aussi ont eu, dans leur enfance, quelques tares tuberculeuses, une pleurésie, une hémoptysie, une écrouelle et qui ont sem-

blé complètement guéries, qui se sont mariées, sont devenues enceintes et ont vu leur tuberculose ancienne se réveiller, soit au cours de la grossesse, soit *post partum*.

Enfin n'a-t-on pas vu des jeunes femmes avoir une grossesse normale, un accouchement normal, puis ayant de la peine à se remettre, ayant un peu de température le soir, se mettant à tousser et à expectorer. L'auscultation révèle un début de tuberculose.

Tous ces faits ne prouvent-ils pas l'importance étiologique de la grossesse sur le réveil de la tuberculose?

En terminant M. Sergent nous donna cette statistique impressionnante : il a pris, dans son cabinet, 89 fiches de jeunes filles tuberculeuses, s'étant mariées, devenues enceintes. Sur ce nombre, 23 fois la grossesse a réveillé la tuberculose, soit 25,85 p. 100. Dans une statistique du même genre, M. Léon Bernard serait arrivé au chiffre de 18 p. 100, on ne saurait donc nier l'influence incontestable de la grossesse sur le réveil de la tuberculose.

Faut-il en présence de ces faits garder un silence hypocrite? Faut-il interdire le mariage aux tuberculeuses? La grossesse aux tuberculeuses mariées? Enfin faut-il interrompre la grossesse en cas de réveil de la tuberculose?

Telles sont les questions qu'examine successivement M. Sergent avec un bon sens physique parfait et une autorité incontestable qui donne un grand poids à ses conclusions qu'il maintient.

M. Wallich demande un supplément d'enquête. Dans les maternités, les femmes tuberculeuses ne sont admises que pour leur accouchement C'est le meilleur moyen à employer pour qu'elles ne propagent pas la contagion. Il est donc bien difficile d'avoir sur elles des renseignements précis. L'importance du sujet en discussion demande qu'on fasse la lumière.

Sans doute les statistiques de MM. Bar et Sergent sont impressionnantes et montrent un examen approfondi.

M. Balthazard a montré quelles sont exactement, d'après la loi française, les limites au delà desquelles l'avortement thérapeutique ne saurait être autorisé. L'article 317 du Code pénal exige qu'il y ait nécessité, que la vie de la mère soit en très grand danger, que le danger de mort provienne bien du fait de la grossesse et non d'une autre cause.

Le lait naturel aliment opothérapique. — M. Cassoute (de Marseille).

Knock out et psychoses de guerre. — M. Livet.

PRIX DÉCERNÉS EN 1922

Prix de l'Académie (1.000 fr.). — Le prix est décerné à M. le Dr Louis-François Weitzel, médecin-major de 1re classe à Saint-Etienne. Une mention très honorable est accordée à M. le Dr H. Billet, professeur au Val-de-Grâce, à Paris.

Prix Alvarenga de Piauhy [Brésil] (1.000 fr.). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une mention honorable à M. le Dr Hébert (d'Audierne).

Prix Amussat (1.200 fr.). — L'Académie partage le prix de la façon suivante, en accordant : 800 fr. à MM. P. Brocq, R. Ducastaing et J. Reilly (de Paris); 400 fr. à M. le Dr Pierre Rolland, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Apostoli (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Villemur (de Toulouse).

Prix Argut (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. Lucien Cornil, préparateur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris.

Prix François-Joseph Audiffred (un titre de 24.000 fr. de rente). — Le prix n'est pas décerné.

Prix Baillarger (2.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Julien Raynier, médecin des Asiles, inspecteur des services administratifs aux ministères de l'Intérieur et de l'Hygiène, et Henri Beaudouin, médecin chef de service à l'Asile interdépartemental de Clermont-de-l'Oise.

Prix Barbier (2.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Fortineau (de Nantes).

Prix Berraute (un titre de 3.092 fr. de rente). — L'Académie décerne à titre de prix les arrérages de cette fondation à M. le Dr Albert Peyron, directeur des recherches sur le cancer à l'Ecole des Hautes-Etudes, Paris. Une mention honorable est accordée à MM. les Drs P. de Backer et F. Derom, de l'Université de Gand (Belgique).

Prix Louis Boggio (4.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. A. Goris et A. Liot (de Paris).

Prix Charles Boullard (2.000 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

Prix Mathieu Bourceret (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Jean Mouzon (de Paris).

Prix Henri Buignet (1.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Loisel (de Paris).

Prix Campbell-Dupierris (2.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr O. Pasteau (de Paris).

Prix Capuron (1.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. Adolphe Lepape, chef des travaux de recherches physico-chimiques à l'Institut d'hydrologie et de climatologie de Paris.

Prix Civrieux (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs J.-A. Sicard et J. Paraf (de Paris).

Prix Clarens (500 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs J. Legeay, licencié ès sciences naturelles, et A. Liot, préparateur à l'Académie de médecine, Paris.

Prix Desportes (1.500 fr.). — L'Académie divise le prix de la façon suivante, en accordant : 900 fr. à M. le Dr Kouindjy (de Paris); 600 fr. à M. le Dr Gaston Lyon (de Paris).

Prix Georges Dieulafoy (2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. le Dr Louste, médecin de l'hôpital Saint-Louis, et E. Fatou, interne de l'Hôtel-Dieu, Paris.

Fondation Ferdinand Dreyfous (1.400 fr.). — Les arrérages de cette fondation sont décernés, à titre d'encouragement, à M. André Jacquelin, interne en médecine des hôpitaux de Paris.

Concours Vulfranc-Gerdy. — L'Académie a accordé, en 1922, à M. Lanos, stagiaire : une somme de 1.500 fr. pour sa mission à Luchon en vue d'étudier les eaux au point de vue oto-rhino-laryngologique.

Prix Ernest Godard (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs E. Chabrol et Henri Bénard (de Paris).

Prix Jacques Guérétin (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Ch. Laubry (de Paris) et C. Pezzi (de Milan).

Prix Pierre Guzman (un titre de rente de 1.328 fr.). — L'Académie accorde à titre de prix les arrérages de cette fondation à MM. les Drs Clerc, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et Pezzi, professeur à la Faculté de médecine de Milan.

Prix Théodore Herpin [de Genève] (3.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Henri Ernst, médecin à Divonne-les-Bains.

Prix Herpin [de Metz] (2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr A. Pettit, Institut Pasteur, Paris.

Prix Huguier (4.000 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

Prix Jacquemier (2.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Pierre Lantuéjoul, chef de clinique à la Pitié, Paris.

Prix Laborie (6.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Auguste Broca, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Prix du baron Larrey (500 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Aimé Gauthier, directeur du Service de santé de la Mission militaire française en Pologne, et Louis Armand, médecin-major de 2e classe, adjoint à la direction dudit Service. Des mentions honorables sont accordées à MM. les Drs Thoulon, médecin principal de 1re classe des troupes coloniales; Philippe Cadenaule (de Bordeaux); Coullaud, chirurgien à l'hôpital militaire Villemin, Paris.

Fondation Laval (1.200 fr.). — L'Académie décerne, à titre d'encouragement, la somme de 1.200 fr. à M. Pierre-Alexandre-Eugène Lecœur, étudiant à la Faculté de médecine de Paris.

Prix Magitot (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Dufourmentel, chef de clinique à la Faculté, et L. Frison, directeur de l'Ecole dentaire de France, Paris.

Prix Claude Martin [de Lyon] (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Marcel Darcissac (de Paris).

Prix Mège (1.500 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère [Drôme (2.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Flavien

Bonnet-Roy (de Paris). Une mention très honorable est accordée à MM. les Drs Claqué, chef de service d'oto-rhino-laryngologie à la clinique Pasteur de Bordeaux, et Vandenbossche (de Paris).

PRIX ADOLPHE MONBINNE (1.500 fr.). — L'Académie divise le prix de la façon suivante, en accordant : 375 fr. à M. le Dr Heckenroth, médecin de l'hygiène à Dakar; 375 fr. à M. le Dr Gustave Martin, médecin principal des troupes coloniales, Paris; 375 fr. à M. le Dr Nguyen-Van-Thinh (de Paris); 375 fr. à MM. Henri Vélu, chef du laboratoire du Service de l'élevage au Maroc, à Casablanca, et Jean Barotte, vétérinaire aide-major de 1re classe, directeur du Service vétérinaire des T. O. M.

PRIX OULMONT (1.000 fr.). — Le prix est décerné à M. Michon, interne à l'hôpital Lariboisière, Paris.

PRIX PANNETIER (4.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Boquet et Nègre, chefs de laboratoire à l'Institut Pasteur de Paris.

PRIX PORTAL (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Léon Binet et Pierre Brocq (de Paris).

PRIX POURAT (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Garrelon (de Paris).

PRIX SABATIER (600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr R. Porak, professeur à l'Ecole de médecine de Chang-Haï.

PRIX SAINTOUR (5.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs E. Lesné et Léon Binet (de Paris). Une mention très honorable est accordée à M. le Dr André Thomas (de Paris).

PRIX STANSKI (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Armand-Delille, G. Paisseau, P. Abrami et Henri Lemaire (de Paris).

PRIX TARNIER (4.500 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX VERNOIS (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs A. Besson, médecin-major de 1re classe, et V. de Lavergne, médecin-major de 2e classe, agrégé au Val-de-Grâce, Paris. Une mention très honorable est accordée à MM. le Dr A. Loir, du bureau d'Hygiène, et H. Legangneux, pharmacien, Le Havre.

PRIX ZAMBAGO (600 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Menaut, médecin de 2e classe de l'Assistance, et H. Baisez, médecin-major de 2e classe des troupes coloniales, à Talence.

SERVICE DES ÉPIDÉMIES. — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a bien voulu accorder les récompenses ci-après aux personnes qui se sont particulièrement signalées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies observées en France et dans les pays de protectorat pendant les années 1919 et 1920 :

Médailles d'or : MM. les Drs Jules Bauzon (de Chalon-sur-Saône) et Ott (de Rouen).

Médailles de vermeil : MM. les Drs Guilhaud (de Paris) et Ginestous (de Bordeaux).

Médailles d'argent : MM les Drs Emeric (de Saint-Etienne), Laubie (de Corrèze), Paquet (de Beauvais).

Rappels de médaille d'argent : MM. les Drs Albert Cartron et Maurice Bacqué, médecins du 15e rég. de tirailleurs sénégalais.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — L'Académie a proposé et, M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales de la France, pendant l'année 1920, des médailles d'honneur de l'hygiène publique aux personnes dont les noms suivent :

Médaille d'or : M. Lepage (de Paris).

Médaille de vermeil : M. le Dr Ferreybolles (de La Bourboule).

Rappels de médailles de vermeil : MM. les Drs Fleury (de Rennes), Raymond Molinéry (de Bagnères-de-Luchon), F.-Henri Pelon (de Luchon).

Médaille d'argent : M. le Dr Richard-Pomarède (de Capvern).

Rappel de médaille d'argent. — M. le Dr A. Mougeot (de Royat).

Médailles de bronze : MM. les Drs G. Billard et Dagniac (de Royat), Roger Hyvert (de Pougues), Veyrières (de La Bourboule).

Service de la vaccine. — L'Académie accorde pour le service de la vaccine en 1921 :

Médaille de vermeil : M. le Dr Gaston Rafinesque (de Paris).

Rappels de médailles de vermeil : MM. les Drs Journiac et Zibelin (de Paris).

Médailles d'argent : MM. les Drs Chevallereau et Froment (de Paris).

Rappels de médailles d'argent : MM. les Drs Breucq (de Bayonne), Le Mière (de Paris), Reumaux (de Dunkerque), Vigouroux (de Paris).

Médailles de bronze : MM. les Drs Bloch et Delaunay (de Paris), Hubert (de Cherbourg), Laurand (de Paris), Mary (du Bourget), Metenier (de Villejuif), Richard (de Champigny-sur-Marne), Sergent (de Levallois-Perret).

Service de l'hygiène de l'enfance. — M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2.000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel. — L'Académie accorde :

Rappels de médailles d'or : MM. les Drs Broudic et Ledé (de Paris).

Rappels de médailles de bronze : M. le Dr Cougoule (de Draguignan).

Médailles de bronze : MM. les Drs Bocquillon (de Châlons-sur-Marne), Bruneau (d'Epernon), Raoul Labbé et Macaigne (de Paris), Omont (de Pont-Audemer), R. Vaillant (de Chartres), André Vullien (de Tunis).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 6 décembre 1922)

L'incision transversale antérieure dans les opérations sur le rein. — M. Pierre Bazy fait un rapport sur trois observations adressées par MM. Combier, Murard et Emile Vielle relatives à des néphrectomies pratiquées soit pour cancer, soit pour tuberculose ou hydronéphrose par une incision transversale antérieure, et ayant donné de très bons résultats. M. Bazy joint à ces faits 43 observations personnelles dans lesquelles il a eu recours également à cette voie transversale antérieure. Cette voie a pour avantage de donner un jour énorme, de faciliter singulièrement l'abord du rein qu'il s'agisse de tuberculose, de cancer ou d'hydronéphrose. Dans ces cas, il n'y eut aucune réaction péritonéale, M. Bazy sans repousser complètement la voie lombaire, estime que dans la grande majorité des cas il serait préférable de recourir à l'incision antérieure transversale, que l'on peut d'ailleurs prolonger vers la région lombaire si cela est nécessaire. Il fait observer qu'aucun chirurgien n'hésite à recourir à cette incision dans les cas d'affections des voies biliaires. Pourquoi ne pas s'en servir également pour le rein?

Nous rappellerons à ce sujet que Péan, lorsqu'il a proposé de remplacer l'incision lombaire verticale par l'incision transversale, n'a pas manqué de faire observer que dans certains cas, on pourrait prolonger cette incision vers la paroi antérieure, ce qui pourrait faciliter singulièrement l'opération.

L'invagination intestinale chez les nourrissons. — M. Veau fait un rapport sur une très intéressante communication de M. Pouliquen relative au traitement de l'invagination intestinale chez les enfants par l'intervention précoce, M. Pouliquen apporte 14 observations avec 11 guérisons, M. Veau pense qu'il faut louer, sans réserves, M. Pouliquen, non seulement de ses beaux succès opératoires, mais aussi

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Artériosclérose (2e édition, revue, corrigée et augmentée) [Collection des « Maladies de la cinquantaine », t. III], par Arthur LECLERCQ, lauréat de l'Académie de médecine, lauréat de la Faculté. In-8 carré de 200 pages. Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin.

de la propagande bienfaitrice qu'il a faite auprès des médecins pour faire un diagnostic précoce et conseiller, dans ces cas, l'intervention chirurgicale qui est d'une extrême urgence.

M. HALLOPEAU appuie énergiquement la proposition de M. Veau et rappelle que la plupart du temps les médecins envoient trop tard ces petits malades aux chirurgiens et qu'ils se rendent ainsi responsables de la mort de ces enfants.

M. MOUCHET demande que cette question soit mise à l'ordre du jour. Il doit lui-même faire prochainement un rapport sur des faits analogues à ceux qui sont présentés par M. Pouliquen et qui sont dus à M. Lepoutre.

Luxation du semi-lunaire. — M. JACOB fait un rapport sur deux observations de luxation du semi-lunaire traitées avec succès par la réduction sous l'écran par M. Coulot.

Accidents éloignés consécutifs à la présence d'un projectile dans le canal rachidien. — M. SENCERT (de Strasbourg) communique l'intéressante observation d'un blessé de guerre qui a conservé, pendant quatre ans, dans le canal rachidien une balle sans en éprouver le moindre inconvénient. Puis il a été pris progressivement de phénomènes paralytiques ayant abouti à une paraplégie complète avec rétention d'urine. Une radiographie a montré la présence de la balle dans le rachis. M. Sencert a pratiqué une laminectomie au niveau des septième, huitième et neuvième vertèbres; il est arrivé sur une sorte de tumeur fibreuse au centre de laquelle se trouvait la balle. Très rapidement les troubles paralytiques ont disparu, cet homme est complètement revenu à l'état normal.

M. BAUMGARTNER rapporte un fait analogue : un blessé en 1914 avait suppuré pendant plusieurs mois, puis avait guéri et était retourné au front jusqu'à la fin de la guerre. Quatre ans après, étant à bicyclette, il est tombé brusquement paraplégique. La radiographie a montré la présence d'un schrapnel intrarachidien, au niveau de la 4e vertèbre, laminectomie; le schrapnel était intradureméricn, ablation, guérison.

M. TUFFIER cite un cas analogue dans lequel il lui semble bien que c'est la gangue fibreuse entourant la balle qui, en progressant, a causé la compression de la moelle qui a entraîné les troubles paralytiques.

Lymphatiques du gros intestin. — M. DESCOMPS a fait de nombreuses recherches anatomiques à ce sujet dont on conçoit l'importance en raison des nombreuses opérations que l'on pratique aujourd'hui sur le gros intestin.

Pseudarthroses. — M. DUJARIER présente deux malades qu'il a traités, avec succès, de pseudarthrose du col du fémur par la greffe ostéo-périostique.

Double néphrectomie chez la même malade. — Très belle présentation par M. LEGUEU d'une jeune femme atteinte de tuberculose rénale double chez laquelle il a pu constater, à l'aide d'examens répétés, l'existence d'un rein supplémentaire, ce qui lui a permis de pratiquer chez cette malade une néphrectomie totale du côté droit et quelque temps après, une néphrectomie partielle du côté gauche. L'opération date de plus de deux ans et la malade va aussi bien que possible.

La méthode de Willems dans le traitement des arthrites suppurées. — M. DUGUET (de l'armée) présente un malade qu'il a traité par l'arthrotomie, le nettoyage du coude avec l'éther, la fermeture et la mobilisation précoce, selon la méthode de Willems. Après cette mobilisation, la température du malade est montée à 40 degrés, il y a eu un phlegmon diffus et il a fallu procéder à la résection, M. Duguet accuse, dans ce cas, la mobilisation immédiate qu'il a pratiquée.

Cette observation donne lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. Arrou, Hallopeau, Tuffier, Lenormant, Pierre Duval, Alglave, Mauclaire et Duguet. Il ressort de cette discussion que la méthode de Willems, qui a suscité à la fin de la guerre un certain enthousiasme, semble être un peu moins en faveur.

NOTES POUR L'INTERNAT

ORIFICE DU SINUS MAXILLAIRE

Met en communication sinus et fosses nasales. Intérêt car sa forme, topographie et situation expliquent la cause des rétentions purulentes dans le sinus, leurs complications et leurs indications opératoires spéciales.

3 chapitres : orifice sur l'os séparé, sur l'os articulé, sur le sujet entier.

I. **SUR L'OS SÉPARÉ**. — Sur la base (face interne ou nasale) de la pyramide maxillaire s'ouvre, au-dessus de l'apophyse palatine un large orifice « assez grand pour permettre le passage de la 1re phalange du pouce » (Poirier), triangulaire à angles arrondis, dont le contour est constitué en bas par 2 lames tranchantes qui s'entrecroisent et interceptent une fente oblique en bas, en arrière et en dedans (Sappey), l'incisure palatine. Il est limité — en haut par surface étroite articulée avec face inférieure de masses latérales, de l'ethmoïde (cellules ethmoïdo-maxillaires) — en bas par large gouttière répondant au méat inférieur — en avant, par gouttière lacrymale en avant de laquelle se voient les 2 crêtes turbinales supérieure et inférieure et au-dessous de laquelle est une surface lisse appartenant au méat inférieur — en arrière par surface rugueuse, traversée obliquement par large gouttière lisse, pour union avec face externe de lame verticale du palatin et formation du canal palatin postérieur.

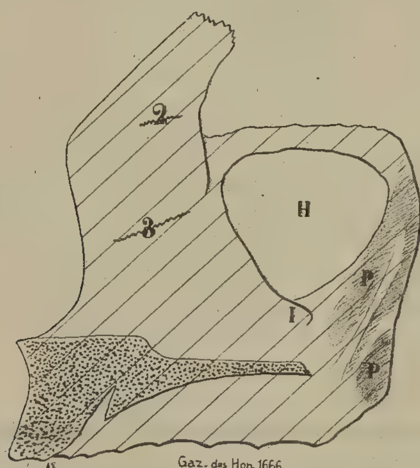


FIG. 1. — *Face interne du maxillaire supérieur droit.* — 2. Crête du cornet moyen. — 3. Crête du cornet inférieur. — H. Orifice du sinus maxillaire. — I. Incisure palatine. — P. Zone d'articulation avec le palatin.

II. **SUR L'OS ARTICULÉ**. — Orifice modifié dans forme et étendue par différents os qui complètent la paroi externe des fosses nasales et se disposent en 2 plans, unguis et palatin d'une part, ethmoïde et cornet inférieur d'autre part. — En avant : unguis, articulé avec deux lèvres de gouttière ainsi transformée en canal lacrymo-nasal, empiète légèrement par sa face externe sur l'orifice. — En arrière : lame verticale du palatin, montrant sur sa face interne 2 crêtes turbinales, recouvre une portion de l'orifice en encastrant un prolongement anguleux de son bord antérieur dans incisure palatine, si bien qu'une petite portion antérieure de face externe sera recouverte par la muqueuse du sinus. — En haut : masses latérales de l'ethmoïde, de la face interne desquelles, se détachent, au-dessous du ou des cornets supérieurs : 1° le cornet moyen, lamelle enroulée sur elle-même allant s'insérer sur les crêtes turbinales supérieures du maxillaire et palatin, dont le bord adhérent figure une ligne brisée à angle droit à l'union de son 1/3 antérieur avec 2/3 postérieurs, et dont la face convexe forme avec la cloison la fente olfactive; 2° l'apophyse unciforme dont l'extrémité supérieure entre en contact avec bord postérieur de apophyse montante maxillaire et avec face interne de l'unguis, si bien qu'on pourrait la croire détachée de cet os; lamelle osseuse enroulée à la façon des cornets, oblique en bas et en arrière, dépassant le bord inférieur du cornet moyen en passant au-devant de l'orifice pour s'articuler en bas avec apophyse du cornet inférieur, et en arrière avec bord antérieur du palatin au moyen d'aiguille

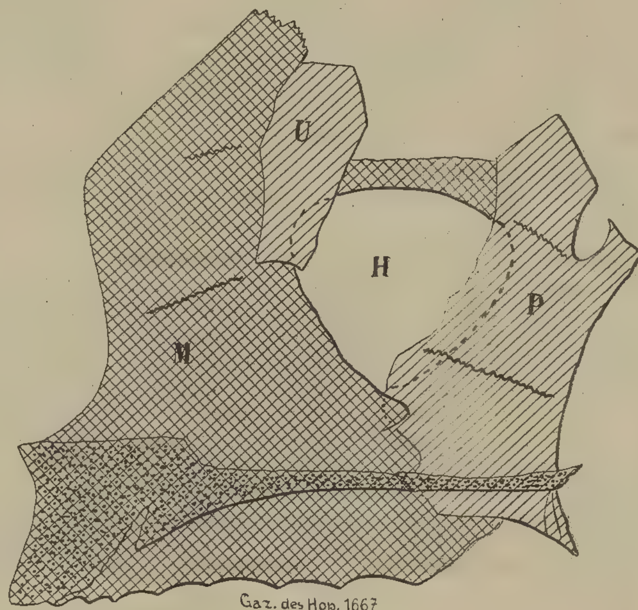


FIG. 2 (d'après ROUVIÈRE). — *Maxillaire supérieur articulé avec l'unguis et le palatin.* — M. Maxillaire. — U. Unguis. — P. Palatin. — H. Orifice du sinus maxillaire.

osseuse inconstante; 3° la bulle ethmoïdale, forme et volume variable, sorte de soufflure du labyrinthe ethmoïdal refoulant cornet moyen vers la cloison. — En bas : cornet inférieur, os indépendant, coquille fusiforme, insérés par tête et queue

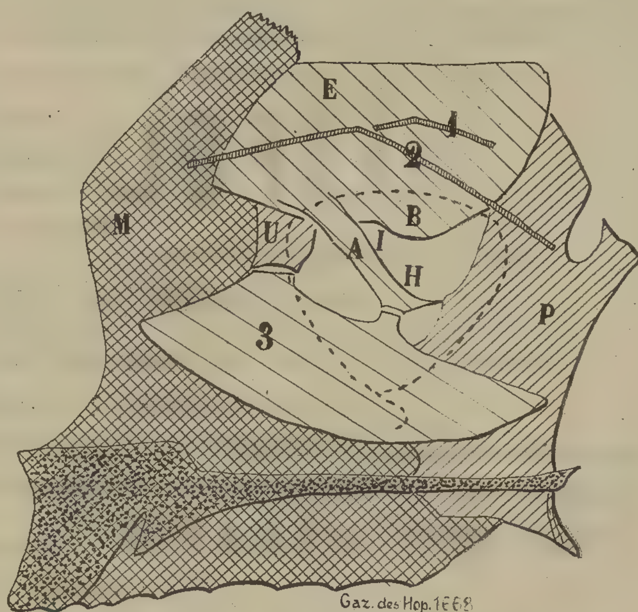


FIG. 3 (d'après ROUVIÈRE). — E. Ethmoïde. — B. Bulle ethmoïdale. — A. Apophyse unciforme. — I. Gouttière de l'infundibulum. — 1. Section de l'insertion du cornet supérieur. — 2. Section de l'insertion du cornet moyen. — M. Maxillaire supérieur. — P. Palatin. — U. Unguis. — 3. Cornet inférieur avec ses deux apophyses unguéale et ethmoïdale. — H. Situation de l'Hiatus maxillaire sur la paroi externe des fosses nasales.

sur crêtes turbinales inférieures du maxillaire et palatin. Son bord supérieur présente 3 apophyses : 1° l'une moyenne, apophyse auriculaire, large lame triangulaire descendante qui s'accroche au contour inférieur de l'orifice du sinus et s'articule par son bord postérieur avec bord antérieur du palatin dans la cavité sinusale; 2° apophyse unguéale, anté-

rieure, sorte de demi-gouttière montant verticalement pour s'unir au bord inférieur unguis et compléter ainsi le canal lacrymo-nasal; 3° apophyse ethmoïdale, postérieure, très petite, s'avançant sur l'orifice du sinus pour s'articuler avec apophyse unciforme.

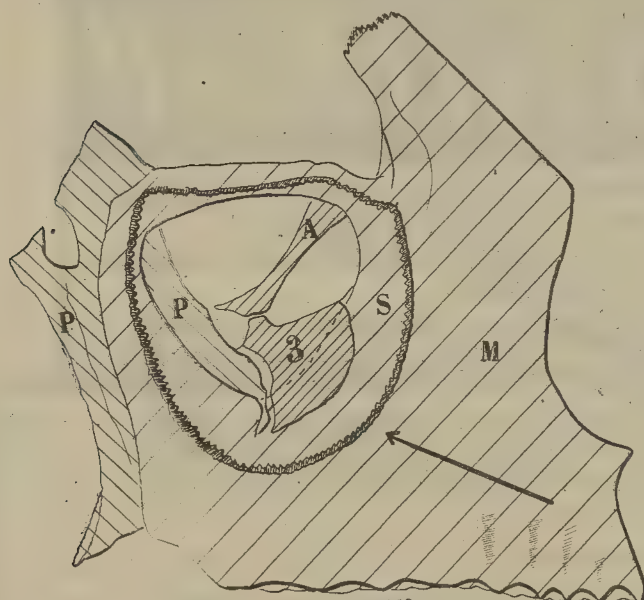


Fig. 4 (d'après Sappey). — *Vue de l'orifice du sinus après effondrement du maxillaire supérieur.* — M. Maxillaire supérieur. — S. Cavité ouverte du sinus. — P. Palatin. — A. Apophyse unciforme. — 3. Apophyse auriculaire du cornet inférieur. — Flèche = voie d'abord de l'opération Cadwell-Luc.

L'orifice du sinus ainsi rétréci sur tout son pourtour répond au méat moyen et est divisé par l'articulation de apophyse unciforme avec cornet inférieur en 2 orifices secon-

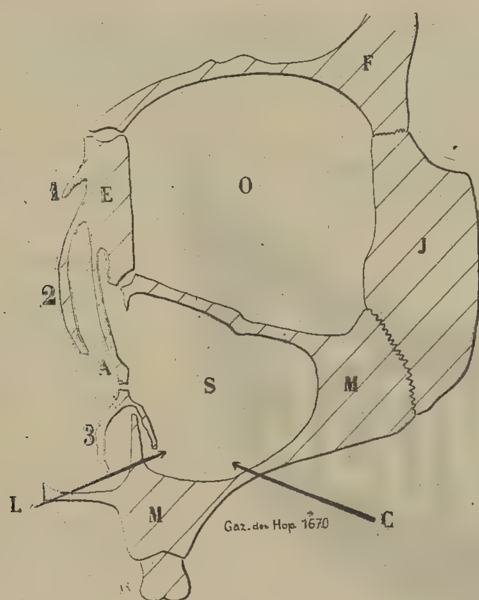


Fig. 5. — *Coupe schématique frontale du sinus maxillaire passant par la partie moyenne de son orifice.* — S. Cavité du sinus. — M. Maxillaire supérieur. — E. Ethmoïde. — 1. Cornet supérieur. — 2. Cornet moyen. — A. Apophyse unciforme. — 3. Cornet inférieur montrant son apophyse ethmoïdale et son apophyse auriculaire accrochée dans l'orifice du sinus. — O. Orbite. — F. Frontal. — J. Os malaire. — L. Flèche qui indique l'endroit de la ponction par le trocart de Litchwitz. — C. Voie d'abord de l'opération de Cadwell-Luc.

daires, l'un antérieur plus grand, l'autre postérieur plus petit et dédoublé par l'aiguille de l'unciforme. Entre apophyse unciforme et bulle se trouve la gouttière infundibulaire ou uncibullaire dont l'extrémité supérieure transformée en canal naso-frontal conduit à l'infundibulum qui communique directement ou indirectement avec le sinus frontal et avec les cellules ethmoïdo-frontales antérieures. Entre bulle et racine du cornet moyen est la gouttière rétrobullaire dans laquelle s'ouvrent la bulle et les cellules ethmoïdales vraies.

III. **Sur le sujet entier.** — La muqueuse pituitaire tapisse la paroi externe des fosses nasales, les méats, cornets et gouttières, et s'adosse à la muqueuse antrale au niveau de ce qui reste de l'orifice du sinus : fontanelles nasales antérieure et postérieure. Normalement l'antre d'Highmore s'ouvre (ostium maxillaire) à travers la fontanelle postérieure : 1° du côté des fosses nasales, par un orifice arrondi ou ovalaire, dans la partie la plus basse de la gouttière infundibulaire, à 45 millimètres des narines; 2° du côté du sinus, par une fente elliptique à peu près horizontale tout au voisinage du toit du sinus. Ainsi formation entre les deux orifices, pour certains auteurs, du « canal maxillaire » oblique en bas, en arrière et en dedans, en grande partie muqueux. En outre orifice accessoire, inconstant, circulaire, à bords nets et tranchants, parfois plus volumineux que l'ostium normal en arrière et au-dessous duquel il est situé, dans l'évasement qui fait suite à la gouttière infundibulaire, et répondant en hauteur à l'union des 2/3 inférieurs avec le 1/3 supérieur du sinus, à la partie moyenne et inférieure du méat moyen. Exceptionnellement orifice accessoire à travers la fontanelle antérieure.

Conséquences. — *A.* **Cliniques.** — 1° à cause de communication du sinus maxillaire avec fosses nasales et avec cellules ethmoïdo-frontales et sinus frontal : soit, sinusite maxillaire d'origine nasale pouvant se compliquer de sinusite frontale et d'ethmoïdite antérieure; soit, empyème du sinus, quand celui-ci sera simplement rempli du pus venant d'une cavité voisine, en particulier sinusite frontale; 2° à cause de la situation haute et de l'exiguïté de l'orifice : condition favorable à la rétention purulente; signe de Frankel : le pus parvient au méat quand le malade tient la tête fortement penchée en avant et un peu du côté sain (l'orifice devient ainsi déclive et le sinus se vide); 3° à cause de sa situation au fond de la gouttière infundibulaire, plus ou moins cachée par la bulle, et recouverte par le cornet moyen : cathétérisme à peu près impossible.

B. **Chirurgicales** (H. Bourgeois). — 1° Ponction (méthode autant de diagnostic que de traitement) : après cocaïnisation de la muqueuse, enfoncer le fin trocart de Litchwitz au niveau de la partie supérieure du méat inférieur à 15 millimètres de la tête du cornet; lavage : l'eau ressort par le méat moyen et la narine; 2° opération de choix, dite de Cadwell-Luc : trépanation large de la fosse canine avec contre-ouverture nasale et curettage du sinus; 3° opération de Denkle à travers la tranche montante du maxillaire.

Médicus. Guide annuaire des étudiants et des praticiens [année 1923] (1).

Médicus vient de paraître. Après l'édition de 1922 qui était la première d'après-guerre, voici l'édition de 1923 composée avec un soin, une exactitude, un souci du mieux qui en font un annuaire modèle.

Les médecins y trouveront non seulement les renseignements précis que comporte tout annuaire, mais la réponse à toutes les questions qui de près ou de loin touchent à la profession médicale.

Nous adressons nos bien sincères félicitations à M. Rouzaud qui a accompli là un véritable tour de force et qui en sera récompensé par le succès. L. G.

(1) Fort volume relié de près de 2.000 pages. — Prix : 20 fr. — Paris, A. Rouzaud, 41, rue des Ecoles.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 99. — MARDI 19 DÉC. 1922. 95e ANNÉE. MARDI 19 DÉC. 1922. — N° 99.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR (*Chirurgie et accouchements*). — Le jury est définitivement composé de MM. Duval, Schwartz, Savariaud, Lardennois et Ecalle.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — M. Gasnault est chargé d'un cours de chimie.

M. Thézée est chargé des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

— CAEN. — M. Vigot est chargé d'un cours de clinique médicale.

— LIMOGES. — Sont chargés des fonctions de chefs des travaux pratiques : de physique, M. Biais; de bactérlologie, M. Devaux; de physiologie, M. Eymeric; de chimie, M. Golse.

— REIMS. — M. Guérin est chargé d'un cours de pharmacie et matière médicale.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée, à titre posthume, à M. Baudet (Marcel), externe en médecine à l'hôpital Saint-Louis, décédé victime de son dévouement.

— La médaille d'or pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique a été décernée à M. Charles Vaillant, médecin radiologiste des hôpitaux de Paris. On sait que M. Vaillant, victime de son dévouement aux malades et à la science, vient de subir à l'hôpital Lariboisière une nouvelle amputation.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE. — Le docteur Louis Cruveilhier est nommé directeur du laboratoire du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement du professeur Pouchet, nommé directeur honoraire.

DU RADIUM POUR LES HOPITAUX DE PARIS. — Le Conseil municipal de Paris, sur la proposition de M. Alpy, vient de donner un avis favorable à l'acceptation, par l'Assistance publique, d'un legs de 1.500.000 francs fait par Mme Vve Duez pour acheter du radium pour les hôpitaux de Paris.

LES ÉTUDIANTS FONCTIONNAIRES DE LA VILLE DE PARIS. — On sait que des prêts d'honneur vont être institués pour venir en aide aux étudiants, la Ville de Paris étudie, en outre, la création d'un cadre de fonctionnaires municipaux qui serait réservé aux étudiants inscrits dans une faculté.

CONFÉRENCES. — Le docteur Leredde commencera le dimanche 14 janvier 1923, à 10 h. 1/2 du matin, au dispensaire, 54, rue Saussure (métro Villiers), une série de conférences cliniques et thérapeutiques sur la syphilis héréditaire avec présentation de malades, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Un cours pratique de bactériologie et de sérologie appliquées au diagnostic et au pronostic des infections s'ouvrira le 15 janvier 1923 au laboratoire de médecine expérimentale et de bactériologie, sous la direction du professeur F. Arloing et du professeur agrégé L. Thévenot. Il comprendra 35 séances de manipulations, de 14 à 17 heures, et se terminera le 10 mars. Droits de laboratoire : 150 francs.

Ce cours est sanctionné, si les assistants le désirent, par l'obtention, après examen, du diplôme « certificat de bactériologie de l'Université de Lyon », créé par arrêté ministériel de février 1922.

On peut se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine jusqu'au 10 janvier, dernier délai.

Le nombre des places peut être limité.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de MM. les docteurs Goddard (d'Aix-les-Bains) et Fonteneau (de la Regrippière).

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

HONORAIRES MÉDICAUX

OPÉRATION. FEMME DIVORCÉE

Nous relatons encore un jugement du Tribunal civil tout récent, du 25 juillet 1922, qui statue sur une réclamation d'un médecin en raison d'honoraires à lui dus pour une opération. Pour échapper au paiement, la femme mariée qui avait subi l'opération invoqua qu'étant divorcée et renonçante à la communauté, elle était dégagée de toute dette dépendant de cette communauté.

Le Tribunal ne l'a pas admis; mais, faisant application des principes de droit, il n'a pas voulu prononcé une condamnation solidaire contre les époux, en raison des circonstances de la cause. La solidarité qui suppose l'existence de plusieurs débiteurs est un avantage au profit du créancier, car elle lui permet de réclamer la totalité de la dette à l'un quelconque de ses débiteurs; il est en droit de choisir le plus solvable. Et le codébiteur poursuivi est tenu de payer l'intégralité de la somme due, sauf son recours contre son ou ses coobligés.

Mais la solidarité ne se présume pas; elle doit être expressément stipulée.

Dans l'espèce rapportée, elle n'existait pas au sens de la loi :

« Attendu, dit le jugement, que le docteur F... a assigné les 17 et 29 juillet 1920 les époux M... conjointement et solidairement en paiement de la somme de 1.000 francs lui restant due sur ses honoraires pour une opération pratiquée sur la dame M... en juillet 1916;

Attendu que M... n'ayant pas constitué avoué, un jugement de défaut profit joint est intervenu contre lui le 10 novembre 1920; qu'il a été régulièrement réassigné le 8 décembre 1920;

Attendu que la dame M... divorcée de son mari par jugement de la 8e chambre en date du 6 juillet 1920 et ayant renoncé à la communauté, prétend ne pouvoir être tenue pour responsable d'une dette de communauté et demande que le docteur F... soit débouté de sa demande à son égard;

Attendu que si, aux termes de l'article 1494 du Code civil, la femme renonçante est déchargée de toute contribution aux dettes de la communauté, d'après le même article, elle reste néanmoins tenue envers les créanciers lorsqu'elle s'est obligée conjointement avec son mari;

Attendu que, dans l'espèce, ayant subi une opération dont elle a rétiré un bénéfice personnel et ce au surplus avec l'autorisation de son mari, la dame M... s'est obligée conjointement avec celui-ci, qu'en conséquence c'est à juste titre que le docteur F... l'a comprise dans l'instance actuelle.

Mais attendu que la solidarité ne se présume point; qu'elle doit être expressément stipulée ou résulter d'une disposition de la loi, que même personnellement obligée pour une dette de communauté la femme ne peut être poursuivie que pour la moitié de cette dette à moins que l'obligation ne soit solidaire (article 1487 du Code civil); que le caractère de la solidarité ne se trouve pas dans la cause soumise au Tribunal; qu'il n'y a donc pas lieu de prononcer contre la dame M... et M... une condamnation solidaire;

Par ces motifs :

Donne itératif défaut contre M...

Condamne le sieur et la dame M... à payer au docteur F... la somme de mille francs pour les causes sus-énoncées avec les intérêts de droit. »

Le médecin n'a pu réclamer que la moitié de la dette à chacun des époux, et non la totalité à celui de son choix; ce que la solidarité stipulée aurait seule pu lui permettre.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

L'expertise devant la justice de paix dans les accidents du travail, par le docteur MAILLON. 1 vol. de 76 pages. — Prix : 5 fr. net. — Paris, Masson et Cie.

CORRESPONDANCE

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HOPITAUX DE PARIS

Mon cher Confrère,

Nous croyons savoir que la question de la garantie des externes, internes, médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux, contre les accidents à eux survenus dans les services hospitaliers et contre les maladies contractées à l'hôpital, doit être prochainement soulevée devant les Chambres et faire l'objet d'une proposition de loi. L'auteur de ce projet, qui est un de nos confrères, nous a demandé des documents à ce sujet. L'Association des externes vient à son tour solliciter votre avis et vous demander de lui citer quelques cas particuliers qu'elle pourra indiquer dans sa réponse au rapporteur du projet de loi.

Nous savons, en effet, que le personnel médical de l'Assistance publique, en France, bien qu'étant lié aux divers établissements hospitaliers par un contrat unilatéral, n'est pas protégé par les lois sur les accidents du travail (9 avril 1898 et seq.), parce qu'il n'est pas considéré comme un salarié d'une entreprise commerciale et industrielle. Aucune indemnité n'est allouée en cas de maladie ou d'accident contracté dans le service, bien mieux, le malade ou blessé n'est même pas exonéré de ses frais d'hospitalisation, en vertu du droit commun, mais en fait, il peut parfois bénéficier d'une remise gracieuse, partielle ou totale de ses frais de séjour à l'hôpital, par une sorte de bienveillance charitable de l'Administration qui ne l'accorde que si elle le juge à propos.

Si une incapacité de travail, totale ou partielle, permanente ou temporaire, résulte du fait de la maladie ou de l'accident, la victime n'a droit à aucuns dommages-intérêts, ni même à un secours.

En cas de mort, aucune indemnité n'est due aux ayants droit.

En vain arguerait-on que l'externe ou l'interne apprend dans les hôpitaux la pratique de l'art médical ; on dit même qu'il a recherché un titre dont il tirera profit plus tard en clientèle. La vérité est qu'internes comme externes jouent, dans les services hospitaliers, un rôle technique indispensable. Par qui les remplacerait-on s'ils venaient à faire défaut comme nombre ou comme valeur professionnelle et scientifique? Quels seraient les salariés, infirmiers ou autres, qui pourraient à leur place donner toute confiance aux chefs de service, à l'administration, et surtout aux malades hospitalisés?

L'Association professionnelle des externes et anciens externes des hôpitaux de Paris organise donc impartialement une consultation à ce sujet auprès des externes, internes, médecins, chirurgiens et spécialistes de tous les hôpitaux et hospices de France, s'adressant à toutes les associations et syndicats médicaux et à toutes les associations d'étudiants, en tant qu'elles comptent parmi leurs adhérents des membres du Corps médical des hôpitaux.

L'Association des externes insiste sur l'intérêt que présentent les cas particuliers anciens ou récents qui montrent l'importance de la question et en demande communication.

Vu l'urgence, elle sollicite votre réponse dans le plus bref délai. Toutes les réponses devront être parvenues avant le 1er février 1923.

Nous vous prions, mon cher confrère, de vouloir bien agréer l'expression de nos sentiments dévoués.

LE BUREAU DE L'A. E.

SUR

QUELQUES VARIÉTÉS OSCILLOMÉTRIQUES D'HYPOTENSION EN CHIRURGIE

PAR MM.

JEANNENEY et TAUZIN

Chirurgien des hôpitaux. de Bordeaux.

Ainsi que Heitz (1) l'a écrit, « il y a hypotension chaque fois que la pression artérielle se montre inférieure à la moyenne habituelle ».

On ne saurait mieux dire. Encore faut-il connaître cette moyenne habituelle et savoir de quelle pression artérielle il s'agit.

Depuis que Pachon (2) a déterminé de façon si précise les caractères propres de la pression Mx et de la pression Mn, cette dernière question ne saurait être posée. On convient généralement aujourd'hui, que la Mn est « l'étalon sphygmomanométrique qui doit servir de base rationnelle à la fixation de l'état *artériel* d'hypotension, comme d'hypertension »; parce qu'elle représente « la charge réelle permanente des artères », c'est-à-dire, « la résistance que le cœur doit vaincre au début de la systole ventriculaire », et qu'elle présente « une constance remarquable à l'état physiologique non seulement chez le même individu, mais encore chez les divers individus ».

Ce dernier caractère n'est pas moins important que les autres, puisqu'il permet de déterminer une Mn moyenne, de convenir d'un chiffre au-dessous duquel on sera en droit de dire qu'un sujet est hypotendu ou ne l'est pas. Tous les auteurs sont unanimes sur ce point qu'un sujet est hypotendu quand sa Mn atteint ou est inférieure à 7. Les chiffres de Mn de nos observations antérieures à 1921, comme ceux, d'ailleurs, auxquels il est fait allusion ici, correspondent à l'ancienne détermination de Mn, c'est-à-dire lue à l'oscillation inférieure à l'oscillation maximale de la courbe oscillométrique. Moulinier (3) et Balard (4) avec lui, avait pensé qu'au-dessous de 5, « une mobilité suffisante du sang n'est plus assurée avec organes ». Ils estimaient donc qu'une Mn de 5 était une « minima juste suffisante ». Mais, Blechmann (5), Porter (6), Delaunay (7), Guyot, Brau-Tapie ont observé — et nous avons observé nous-mêmes (8) — des hypotendus au-dessous de 4 qui ont survécu. C'est qu'en biologie, les chiffres n'ont pas de valeur absolue. Et il est d'autres facteurs dont il faut tenir compte, tel le facteur « durée ». Une hypotension dans chaque catégorie de cas, sera d'autant plus grave qu'elle sera plus ancienne, l'organisme ayant davantage souffert.

Par ailleurs, on peut être amené à considérer comme hypotendus des malades dont la Mn sera légèrement supérieure à ce qu'elle doit être normalement. Parfois, il s'agira de malades qu'on aura déjà secourus; parfois, de malades qui par une réaction organique intense, telle que la vaso-constriction chez les hémorragiques, se seront déjà eux-mêmes secourus. Mais, chez eux, si la tension semble numériquement normale, le phénomène sera factice.

Car, un hypotendu n'est parfois hypotendu que par rapport à lui-même. Ceci apparaîtra avec évidence lorsque, au lieu d'un sujet préalablement normal, le sujet considéré, présentant une cause *récente* d'hypotension en présentera quelque autre, *plus ancienne*, d'hypertension. Par un simple jeu de compensation, cette dernière masque l'autre en quelque façon. Et le chiffre donné par l'oscillomètre ne représente plus alors l'importance de la cause hypotensive que si on le considère en fonction de ce qu'il était initialement, avant la mise en jeu de cette cause hypotensive. L'hypotension est ainsi « déguisée ».

Le cas contraire pourra se produire, et l'on aura des hypotensions fallacieuses. Il s'agit alors de ces hypotendus chroniques, comme il y en a, qui sont adaptés à leur hypotension, tout comme certains anémiques chroniques sont adaptés à quatre millions de globules rouges.

Dans tous ces cas, les données oscillométriques et les données cliniques se conjugueront plus heureusement que jamais, pour une connaissance plus approfondie du malade.

***

L'un de nous a publié dans sa thèse (9) quelques observations assez suggestives à cet égard.

I. C'est un brightique de soixante-dix ans qui, après une abondante hématémèse était dans un état d'anémie et d'adynamie extrêmes, « saigné à blanc ». Il présentait le tableau clinique alarmant des grands hémorragiques. Mais, les valeurs oscillométriques, contrairement à ce qu'on attendait, ne concordaient pas avec cet état.

Le 7 janvier 1921, on trouvait, en effet :

Mx = 10,5 Mn = 8,5 Io = 1

Le lendemain, un homme de cinquante ans, atteint d'ulcère de l'estomac, ayant eu une abondante hématémèse au cours de la nuit, d'aspect clinique tout à fait comparable à celui du précédent, donnait à l'oscillomètre :

Mx = 7,5 Mn = 4,5 Io = 2

Mais, le 31 mars 1921, le premier malade, *n'ayant pour ainsi dire pas subi de traitement hypertenseur*, et ultérieurement *soumis à un régime approprié à son état*, présentait, *néanmoins*, malgré une abondante polyurie débloquant ses reins :

Mx = 18 Mn = 10 Io = 7,5

Le deuxième, au contraire, *après des soins thérapeutiques assidus*, était revenu sensiblement à son état normal, et depuis peu seulement :

Mx = 13 Mn = 9 Io = 5

On voit par ce rapprochement, l'influence très nette du brightisme sur la Mn du premier malade; et quelle grossière erreur on aurait commise, si l'on avait voulu juger de l'abondance de l'hémorragie, chez l'un et chez l'autre malade, par la comparaison de leur Mn respective.

II. Une autre malade, âgée de trente-cinq ans, jeune par conséquent, présentait un cancer du sein récidivé trois mois après l'intervention. L'extension des lésions était assez considérable. Le 25 mars 1921, ses valeurs oscillométriques étaient les suivantes :

Mx = 17 Mn = 10 Io = 4,5 P. = 116

On s'attendait pourtant à trouver une malade hypotendue, étant donné son état cachectique

avancé, puisque, ayant quitté le service, elle est morte chez elle quinze ou vingt jours plus tard. Mais, l'examen des urines, alors demandé, décelait la présence de quelques traces d'albumine et mettait sur la voie du diagnostic d'insuffisance rénale.

III. Chez un homme âgé de soixante-quatorze ans, dont la nécropsie démontra qu'il était porteur d'un cancer intéressant la petite courbure de l'estomac, le mésentère et le foie, on relevait, trois ou quatre jours seulement avant sa mort par cachexie :

Mx = 11 Mn = 8 Io = 3/4

Malgré une Mn bonne, la petitesse de l'indice et de la Mx indiquait bien une asthénie myocardique manifeste. Pour apprécier la Mn comme il convenait, il ne fallait point perdre de vue que le sujet avait des artères dures.

IV. Un autre cas intéressant est celui d'une malade de trente-trois ans, atteinte de môle hydatiforme et cliniquement très cachectique. Alors qu'on s'attendait à trouver une tension très basse, l'oscillométrie donnait :

Mx = 11 Mn = 9 Io = 1,5

On était en droit de conclure avec Balard : « La Mn relativement élevée témoignait du degré de l'intoxication. Une faiblesse de la Mx et de la P. V. traduisait la déchéance profonde du myocarde comme de tout l'organisme. »

V. Enfin, une malade de vingt-six ans, hospitalisée pour contusion abdominale par coup de pied de cheval, datant de quatre heures, se plaignant de douleurs intenses et présentant de la défense musculaire, offrait les éléments oscillométriques suivants :

Mx = 13 Mn = 5 1/2 Io = 6

Son état s'améliorait en quelques heures. L'étude des courbes évolutives des valeurs oscillométriques indiquait par le retour de l'indice à son état normal, la disparition de la vaso-dilatation posthypertensive d'origine traumatique. Et pourtant, sa Mn restait toujours aussi basse. C'était une naine, atteinte de troubles polyglandulaires, d'aspect floride pourtant, et, en dehors des troubles trophiques qu'elle pouvait présenter par ailleurs, parfaitement adaptée à son hypotension chronique. Le choc était donc moins grave que sa Mn aurait pu le faire supposer : c'était un cas d' « hypotension fallacieuse ».

De ces données à retenir, découlent des notions thérapeutiques utiles. Et l'on pourrait, à titre d'exemple, rapprocher de ce dernier cas, celui d'un jeune homme de dix-huit ans, atteint également de contusion abdominale. Pendant vingt-quatre heures, les signes cliniques firent envisager comme possible, d'un moment à l'autre, la nécessité d'une intervention. Mais l'oscillomètre donnait :

Mx = 12,5 Mn = 8 Io = 2,5 P. : 120

Et la Mn restait stationnaire. Il ne s'agissait pas d' « hypotension croissante ». Le malade ne saignait donc pas dans son ventre. Le traitement médical était suffisant : le chirurgien restait donc dans l'expectative.

*
* *

Il est donc permis d'envisager plusieurs variétés d'hypotension dont la classification pourrait être la suivante :

1° Hypotension légère. — Il est impossible de dire pour quelle valeur oscillométrique de la Mn, au-dessous de 5, une hypotension est légère ou ne l'est pas. Cette notion dépend de la valeur de l'abaissement de la Mn, de la chute hypotensive. On ne pourra donc bien juger d'un état présent que par rapport à un état antérieur. Du reste, une hypotension, oscillométriquement légère, pourra être grave cliniquement, selon la cause. C'est ainsi qu'une hypotension même légère, si elle est d'origine surrénalienne, pourra singulièrement aggraver le pronostic d'une intervention.

2° Hypotension grave. — On a vu plus haut ce qu'il fallait penser de la « Mn juste suffisante », qui pour Moulinier serait de 5. Pour une Mn inférieure à ce chiffre, des observations faites pendant la guerre et, depuis, par nous-mêmes, ont permis de constater que le pronostic n'était pas nécessairement fatal.

3° Hypotension déguisée. — Ainsi qu'il a été dit plus haut, il s'agit alors d'hypotendus dont la Mn est sensiblement égale à ce qu'elle doit être normalement, parce que ces malades, présentant une cause récente d'hypotension, en présentent également une autre plus ancienne d'hypertension. De telle sorte, que l'ignorance du point de départ de l'abaissement de la Mn ne permet pas de juger de la gravité de cet abaissement, et, par voie de conséquence, de l'importance de la cause hypotensive. L'hypotension est donc masquée, *déguisée*.

4° Hypotension fallacieuse. — On vient de voir également que c'est le cas des hypotendus chroniques adaptés à leur hypotension. L'ignorance de cette notion pourrait, au contraire, amener à exagérer ici l'importance de la cause hypotensive. Cette hypotension, normale pour le sujet considéré, induit en erreur : elle est *fallacieuse*.

5° Hypotension compensée. — On sait que la pression variable donnée par l'équation :

$$Mx - Mn = PV$$

indique l'effort que fournit le cœur, par rapport à l'effort qu'il a à fournir. Lorsque la Mn s'élève, le travail du cœur augmente, et pour *compenser* ce surcroît de travail, le cœur réagit par un surcroît d'énergie : la Mx s'élève donc aussi. Il n'y a rien de changé dans la dynamique cardiovasculaire, si ce n'est le régime de charge. Mais, il n'y a pas rupture d'équilibre, il y a « compensation ». Si la Mn s'abaisse, ce qui est le cas chez un hypotendu, la Mx, en général, s'abaissera pareillement. Sinon, le cœur fournira un effort partiellement inutile. Mais, de toute façon, il y aura toujours « compensation », « hypotension compensée ».

6° Hypotension décompensée. — Il peut arriver aussi que ce fléchissement du cœur, que l'abaissement de la Mx n'ait pas sa cause dans une modification de Mn. Il peut arriver que la diminution de l'énergie cardiaque ait une cause plus générale, et qu'avec une Mn basse, c'est-à-dire, un effort plus petit à fournir, la Mx soit cependant insuffisante, que P V tende vers o. On dira alors qu'il y a « hypotension décompensée ». Ceci est très fréquent dans le choc (10).

7° HYPOTENSION CROISSANTE. — A vrai dire, il ne s'agit pas véritablement ici d'une variété d'hypotension. C'est plutôt un caractère que l'on peut trouver dans toutes les variétés d'hypotension et qu'on tire de l'évolution de la Mn. C'est là une notion surtout importante lorsqu'il s'agira d'évolution rapide, dans le cas d'une contusion abdominale, par exemple. Elle indiquera soit une intoxication rapidement progressive, soit une fuite dans la circulation. Si cet abaissement de la Mn se fait lentement, il pourra être masqué par le traitement. Ainsi le malade atteint d'ulcère de l'estomac, dont il a été parlé précédemment, reçut, aussitôt après l'hématémèse, 500 centimètres cubes de sérum adrénaliné. Mais, la masse sanguine ne parut pas s'accroître d'autant. La comparaison avec ce qui s'était passé chez le brightique rendait la chose encore plus évidente.

Le malade fut, dès lors, surveillé. Les jours suivants, le sérum ne parut pas davantage élever la tension du malade. Mais, le 15 janvier, la non-administration de ce sérum entraîna la chute de toutes les valeurs. Le sérum dut être repris le jour même. Cela indiquait bien, puisqu'il fallait une dose quotidienne de sérum pour maintenir les valeurs oscillométriques à un niveau donné, qu'il y avait une fuite dans le système cardiovasculaire. L'examen des selles révélait, en effet, du mélæna discret persistant. Dans la suite, le mélæna ayant disparu, le sérum fut suspendu, et les valeurs oscillométriques se relevèrent néanmoins lentement, mais progressivement.

*
* *

Ces variétés d'hypotension n'ont point qu'une valeur spéculative. On a vu ailleurs leur importance au point de vue de l'acte opératoire. S'il faut tenir compte alors de la variété étiologique de l'hypotension, il faut tenir compte aussi de sa variété oscillométrique. On pourra, on devra intervenir au plus tôt dans les cas d'hypotension légère, ou fallacieuse, ou croissante, ou compensée; on pourra ou devra s'abtenir dans les cas d'hypotension grave, ou déguisée, ou non croissante, ou décompensée.

Il ne faut point évidemment attribuer aux données de l'oscillomètre une valeur mathématique absolue. Mais, le chirurgien ne se prive pas toujours impunément d'un ensemble séméiologique qui se conjugue si bien avec la clinique. Il ne négligera donc pas les valeurs oscillométriques. Elles sont riches d'elles-mêmes, elles sont plus objectives que bien d'autres; et leur interprétation, en dépit parfois de toute apparence, est toujours de la plus grande simplicité.

BIBLIOGRAPHIE

(1) J. HEITZ. Affections de l'aorte et des artères. PRESSION ARTÉRIELLE in *Traité de pathologie médicale* de Sergent, appareil circulatoire, 1922.
(2) PACHON. Une orientation nouvelle de la sphygmomanométrie : la pression Mn, étalon sphygmomanométrique, *Presse méd.*, 22 mars 1913.
(3) MOULINIER. Sur les états d'hypotension artérielle. La tension artérielle Mn juste suffisante, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 30 mai 1914.
(4) BALARD. La tension artérielle Mn, élément de pronostic des hémorragies graves dans la grossesse, *C. R. Soc. d'obst., de gyn. et de pédiat. de Bordeaux*, juillet 2914; — *Arch. d'obst. et de gyn.*, déc. 1914.
(5) BLECHMANN.. Sur le choc, *Paris méd.*, 13 juillet 1918.
(6) PORTER (William Towusend). Les pressions artérielles basses et leur traitement, *Acad. des sc.*, 30 oct. 1916. — Cité : *Arch. des mal. du cœur*, 1917. p. 140.
(7) DELAUNAY. Du mécanisme des troubles circulatoires dans le choc. *Lyon chir.*, 1918, p. 293.
(8) JEANNENEY. *Les applications chirurgicales de l'oscillométrie*, 1 vol., 173 p., Paris 1919, Vigot.
(9) TAUZIN. Hypotension et oscillométrie en chirurgie, *Th. de Bordeaux*, 1920-1921.
(10) GUYOT et JEANNENEY. Examen du système nerveux et de l'appareil circulatoire dans le choc. *Paris méd.*, sept. 1921, n° 35.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

TRAITEMENT DE L'INVERSION UTÉRINE PUERPÉRALE

Par M. le docteur BOURRET,
Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon,
Accoucheur de la Maternité du Creusot.

A. TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE. — Il vous suffira de vous rappeler les conditions étiologiques habituelles de cet accident pour en déduire facilement la prophylaxie : celle-ci devra combattre l'inertie utérine, éviter les tractions sur le cordon et également les manœuvres trop énergiques de refoulement; en présence d'un décollement placentaire qui tarde à se réaliser il faut, d'une part, savoir attendre tout le temps nécessaire, c'est-à-dire tant qu'aucun accident grave ne menace la mère, d'autre part si l'on a la main forcée savoir se décider à pratiquer la délivrance artificielle bien préférable à l'arrachement par tractions.

B. TRAITEMENT CURATIF. — En présence d'une inversion réalisée vous aurez à remplir trois conditions : I. arrêter l'hémorragie; II. combattre le schock; III. réduire l'inversion.

I. *Arrêter l'hémorragie.* — Cette condition est bien entendu à remplir surtout dans l'inversion tout à fait récente; au fur et à mesure que l'accident tend à passer à l'état chronique, si la malade résiste, l'hémorragie et les phénomènes de schock s'atténuent progressivement. Mais en présence d'une inversion que vous voyez ou mieux que vous sentez se produire sous vos doigts, votre premier soin sera d'arrêter au moins momentanément l'écoulement de sang; pour cela pratiquez la compression manuelle de l'aorte, ou utilisez l'hémostase provisoire par la méthode de Momburg : lien élastique serrant fortement la taille jusqu'à disparition des battements dans les artères fémorales.

II. *Combattre le schock.* — Cela veut dire : évitez de remuer la malade, mettez-la en position tête basse, même en Trendelenbourg au moyen d'une chaise renversée sous le siège et les reins; réchauffez-là; injectez-lui du sérum artificiel chaud, ou même du sang humain citraté si la gravité de l'état justifie une transfusion improvisée; soutenez enfin le cœur par les injections tonicardiaques appropriées.

III. *Réduire l'inversion.* — Cette réduction doit être sans aucune discussion aussi immédiate que possible; seule l'impérieuse nécessité de parer d'abord à la gravité des accidents généraux peut en faire différer l'exécution de quelques minutes; vous aurez, en effet, toujours le plus grand intérêt à profiter pour remettre l'utérus dans sa situation normale de l'inertie qui lui a précisément permis de se

retourner et qui disparaît au fur et à mesure que l'accident tend à devenir chronique.

Par conséquent, dès que vous avez paré aux accidents immédiatement dangereux, mettez-vous en mesure de réussir dans les conditions les plus favorables pour votre malade la réduction de l'inversion en vous rappelant que pour cela trois qualités sont indispensables : la patience, la ténacité et l'asepsie. Procédez donc de la façon suivante :

1. A ce moment encore, évitez de remuer la malade, même si votre intervention doit de ce fait être rendue un peu plus malaisée; contentez-vous tout au plus de placer doucement la patiente en travers du lit, la tête basse; et même si l'état est grave, efforcez-vous d'opérer sans la changer de position en surélevant simplement le siège sur un bassin d'accouchement ou mieux sur une chaise renversée dont le dossier formera sous les reins un plan incliné; la malade sera ainsi placée en quelque sorte en position de Trendelenbourg et la réduction de l'inversion ne pourra qu'en être facilitée par l'effet de la pesanteur et de la pression atmosphérique.

La gravité du schock doit-elle vous faire renoncer aux facilités certaines que peut vous procurer l'anesthésie générale? Nous le pensons d'autant moins que les douleurs des manœuvres de réduction peuvent parfaitement s'accompagner de syncope grave; mais procédez avec la plus extrême prudence et choisissez comme anesthésique, soit le chlorure d'éthyle, soit l'éther de préférence au chloroforme qui est manifestement hypotenseur.

2. La malade endormie, après vous être soigneusement désinfecté les mains ou les avoir munies de gants stérilisés, après avoir garni la région de serviettes bouillies et soigneusement égouttées, nettoyez très minutieusement la surface de l'utérus généralement souillée par sa présence dans le vagin ou par son contact avec les vêtements et les objets de literie dans les cas d'inversion totale. Si le placenta est partiellement adhérent, complétez son décollement, s'il est encore totalement en place vous pouvez, soit procéder d'abord à la délivrance artificielle, soit réduire en le laissant en place. Enlevez, avec des compresses stérilisées, ou au besoin avec des serviettes bouillies, tous les débris qui peuvent souiller la surface inversée de l'utérus, évitez les antiseptiques toxiques et terminez la désinfection par un large badigeonnage à la teinture d'iode de toutes les parties inversées et de toutes les régions avoisinantes. Ne craignez pas d'insister sur ces soins de désinfection qui ont une importance capitale, l'infection puerpérale ultérieure emportant trop souvent les malades qui ont pu échapper aux dangers immédiats de l'inversion.

3. Toutes ces précautions étant prises, vous réaliserez la réduction proprement dite. Les difficultés et les manœuvres pour en triompher varient quelque peu suivant le degré du retournement utérin.

a. Si l'inversion est incomplète, *intra-utérine*, vous commencerez par introduire sans violence votre main droite dans la cavité utérine, vous pratiquerez d'abord la délivrance artificielle si le décollement placentaire ne s'est pas déjà fait, puis vous *fixerez soigneusement avec votre main gauche et à travers la paroi abdominale l'anneau utérin qui limite l'entonnoir de l'inversion*, et enfin avec les doigts intra-utérins, écartés, vous repousserez de bas en haut la cupule utérine : vous réaliserez ainsi la manœuvre de Viardel ou taxis central.

b. Si l'inversion est complète, *intravaginale*, la réduction est d'ordinaire sensiblement plus compliquée; les manœuvres préconisées pour la réaliser sont multiples, preuve qu'aucune n'est susceptible de triompher de tous les cas. Vous vous comporterez donc suivant les circonstances : le *taxis central* pratiqué comme dans le cas précédent ne réussira que dans les cas très récents, et si l'utérus est encore en état d'inertie (Denucé, Bar); plus fréquemment vous devrez avoir recours au *taxis périphérique* d'Astruc; pour cela, les quatre derniers doigts de votre main, étant placés dans la *rigole* qui limite le pédicule utérin, vont appuyer lentement progressivement de bas en haut pour réduire peu à peu de telle manière que les parties inversées les dernières rentrent les premières. Bar recommande avec raison de commencer les manœuvres de réduction par la partie antérieure de l'inversion; cette région étant retenue au cours de l'inversion par les ligaments utéro-ovariens son déplissement est toujours moindre et sa réduction plus facile. Au cours de ces manœuvres de réduction vous aurez toujours soin, bien entendu, de réaliser un *point d'appui* nécessaire pour rendre vos efforts de retournement efficaces, soit en fixant la cupule abdominale de l'inversion par votre main gauche, soit en amarrant avec des pinces tire-col les lèvres du bourrelet cervical; sans cette précaution, vos manœuvres n'aboutiraient qu'à produire une élongation du segment inférieur et du vagin et non le retournement utérin cherché.

c. Si l'inversion est *extravulvaire*, sa réduction comprendra forcément deux temps : dans le premier vous réduirez d'abord dans le vagin, en repoussant doucement la masse utérine à la façon d'un piston que l'on fait jouer dans un corps de pompe (Jeannin); puis, vous trouvant alors dans les mêmes conditions que dans les cas d'inversion intravaginale, vous procéderez comme il a été dit plus haut.

Ces manœvres manuelles réussissent dans la grande majorité des cas où l'accident vient de se produire; si pour une raison quelconque vous n'aboutissez pas, employez sans hésitation la méthode de réduction lente : celle-ci a pu être réalisée de différentes façons, soit par un simple tamponnement à demeure, soit par un sthétoscope appuyant de façon permanente sur le centre de l'inversion, et maintenu en place sous une certaine pression par un pansement vulvaire ou par des fils, soit enfin par un ballon de Champetier. Cet instrument est certainement le meilleur, car, par sa tension élastique, il réalise les conditions idéales, une fois placé dans le vagin, pour obtenir la réduction lente; en fait, son application donne, en général, les plus heureux résultats, lorsqu'on ne se trouve pas en présence d'une inversion véritablement passée à l'état chronique; vis-à-vis de celle-ci vous n'aurez généralement d'autre ressource que l'intervention chirurgicale : hystérectomie vaginale en cas d'infection manifeste, retournement par voie vaginale après ouverture du cul-de-sac postérieur (procédé de Kustner et Duret) dans les autres cas.

En somme, les procédés de réduction de l'inversion utérine puerpérale peuvent être classés, au point de vue de leur utilisation de la façon suivante; réduction immédiate manuelle dans les inversions

aiguës; réduction lente par le ballon de Champetier dans les inversions récentes ; réduction chirurgicale dans les inversions anciennes devenues chroniques.

Quel que soit le moyen que vous aurez employé pour obtenir la réduction, n'oubliez pas qu'une fois l'utérus rentré, votre rôle n'est pas terminé; sachez qu'un utérus qui a été inversé a grande tendance à reprendre cette position anormale, au moins tant que ses parois demeurent flasques, c'est-à-dire en état d'inertie. Efforcez-vous donc à tout prix de faire contracter l'utérus que vous venez de réintégrer dans sa situation normale : pour cela laissez votre main dans la cavité utérine pour l'exciter, faites pratiquer une injection d'ergotine, et même, pour plus de sûreté, substituez à votre main un tamponnement à demeure intra-utérin et vaginal, vous éviterez ainsi le désagrément de voir parfois se reproduire, sous un effort de toux, l'accident redoutable auquel votre présence d'esprit et votre habileté viennent précisément de porter remède.

SOCIETES SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1922)

Sur un cas de tuberculose pulmonaire unilatérale avec caverne traitée et améliorée par le pneumothorax artificiel. — MM. G. Caussade et Derville rapportent un cas de tuberculose pulmonaire unilatérale où la présence d'une caverne pouvait faire soupçonner une symphyse pleurale à cause de la radiographie et de l'existence même de la caverne.

Or, il n'en fut rien. L'opération de Forlanini fut d'une exécution très facile. Il ne faut donc pas a priori et même d'après une radiographie défavorable considérer comme impossible le collapsus complet du poumon et de la caverne.

Ces résultats furent obtenus au bout de deux mois dans le cas des auteurs après sept insufflations d'azote, les premières assez rapprochées et assez abondantes (1.000-1.300), les dernières éloignées et de petite quantité (500). L'amélioration fut générale et locale : la fièvre, d'oscillante et d'élevée qu'elle était, s'est abaissée à 38°5; les bacilles tuberculeux, de quinze à vingt par champs, sont tombés à cinq par champs. L'expectoration de 300 centimètres cubes n'est plus aujourd'hui que de 100 centimètres cubes environ.

Un fait est à noter : au moment où la compression de la caverne fut complète, les crachats et l'expectoration augmentèrent.

La seule complication observée est un hydropneumothorax survenu à la fin du deuxième mois de traitement.

Il est impossible de se prononcer sur le temps pendant lequel la compression pulmonaire sera maintenue.

Hydrocéphalie avec obésité. — MM. Bonnet, Babonneix et Carrette présentent une jeune femme atteinte d'hydrocéphalie congénitale et chez laquelle on note, en plus des symptômes habituels : paraplégie spasmodique, débilité mentale, des symptômes insolites : hypertrophie mammaire, nanisme, phénomènes d'insuffisance ovarienne, et surtout obésité, le poids étant de 96 kilogrammes pour une taille de 1m43. L'indocilité de la malade n'a malheureusement pas permis de faire de radiographie ni de ponction lombaire. L'hérédosyphilis est à l'origine des accidents qui rappellent, *mutatis et mutandis*, ceux que l'on observait chez le patient de MM. Babonneix et Denoyelle. Ils permettent, une fois de plus, de poser le problème des relations à établir entre l'existence de la méningite chronique et la production de certains syndromes pluriglandulaires.

Insuffisance aortique par pénétration sigmoïdienne. — MM. Bergé et Basch rapportent une observation d'insuffisance aortique due à une minime pénétration sigmoïdienne dépendant de l'état réticulé des sigmoïdes et réalisée probablement chez un néphritique chronique très hypertendu avec l'appoint de l'hypertension. Cette observation confirme l'existence encore mal assurée des insuffisances aortiques par fenestration; elle offre, en outre, un exemple d'une de ces insuffisances valvulaires auxquelles, pour marquer leur caractère mixte, Bergé donne le nom d'insuffisance semi-fonctionnelle.

Le tubage duodénal dans les ictères et les cirrhoses du foie. — MM. Etienne Chabrol, Henri Bénard et M. Gambillard développent les conclusions suivantes d'après leur statistique qui repose sur soixante-dix tubages du duodénum.

Au cours des cirrhoses veineuses atrophiques, le tubage duodénal ne révèle pas nécessairement une diminution qualitative et quantitative des sels et des pigments biliaires.

Dans l'ictère catarrhal, l'obstruction est rarement absolue et l'on est très souvent surpris de recueillir par tubage une bile très riche en pigments mais dont la quantité est, à vrai dire, particulièrement diminuée. La présence de la bilirubine est assez constante, quel que soit le degré de la rétention, pour expliquer la genèse de la stercobiline que l'on retrouve dans les selles, sans qu'il y ait lieu de faire intervenir une excrétion intestinale de l'urobiline sanguine. L'hydrobilirubine se rencontre, d'ailleurs, très fréquemment dans le liquide duodénal. On ne peut en tirer, jusqu'à plus ample informé, aucun argument en faveur de l'origine hépatique de l'urobiline.

Le tubage duodénal est susceptible de mettre en évidence des polycholies quantitatives et qualitatives portant aussi bien sur les sels biliaires que sur les pigments, et il établit par là même qu'il y a lieu de réserver une place en nosologie au groupe des polycholies totales en regard des polycholies dissociées.

Il démontre, enfin, que le chapitre des biligénies dissociées se confond en pratique avec le chapitre des biligénies pigmentaires. Si l'on tient compte, en effet, des résultats comparatifs que fournissent dans leur ensemble l'analyse des urines, l'examen du sang, le tubage duodénal, on ne tarde pas à reconnaître qu'au cours des ictères, quels qu'ils soient, la proportion des sels reste toujours inférieure à celle des pigments : cela n'est point la conséquence d'une rétention dissociée dont l'émonctoire hépatique est le seul responsable, c'est l'effet selon nous de deux facteurs : une destruction sanguine exagérée, lorsqu'il s'agit d'un ictère hémolytique, une application de la loi de Schiff lorsqu'on se trouve en présence d'un ictère par rétention.

Dilatation des bronches avec accidents pulmonaires graves. Intervention chirurgicale. Amélioration. — M. Ribadeau-Dumas.

Collapsus provoqué successif des deux poumons pour tuberculose. Grossesse normale intercurrente. — M. Gendron, présenté par M. Rist.

Maladie bronzée non addisonnienne. — MM. Sézary et Levesque rapportent l'observation d'une tuberculeuse présentant de la pigmentation de la peau et de la muqueuse buccale, de l'asthénie, de l'hypotension artérielle. L'autopsie montra l'absence de lésion importante des surrénales et du sympathique abdominal, mais des altérations marquées du foie. Les auteurs insistent sur ce fait qu'au dynamomètre l'épuisement de la force musculaire n'était pas anormalement rapide, et c'est en se basant sur ce signe qu'ils avaient prévu l'intégrité des surrénales.

Leucémie lymphoïde chronique à type splénique pur et à début pleurétique. Pneumonie massive terminale. — M. Tapie (de Toulouse).

Hémoglobinurie paroxystique et angine érythémateuse « a frigore ». Provocation de la crise par injection de caséine. — MM. Roch et Liengue (de Genève).

Un cas de tétanos chronique. — MM. Bergé et Azoulay rapportent l'observation d'un cas de tétanos localisé à évolution extraordinairement prolongé, hyperchronique, paraissant avoir évolué pendant six à sept ans, consécutif à une blessure de guerre. Le malade a traversé une très longue crises comitiales à type bravais-jacksonnien et porteur de malformations congénitales diverses : dysostose cranio-

période d'accidents frustes et atypiques : contracture intermittente, crampes douloureuses paroxystiques, puis a offert un tétanos chronique, monoplégique, localisé au membre inférieur droit, et finalement, sept mois plus tard, a succombé à un tétanos généralisé typique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1922)

Traitement ambulatoire des fractures de la rotule. — M. FREDET traite ainsi les fractures de la rotule : suture des fragments et dès le lendemain, il met entre les mains du malade une forte bande double dans laquelle le pied est pris comme dans un étrier et dont le malade tient les deux extrémités dans les mains ce qui lui permet de mobiliser ainsi lui-même sa jambe, pour se mettre sur le bord de son lit ou même pour marcher, soulevant lui-même, à chaque pas, sa jambe.

M. ALGLAVE estime qu'on peut traiter les fractures de la rotule à deux fragments soit par le vissage, soit par la suture, Pour lui il préfère la suture aux crins de Florence. Il mobilise, d'une façon précoce, le membre, mais dans le lit. Il n'est pas partisan, de faire marcher les malades avant une vingtaine de jours.

Anastomoses gastro-intestinales au bouton mixte. — M. DE MARTEL fait un rapport sur 10 observations d'anastomoses gastro-intestinales présentées par M. Pouliguen. Dans ce cas, il s'agissait de malades atteints du cancer de la région pylorique, arrivés à un état cachectique qui commandait des opérations aussi rapides que possible, M. Pouliguen a démontré, par ces faits, que l'usage du bouton mixte est de beaucoup préférable à la suture. Il entend par bouton mixte le bouton de Villar pour l'estomac et celui de Jaboulay pour l'intestin. M. Pouliguen pouvait ainsi pratiquer des anastomoses très rapides et il n'a eu que deux morts, sur ses dix opérés, l'une par péritonite, l'autre par broncho-pneumonie.

M. de Martel pense que les chirurgiens parisiens ont beaucoup trop abandonné le bouton pour les cas où il faut aller vite. Avec MM. Roux-Berger et Pauchet il s'est rendu à Lyon et il a été très frappé de la rapidité avec laquelle les chirurgiens lyonnais exécutent une gastro-entérostomie. Il est bien décidé à les imiter à l'avenir surtout dans les cas graves où il importe d'opérer aussi rapidement que possible.

M. FREDET depuis un certain temps déjà a toujours recours au bouton de Jaboulay dans les cas où s'impose une gastro-entérostomie aussi rapide que possible.

Contusion du cœur. — M. AUVRAY fait un rapport sur une intéressante observation de M. Sauvé : un homme reçoit une balle qui pénètre entre les troisième et quatrième cartilages costaux gauches. Il n'y a pas de trou de sortie. Dans les premières heures, peu de troubles, légère cyanose et quelques intermittences du pouls. Les bruits du cœur, à l'auscultation, sont réguliers. Un premier examen radioscopique montre une ombre cardiaque augmentée et immobile. On attend encore avant d'intervenir, mais le pouls devient irrégulier on décide l'intervention. On fait un large volet qui donne un jour considérable. Il n'y a pas d'hémothorax. Il s'agit d'une simple contusion du cœur. Après l'opération, tachycardie, pouls à 130. M. Ribière est appelé auprès du malade et diagnostique une lésion auriculaire. Il prescrit une forte dose de digitale. Le malade est mieux puis meurt subitement. A l'autopsie on trouve des taches ecchymotiques sur le cœur, pas de solution de continuité Il y avait, dans la péricarde, un épanchement sanguin de 300 grammes. Une légère écorchure de la crosse de l'aorte. En somme les lésions constatées confirment le diagnostic de M. Ribière et expliquent les troubles constatés, mais non la mort subite.

La trépanation comme traitement des brûlures des os du crâne. — M. PROUST fait un rapport sur trois cas de brûlure des os du crâne par courants électriques traités avec succès par M. Tourneu à l'aide de la trépanation. Il s'agit de trois ouvriers électriciens brûlés à la tête par le contact d'un fort courant et, tous les trois, traités par la trépanation. Guérison datant déjà de plusieurs mois; traitement préconisé par M. Quénu.

Luxation sous-astragalienne. — M. DEHELLY communique deux cas de luxation sous-astragalienne, avec fracture de la malléole externe, facilement réduites et traitées par l'appareil de marche de Delbet. M. Dehelly insiste sur la facilité de la réduction dans ces cas, ce qui a une grande importance au point de vue des accidents du travail.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1922)

Les paralysies respiratoires dans le syndrome de neuro-méningo-récidive. — MM. Maurice CHIRAY et Paul BLUM ont eu l'occasion d'observer un cas de méningo-encéphalite gommeuse manifestée par une hémiplégie alterne qui, à deux reprises et successivement des deux côtés du thorax, se compliqua d'une hémiparalysie des muscles respiratoires. Ces accidents survenus au cours d'une cure par le novarsenobenzol rétrocédèrent ultérieurement sous l'influence d'un traitement d'intensité accrue. Leur évolution ne s'est accompagnée d'aucune modification du liquide céphalo-rachidien.

Il s'agit donc là probablement d'une réaction d'Herxheimer ayant porté de façon fugace et légère sur les noyaux bulbaires respiratoires. Ce serait une forme exceptionnelle de neuro-méningo-récidive, la forme respiratoire. Il est important de connaître la nature réelle de cette paralysie respiratoire, car elle pourrait d'abord être interprétée comme une manifestation d'intoxication arsenicale, ce qui amènerait à suspendre le traitement. Or, c'est au contraire un accident qui, comme toutes les neuro-méningo-récidives, doit être traité avec la plus grande énergie.

Paralysie amyotrophique du trapèze et du grand dentelé consécutive à un léger traumatisme de l'epaule. — M. LHERMITTE rappelle que pendant la guerre, avec Claude et Vigouroux, il a rapporté plusieurs faits de paralysie amyotrophique uni ou bilatérale du trapèze et du grand dentelé consécutive à des blessures légères et diversement situées, et montre leur apparente parenté avec les atrophies d'ordre myopathique. Le cas actuel rentre dans ce groupe de faits. Ici la paralysie suivie d'atrophie est apparue chez une femme atteinte de syndrome de Ménière, à la suite d'un ictus vertigineux. Le traumatisme cependant fut minime et ne détermina aucune lésion de la peau ni du squelette. L'amyotrophie trapézo-dentelée apparut quelques semaines après l'accident, et aujourd'hui, après cinq mois, le trapèze et le grand dentelé apparaissent complètement atrophiés ne répondant ni aux excitations volontaires ou électriques, sauf dans le chef cervical dont on connaît la grande résistance à tous les processus amyotrophiques. Par ailleurs, il n'existe aucun trouble d'ordre neurologique. Le pronostic de cette amyotrophie doit être extrêmement réservé. Quant à la pathogénie, elle est particulièrement obscure.

Atrophie triangulaire congénitale du cou. Type pseudo-myopathique. Occipitalisation et axialisation. — MM. SICARD et LERMOYEZ présentent deux cas de dystrophie spéciale ostéo-musculaire cervico-thoracique d'origine congénitale se caractérisant cliniquement par une morphologie régionale du type pseudo-myopathique. Le diamètre transversal cervical s'élargit démesurément. Le cou semble se développer en façade comme chez les myopathiques vrais, offrant ainsi l'apparence d'un triangle à base inférieure. Ces modifications de forme extérieure s'associent électrologiquement à une absence de certaines fibres musculaires des pectoraux, du sterno-cléido et du trapèze, et radiologiquement à une occipitalisation de l'atlas et à une axialisation de la troisième vertèbre cervicale dont elles sont tributaires. Il n'existe, malgré ces troubles de l'ossification cervicale et du développement musculaire, ni douleurs, ni perturbation motrice, ni limitation des mouvements. Ces faits ressortissent nosologiquement au groupement d'ensemble des malformations congénitales du rachis cervical dont Klippel et Feil ont montré tout l'intérêt. Ils s'apparentent plus par la radiographie que par la clinique (car il ne s'agit pas d'hommes sans cou) au syndrome de réduction cervicale numérique décrit par ces auteurs.

Epilepsie et malformations ectodermiques. — MM. LORTAT-JACOB et E. BAUDOUIN présentent un malade atteint de

faciale, malformations du pavillon de l'oreille, des mains, ectopie testiculaire, molluscum et surtout un véritable farcissement sous-cutané de lipomes à caractères symétrique et radiculaire. En plus, un certain degré de débilité mentale. Quoique les crises comitiales soient apparues tardivement, les auteurs pensent que la coexistence de ces manifestations nerveuses et cutanées s'explique par un vice de développement ayant frappé l'ectoderme primitif et produit des lésions simultanées sur les tissus nerveux et cutanés qui dérivent de cette même origine embryologique.

Les mêmes auteurs ont déjà publié un cas analogue. De plus, cette observation se retrouve dans celles de maladie de Recklinghausen avec épilepsie. Elle paraît plus particulièrement être rapprochée des cas rapportés par MM. Souques, Alajouanine et B. Mathieu.

Le réflexe du pouce. Signe de lésion haute du faisceau pyramidal. — M. E. Juster rappelle que le réflexe du pouce consiste dans un mouvement d'adduction du pouce avec parfois légère apparition ou accompagnée d'une flexion de la deuxième phalange, lorsqu'on frotte avec un objet mousse la région hypothénarienne de la paume de la main tenue en extension sur l'avant-bras. L'auteur n'a trouvé ce signe que chez des malades atteints de lésions pyramidales (hémiplégie flasque ou avec contracture, paralysie pseudo-bulbaire, sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques). Dans les affections de la moelle ce réflexe cutané n'existe que si la lésion est plus haute que le centre médullaire du réflexe du pouce (vraisemblablement C_6-C_8) ou l'atteint. Néanmoins ce signe, comme d'ailleurs le phénomène de l'extension de l'orteil auquel il ressemble par ses conditions d'apparition, peut être absent dans des perturbations certaines de la voie motrice (hémiplégie). Mais lorsque le réflexe du pouce est net, il est l'indice d'une lésion haute du faisceau pyramidal. Une vérification anatomique a montré chez un hémiplégique ayant un réflexe du pouce une lésion du segment postérieur de la capsule interne.

Symptômes pseudo-cérébelleux d'origine cérébrale. Tubercule de la région paracentrale postérieure. — MM. Foix et Thévenard rapportent l'observation anatomo-clinique d'un malade ayant présenté : 1° des crises jacksonniennes à début par le membre inférieur gauche; 2° des troubles de la coordination et du tonus du même côté simulant très étroitement les symptômes cérébelleux (en l'absence de troubles sensitifs, sauf pour la position des orteils).

A l'autopsie, les auteurs ont trouvé un tubercule de la région paracentrale postérieure droite avec intégrité macroscopique de l'appareil cérébelleux.

Sous réserve des lésions que pourra montrer l'examen histologique complet des centres nerveux, les auteurs concluent à un syndrome pseudo-cérébelleux d'origine cérébrale et rapprochent leur hémi-syndrome des paraplégies cérébello-spasmodiques par lésion paracentrale observées par Claude et Lhermitte pendant la guerre.

Lésion bilatérale de la région mésocéphale supérieure. — MM. Clovis Vincent et Étienne Bernard présentent une malade atteinte de deux lésions presque symétriques de la région mésocéphalique supérieure dues vraisemblablement à des lésions d'artérite spécifique.

Le diagnostic topographique est donné par les signes suivants :

Il existe à droite : des signes de perturbation pyramidale, une hémianesthésie portant notamment sur les sensibilités profondes, une hémiataxie, une hémianopsie latérale homonyme; à gauche : perturabtion pyramidale, asynergie cérébelleuse, aucun trouble de la sensibilité. Il n'y a ni douleurs spontanées, ni lésions de la troisième paire, ni troubles psychiques.

Un pareil cas fait observer côte à côte et fait distinguer : *a.* des phénomènes d'asynergie cérébelleuse : du côté gauche, en effet, si la malade, dans le geste de porter le doigt au bout du nez, accomplit ce mouvement avec rapidité, elle se cogne violemment le nez, mais ne perd pas sa route même s'il y a occlusion des yeux; *b.* des phénomènes ataxiques : du côté droit si la malade accomplit le même geste la maladresse n'est pas augmentée par la rapidité du mouvement, mais la direction du nez est perdue si la malade a les yeux fermés.

Des phénomènes analogues sont constatés aux membres inférieurs.

Les troubles sont survenus à gauche après un ictus, à droite après un deuxième ictus. Dès le premier accident les phénomènes asynergiques se trouvaient du même côté que les troubles moteurs. Cette observation est une contribution à l'étude de ces cas où la lésion des conducteurs cérébelleux est placée au-dessus de leur entrecroisement et où les troubles de ce fait ne sont pas du même côté que la lésion.

L'évolution par ictus successifs, survenant après une céphalée intense, s'accompagnant d'une chute violente, presque vertigineuse, sans perte de connaissance, est à rapprocher de ces cas d'hémiplégie pyramido-cérébelleuse rapportés par MM. Marie et Foix, cas où il s'agissait toujours de lésions dues à l'artérite spécifique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 25 novembre 1922)

A propos d'erreur de diagnostic. — M. Peraire apporte un cas de fibrome pris pour une grossesse au cours de l'intervention et qui ne fut pas enlevé; dans ce cas, tout prêtait à l'erreur, symptômes, examen clinique commémoratifs, aspect macroscopique à l'ouverture de l'abdomen.

Traitement de l'épilepsie essentielle par les injections d'arsenobenzène. — M. H. Page (de Bellevue) apporte les observations de six cas d'épilepsie essentielle, sans accidents depuis plusieurs années (un cas en dix ans) traités par des injections d'arsenobenzol alternées avec des piqûres de nucléinate de soude et de tuberculine. La maladie s'aggrave la première année, et le traitement n'agit qu'au bout de deux ans. Pour M. Page l'épilepsie essentielle n'est pas d'origine syphilitique, mais l'arsenic détruit le microbe encore inconnu de l'épilepsie, comme il détruit le spirochète.

Le rôle des minéraux de la ration dans la pathogénie du diabète. — M. Lematte pense que dans la diététique des diabétiques, on raisonne toujours comme si nos hydrocarbones alimentaires étaient uniquement composés de sucre et de glucose. Or, dans les éléments hydrocarbonés, on rencontre Cao, Mgo, etc. Dans la bouche, la ptyaline salivaire sépare déjà l'hydrocarbone des métaux. Les expériences de Vaudue ont fait voir que la fixation du glycogène dans le foie, est fonction des bases alcalineterreuses qui accompagnent l'aliment, ce qui explique pourquoi les hydrates de carbone du lait, des pommes de terre, des haricots, sont mieux tolérés que ceux du pain.

La psychothérapie dans les séquelles de l'encéphalite léthargique. — M. Bérillon estime que la psychothérapie doit s'adresser aux troubles moteurs, aux troubles de la sensibilité affective, et de l'émotivité à l'insomnie tenace qui persiste souvent. Dans tous les cas, les troubles fonctionnels et hystériformes sont justiciables de la psychothérapie.

L'aérophagie, notes cliniques et thérapeutiques. — M. Livet envisage l'aérophagie comme un syndrome, et place sa cause fondamentale dans le système nerveux; ses manifestations cliniques à l'estomac, enfin, dans un point quelconque de l'organisme, siège d'une souffrance plus ou moins consciente, sa cause révélatrice. Au point de vue du traitement, il préconise une thérapeutique générale et neurosédative, d'une part; et d'autre part, suivant les cas, locale et gastro-diaphragmatique.

La sérothérapie antituberculeuse a-t-elle vraiment fait faillite? — M. Mélamet s'élève contre ce dogme et soutient que nous possédons des sérums actifs. Il prépare un sérum antituberculeux sur des données nouvelles : chaque malade doit avoir son sérum propre qui doit être fait avec un produit tuberculeux humain total, pus ou crachat. Il ne faut pas partir d'une culture. Ses premiers résultats sont satisfaisants.

Paralysie générale des Arabes. — M. A. Marie prouve par ses statistiques que, bien qu'on dise que les Arabes presque tous syphilitiques, ne deviennent jamais paralytiques généraux, il a relevé plus d'un millier de cas de paralysie générale chez des Arabes d'Egypte, en trente ans.

NOTES POUR L'INTERNAT

RUPTURES TRAUMATIQUES DE L'URÈTRE

Définition. — On groupe sous le nom de rupture traumatique de l'urètre, toutes les lésions de ce canal qui ne s'accompagnent pas de lésions de la peau et qui n'ont pas été produites par le contact direct d'un instrument. Ainsi sont éliminées les plaies urétrales et les fausses routes, qui du reste s'en différencient non seulement par leur allure clinique, mais aussi et surtout par leurs considérations thérapeutiques.

Les ruptures traumatiques de l'urètre représentent donc le groupe des contusions de l'urètre. Autrefois on les opposait aux ruptures spontanées de l'infiltration d'urine ou ruptures pathologiques dont l'existence n'est plus admise aujourd'hui; on pourrait donc avec plus de justesse, les appeler non plus ruptures traumatiques mais tout simplement ruptures de l'urètre.

Anatomie pathologique. — Il faut distinguer les lésions urétrales et les lésions concomitantes.

Lésions de l'urètre. — *Siège.* — Les ruptures de l'urètre siègent habituellement au niveau de l'urètre périnéal, dans cette portion spongieuse qui constitue le bulbe urétral; ce sont celles qu'on rencontre couramment dans les divers services de chirurgie et d'urologie et qui donnent lieu à des considérations thérapeutiques toutes spéciales. Après elles, viennent les ruptures de l'urètre membraneux qui surviennent après un traumatisme important, ayant produit une lésion de la ceinture pelvienne. Puis on peut observer des lésions de l'urètre pénien, elles sont alors localisées au niveau de l'angle péno-scrotal; ce sont les ruptures de la blennorragie. Enfin par exception on a signalé des ruptures du canal au niveau du pénis, en dehors de l'angle péno-scrotal, ainsi qu'au niveau de la traversée prostatique. Ce sont là des cas exceptionnels; les sièges habituels de la lésion sont par ordre de fréquence, le bulbe périnéal, l'urètre membraneux, l'angle péno-scrotal.

Degrés des lésions. — 1° La rupture peut intéresser toute l'*épaisseur* du canal ou seulement une partie; on sait en effet que tout au moins au niveau de la région périnéale et pénienne, l'urètre est entouré par le corps spongieux, organe érectile placé entre la muqueuse urétrale et l'enveloppe fibreuse qui l'entoure; la rupture peut porter sur les trois tuniques à la fois ou sur l'une d'elles.

Tantôt seul le corps spongieux éclate, l'hémorragie se faisant entre la muqueuse et la fibreuse dans une cavité close; c'est la *forme interstitielle;* forme silencieuse au point de vue clinique et se traduisant uniquement par une tuméfaction péri-urétrale.

Tantôt à la déchirure du corps spongieux s'ajoute celle de la muqueuse; c'est la *rupture partielle interne* dont l'expression clinique sera l'hémorragie urétrale; tantôt la muqueuse reste intacte et seuls le corps spongieux et la fibreuse sont déchirés; l'hématome périnéal en est la conséquence, sans urétrorragie, c'est la *forme partielle externe.* Mais plus souvent la rupture est totale, intéressant les trois tuniques. On se trouve alors en présence d'un hématome considérable péri-urétral en communication avec l'urètre, d'où urétrorragie;

2° La rupture peut intéresser toute la *circonférence* du canal ou seulement une partie; la rupture est alors complète ou incomplète.

Les ruptures incomplètes se voient uniquement au niveau de l'urètre spongieux; c'est généralement la face supérieure du canal qui reste intacte servant de conducteur pour le bec d'une sonde à béquille. En cas de rupture complète, les bouts sectionnés se rétractent et s'éloignent l'un de l'autre; dilacérés, leur lumière affaissée, ils sont difficiles à retrouver au milieu du foyer contus et rempli de caillots; ces

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel d'éducation prophylactique contre les maladies vénériennes, publié sous la direction de MM. les docteurs Queyrat et Sicard de Plauzoles. In-8, 1922. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

tissus forment un milieu de culture très favorable pour les germes microbiens qui, d'autre part, trouvent dans le canal urétral une voie d'apport toute choisie; du reste même sans infection, la cicatrisation s'accompagne de la production de tissu fibreux intermédiaire qui déterminera le rétrécissement du conduit urétral.

ETENDUE DES LÉSIONS SUIVANT LEUR SIÈGE. — L'urètre se divise en urètre prostatique, en urètre membraneux, en urètre spongieux subdivisé lui-même en une portion périnéale et une portion libre pénienne.

Au niveau de la portion prostatique, les ruptures sont rares; elles accompagnent des traumatismes extra-violents, presque toujours mortels et à cet égard ne doivent pas retenir notre attention.

La région membraneuse par contre est souvent atteinte; au cours de ces violents traumatismes qui intéressent la ceinture pelvienne; fracture du bassin, dislocation symphysaire, il se produit une rupture du plancher aponévrotique pelvien et une déchirure du canal urétral qui le traverse, on observe alors une rupture totale et complète de l'urètre avec déplacements des deux bouts qui perdent tout contact entre eux, rendant impossible le cathétérisme.

Il y a par comparaison avec les déplacements osseux, dans les fractures, décalage de l'urètre; et bien qu'à proprement parler, l'expression soit inexacte, puisque le décalage s'adresse aux rotations sur l'axe, nous la retiendrons volontiers parce qu'elle fait image; elle permettra en tout cas de comprendre, pourquoi dans ces ruptures, il faut s'adresser aux sondes en baïonnette pour tenter et réussir le cathétérisme.

Les ruptures de l'urètre périnéal siègent au niveau du bulbe, à 2 ou 3 centimètres en avant de l'urètre postérieur. Elles sont le plus souvent totales et complètes.

Les ruptures de l'urètre pénien, sont relativement rares à cause de la flaccidité de la verge qui lui permet de se dérober aux obstacles; les contusions directes sont exceptionnelles et ce qu'on observe plutôt, ce sont des ruptures pendant l'érection sur un urètre blennorragique; ce sont alors, presque toujours, des ruptures interstitielles ou partielles, celles-ci douteuses, car la fibreuse résistante cède exceptionnellement.

LÉSIONS DES PARTIES VOISINES. — En dehors des cas de ruptures partielles où les lésions sont strictement limitées à l'uretre, on trouve toujours des lésions des tissus péri-urétraux, des décollements sous-cutanés ou sous-aponévrotiques formant autant de foyers de contusion distincts qui s'ajoutent au foyer urétral.

Mais on peut observer des lésions à distance, notamment en cas de rupture de l'urètre membraneux; ce sont des fractures des branches ischio-pubiennes, dont les fragments déplacés viennent embrocher les tissus voisins, des ruptures de l'aponévrose moyenne, des disjonctions symphysaires.

Dans la région pubienne, on peut observer la rupture d'un ou des deux corps caverneux.

EVOLUTION ANATOMIQUE. — Si la rupture de l'urètre membraneux aboutit au décalage de l'urètre, la rupture de l'urètre spongieux aboutit fatalement au rétrécissement et quel que soit son degré, qu'il s'agisse même de la petite rupture interstitielle qui passait inaperçue. Telle est l'évolution, même la plus favorable.

Si l'infection du foyer se produit, après l'incision de l'abcès, une fistule urétrale peut apparaître, on assiste dans ce cas à l'oblitération de la partie distale du canal urétral; c'est un point de la plus grande importance au sujet de la reconstitution chirurgicale du canal.

Etiologie et mécanisme. — 1° URÈTRE PÉNIEN. — *A*. A l'état de flaccidité, un *choc direct* produit rarement la rupture de l'urètre, c'est plutôt par *compression* entre deux corps résistants qu'elle survient (tiroir refermé avec les cuisses et pinçant la verge) ou par compression entre la face antérieure du pubis et un corps saillant et dur.

B. Mais c'est surtout à l'état d'*érection* que la lésion urétrale peut se produire. C'est parfois un *coup* porté sur la verge, c'est plus souvent par *flexion brutale* au cours de coït que la verge rigide vient à se rompre; c'est aussi par *redressement* voulu d'une verge en érection incurvée au cours d'une blennorragie que la rupture se produit; le corps spongieux infiltré ne peut suivre dans leur expansion les corps caverneux; il forme au-dessous d'eux une corde douloureuse qui les oblige à s'incurver, cette corde peut céder spontanément ou être rompue par une manœuvre brusque du malade qui espère en obtenir un soulagement.

2° URÈTRE PÉRINÉAL. — Les ruptures succèdent ici soit à un *choc* sur le périnée, les jambes étant écartées (coups de pied d'homme, de cheval), soit à une *chute à califourchon* sur un corps dur (poutre, planche, selle de bicyclette).

Le mécanisme de la rupture dans ces cas a été très étudié (Cras, Terillon, Poncet), et est différent suivant les cas.

Tantôt le corps étranger de petit volume s'insinue au milieu du périnée et refoule latéralement l'urètre contre la branche ischio-pubienne contre laquelle il vient s'écraser: *écrasement latéral* (Cras). Tantôt le corps étranger plus volumineux occupe toute la largeur du périnée, et l'urètre est refoulé contre l'arcade pubienne sur laquelle il vient se sectionner; *écrasement médian* (Poncet).

Parfois l'écrasement a été double, médian en un point, latéral en arrière.

3° URÈTRE MEMBRANEUX. — Les ruptures de l'urètre membraneux peuvent être le résultat, comme celles de l'urètre périnéal, de *chutes à califourchon* ou de coups *sur le périnée* lorsque l'agent traumatisant agit d'arrière en avant et refoule le canal contre la face postérieure du pubis.

Mais, dans la règle, elles succèdent : 1° à une fracture du bassin; 2° à une luxation de la symphyse pubienne; 3° à une chute sur les ischions d'un lieu élevé ayant produit une disjonction temporaire de la symphyse pubienne (Legueu).

Tantôt la lésion urétrale est produite par la piqûre d'une pointe fragmentaire ou le pincement entre deux fragments; tantôt elle résulte du cisaillement du canal par l'aponévrose périnéale moyenne.

4° URÈTRE PROSTATIQUE. — Exceptionnelles, elles ne se voient qu'en cas de fracture du bassin.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Prix Filloux. — *Jugement des mémoires.* — Séance du 18 décembre. — MM. Aubin, Ill et Pierre, 28; Vacher, 26.

Epreuve clinique. — Séance du 18 décembre. — MM. Aubin et Vacher, 19; Pierre et Ill, 20.

LE STATUT DES CHAIRES DE FACULTÉ. — Le ministre de l'Instruction publique vient d'adresser aux recteurs une circulaire sur le statut des Facultés.

« Il m'a été signalé, écrit-il, d'une part les inconvénients de trop nombreuses transformations qui font disparaître des chaires dont l'enseignement est considéré comme essentiel. D'autre part, je sais la difficulté que présente parfois la titularisation de maîtres éminents, soit parce qu'aucune chaire accessible pour eux ne devient vacante dans leur Faculté, soit même parce que leur spécialité est trop particulière pour qu'ils trouvent aisément à obtenir une chaire.

J'estime donc qu'il serait loisible de déterminer deux catégories de chaires : les unes seraient considérées comme fondamentales et devraient nécessairement être maintenues sans transformation possible dans la faculté; les autres seraient en quelque sorte nominatives, pourraient être transformées à la disparition du titulaire et même, avec toutes les garanties nécessaires, ne pas être toujours affectées à la même faculté; elles seraient en quelque sorte la consécration de travaux remarquables ou assureraient un avancement reconnu légitime.

Il resterait bien entendu qu'au point de vue des droits et prérogatives, des traitements et de l'avancement de classe, il n'y aurait aucune différence entre ces deux catégories de chaires...

D'autre part, il m'a été demandé de favoriser la création de chaires et la nomination de professeurs d'Université ne faisant partie d'aucune Faculté. Cette suggestion, malgré les difficultés de réalisation qu'elle implique, me paraît digne d'attention. Des enseignements généraux, surtout de recherches, pourraient être ainsi organisés avec une précieuse autonomie. »

LE TITRE DE DOCTEUR ET DES CHIRURGIENS-DENTISTES. — La section de médecine de l'Association générale des étudiants de Paris nous adresse la note suivante :

« MM. les chirurgiens-dentistes et les étudiants en chirurgie dentaire font depuis quelque temps de gros efforts pour obtenir l'octroi du titre de docteur.

Une commission ministérielle a été constituée afin d'examiner le bien-fondé de leurs revendications et M. le docteur Sauvez a établi un rapport très documenté sur les modifications susceptibles d'être apportées aux études ondotologiques.

La Section de médecine de l'Association générale des étudiants tient à élever une énergique protestation contre l'octroi d'un titre qui léserait gravement les étudiants en médecine se spécialisant en stomatologie à la fin de leurs longues et pénibles études médicales. »

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca, service de M. le professeur Jean-Louis Faure.) — Gynécologie. — *Cours de perfectionnement.* — MM. les docteurs Douay, chef des travaux gynécologiques; René Bloch, chef de clinique; F.-H. de Beaufond, chef de clinique adjoint, feront un cours de perfectionnement à la clinique gynécologique (hôpital Broca), du lundi 15 janvier au samedi 27 janvier 1923.

Le cours complet en douze leçons, aura un caractère essentiellement pratique.

Les leçons auront lieu chaque après-midi, de 5 h. à 7 h. du soir.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen gynécologique des malades.

Une démonstration cinématographique aura lieu le samedi 27 janvier à 6 h. du soir.

Le droit à verser est de 150 fr.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que

les étudiants titulaires de 16 inscriptions, sur la présentation de la quittance du versement.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les jeudis et samedis, de midi à 3 h.

CONFÉRENCES. — M. Sicard de Plauzoles commencera le mardi 9 janvier prochain une série de conférences sur la lutte contre les maladies sociales et la préservation de la race.

Ce cours libre, qui est autorisé par le Conseil de l'Université de Paris, aura lieu à la Sorbonne les mardis (amphithéâtre Milne-Edwards) et les samedis (amphithéâtre Edgar-Quinet), à 17 h. 30.

La première leçon sera faite sous la présidence de M. le professeur Pinard.

NOTES DE PRATIQUE

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE DU DIIODO-BRASSIDATE D'ÉTHYLE (LIPOIODINE) [1]

Le diiodobrassidate d'éthyle (lipoïodine), est un éther gras iodé contenant 41,10 p. 100 d'iode. L'action de ce corps a été étudiée par les auteurs, sur plusieurs animaux, en vue de déterminer son mode d'absorption, d'assimilation et d'élimination. Introduit dans l'organisme animal par voie endoveineuse (en solution huileuse), sous-cutanée et buccale, il se comporte très différemment des autres corps iodés, et notamment des iodures alcalins. Un premier point ressort immédiatement de cette étude, c'est la très faible toxicité du diiodobrassidate d'éthyle : le chien peut absorber, sous cette forme, par voie veineuse, plus de six fois la dose d'iode qui lui serait mortelle sous forme métalloïdique, et la capacité d'absorption de l'organisme animal vis-à-vis de l'administration sous-cutanée est à peu près sans limite. Introduite par voie intraveineuse, la solution de lipoïodine abaisse considérablement la pression artérielle, si celle-ci se trouve élevée, alors que, fait curieux et très intéressant, elle reste sans action sur la pression normale ; l'hypotension qu'elle détermine est d'origine vasculaire et non cardiaque : elle est caractéristique de cette combinaison iodée, les iodures, administrés dans les mêmes conditions, restant sans action sur la pression.

Au point de vue de l'élimination, qu'elle soit introduite par voie veineuse, buccale ou sous-cutanée, la lipoïodine s'élimine suivant un rythme bien différent de celui des iodures administrés dans les mêmes conditions ; cette élimination est beaucoup plus lente et se poursuit pendant quinze à vingt jours (au lieu de vingt-quatre à soixante-douze heures), réalisant ainsi une imprégnation profonde de l'organisme, que révèle d'ailleurs l'analyse des différents organes des animaux d'expérience. Celle-ci montre une localisation élective sur la substance nerveuse, la graisse, le corps thyroïde ; le sang, au contraire, renfermant beaucoup moins d'iode qu'après absorption d'iodures. Un contrôle radiographique a permis aux auteurs de suivre le processus de l'absorption du médicament introduit par voie sous-cutanée ou intramusculaire, et dont la dissociation s'effectue entre quatre et vingt jours suivant le sujet.

Ces intéressantes constatations histochimiques entraînent la conclusion que l'iode, absorbé sous forme de lipoïodine, est beaucoup mieux fixé par les tissus que sous toute autre forme, qu'il s'élimine ensuite peu à peu, sans former de dépôts incontrôlables, d'où action régulière, prolongée, avec un minimum de réactions iodiques, le sang n'étant pas saturé comme avec les iodures alcalins. Elles permettent aussi de mieux préciser les applications thérapeutiques de la lipoïodine, dont l'observation clinique avait déjà montré les heureux résultats dans diverses affections, au nombre desquelles l'hypertension idiopathique, l'obésité, le goitre, les adénopathies, etc.

(1) O. ROLLAND et A. JOUVE. *La Clinique*, nov. 1922, n° 11.

LIVRES NOUVEAUX

Etude sur l'imperméabilité des fosses nasales, due aux déviations de la cloison et aux malformations consécutives (1), par le docteur G. DUTHEILLET DE LAMOTHE (de Limoges).

La préface de ce livre est due à la plume humoristique du docteur Lermoyez. Celui-ci, s'inspirant sans doute des quatre âges du monde, nous fait un historique en quatre périodes de la rhinochirurgie.

Nous serions ainsi, grâce à l'adrénaline et aux succédanés de la cocaïne, à l'âge d'or de l'épopée rhinologique : plus de sang, plus de sensibilité, l'artiste peut ciseler son chef-d'œuvre. Encore semble-t-il entrevoir quelque chose comme un âge de diamant dans la hardiesse des méthodes nouvelles, alliant un juvénile enthousiasme à la maturité de l'expérience clinique.

Cet exposé court avec une verve, parfois railleuse, parfois sceptique, sous laquelle se laisse voir une profonde observation.

Dicendi recte sapere est et principium et fons (Hor).

A l'école de ce maître et à celle de notre regretté collègue Lombard, le docteur Dutheillet de Lamothe trouva de solides directives. Sa grande pratique personnelle va ajouter un intérêt tout spécial à la logique de ses conceptions chirurgicales et aux conseils qui en découlent. Se bien rappeler la courbe invariable de l'air inspiré et de l'air expiré ; savoir qu'il y a, au point de vue de l'imperméabilité nasale, des zones d'action maximum pour les malformations agressives. Nous éviterons ainsi ces résections systématiques qu'un examen trop superficiel livre à l'ardeur chirurgicale.

La description anatomique des fosses nasales, l'étude anatomo-pathologique et physiogénique de leurs malformations, l'examen clinique très détaillé : autant de chapitres instructifs que domine surtout le double point de vue physiologique et chirurgical. Je signale en passant l'ingénieuse théorie odontologique de Pierre Robin : son monobloc, appliqué dans le jeune âge, supprimera un bon nombre de résections sous-muqueuses.

L'acte opératoire termine l'ouvrage. Là encore beaucoup de détails intéressants et une conduite très rationnelle des différentes interventions sur la cloison et sur les cornets. Il est cependant un point de technique que je ne partage pas. Depuis plus de quinze ans je pratique couramment l'anesthésie locale dans nos domaines mastoïdien et sinuso-nasal, jamais je n'ai fait d'injection opiacée préalable. Malgré que cette méthode soit généralement suivie je doute fort de son utilité, pour n'en pas dire plus.

Avant de souhaiter de nombreux lecteurs au docteur Dutheillet de Lamothe, je résume l'idée directrice de son livre. Les malformations de la cloison apportent des modifications profondes dans l'ensemble des rapports qu'affectent entre eux les différents organes des fosses nasales. Ces modifications sont parfois beaucoup plus importantes que les malformations de la cloison. C'est le rétablissement de la statique normale des fosses nasales qui doit guider le rhinologiste dans le choix et dans la technique de ses interventions.

J. FOURNIÉ.

Le curettage utérin. Indications. Technique. Accidents. Résultats, par J. FIOLLE, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille, chirurgien des hôpitaux. 1 vol. in-8 broché de 128 pages, 29 figures. — Prix : 8 fr. — Masson et Cie.

(1) In-8 de 160 pages avec 19 figures dans le texte et 2 planches hors texte. — Prix : 10 fr. ; franco, 11 fr. — Paris, G. Doin.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

BACTÉRIOLOGIE & MALADIES INFECTIEUSES

Sous la direction de M. André LEMIERRE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ, MÉDECIN DES HÔPITAUX

GRIPPE

A. **Etiologie. — Influenza bacillus und chronische Lungenerkrankungen in kinderalter.** (BOSSERT et LEICHTENTUTT. *Deutsch. med. Woch.*, 1921, vol. XLVII, p. 152.)

The frequence of Bacillus influenza in the nose and throot in acute lobar pneumonia. (STILLMANN. *Journ. of exp. med.*, vol. XXXM, janv. 1922.)

Experimental studies of the naso-pharyngeal secretions from influenza patients. (OLITSKY PETER and GATES. *Journ. of exp. med.*, vol. XXXN, janv. 1922, p. 1.)

BOSSERT et LEICHTENTUTT insistent de nouveau sur le rôle important que joue le bacille de l'influenza dans l'étiologie de certaines affections pulmonaires de l'enfance qui simulent la tuberculose. Ces faits signalés, il y a déjà longtemps par Hutinel (que les auteurs allemands omettent de citer) et repris dernièrement en Amérique par Fischer, en Allemagne par Liebermeister Treupel et Stoffel, sont loin d'être rares.

Dans les cas de Bossert et Leichtentutt, observés à la clinique infantile de Breslau, il y avait bronchite et à l'auscultation on percevait des râles « comparables à un bruit de mitrailleuses ».

Dans tous ces cas, la guérison survint. L'examen bactériologique révéla l'absence du bacille de Koch avec bacille de Pfeiffer La cutiréaction fut négative.

STILLMANN. pendant l'hiver de 1921, a retrouvé chez 58 p. 100 des pneumoniques étudiés du bacille de l'influenza.

J. PARAF.

B. **Prophylaxie — The restriction of influenza epidemic in schools by the use of local prophylactic vaccines.** (SINEY et EYNE JOHN. *British. med. Journ.*, 1922, n° 1, p. 433.) — Les auteurs ont utilisé un vaccin composé de pneumocoques, catarrhalis, streptocoques, pneumobacille, b. septicus, b. influenzae, au cours d'une épidémie de grippe survenue à l'école de Rugby. Le vaccin fut bien toléré. Seulement 7,3 des vaccinés eurent la grippe. J. PARAF.

DIPHTÉRIE

Sur un nouveau procédé de vaccination antidiphtérique. (J. RENAULT et P.-P. LEVY. *Presse méd.*, 15 juillet 1922, n° 56, vol. XXX, p. 599.) — Il n'est pas nécessaire, pensent les auteurs, pour obtenir une immunité active contre la diphtérie, d'injecter un mélange antitoxine + toxine avec un léger excès de toxine. Ils ont ainsi inoculé trente-deux enfants (trois injections ont été pratiquées à huit jours d'intervalle) avec un mélange d'antitoxine + toxine contenant un léger excès d'antitoxine.

Le Schick devient négatif trois semaines après la première injection (consécutivement à l'injection d'excès d'antitoxine) et redevient positif au bout d'un mois. L'immunité s'installa au bout de deux mois, cinq mois après le Schick demeurait négatif. J. PARAF.

Untersuchungen uber die Wirking des Diphterienheilserums auf die experimentelle Kaninchendiphterie. (SATO-HALAFUZA. *Zeitsch. für Immunität Forschung*, 1922, Bd 34, p. 365.) — En utilisant une race peu virulente de bacille diphtérique, les auteurs ont déterminé chez le lapin, après trachéotomie, des fausses membranes laryngées très comparables à la diphtérie humaine. Sur vingt-trois lapins, vingt succombèrent dans les quatre premiers jours; deux au bout de trois semaines; un seul survécut. Il s'agit donc en somme d'une diphtérie presqu'à coup sûr mortelle et propre à l'étude de l'action du sérum.

Ils vérifièrent d'abord que, dans tous les cas, l'injection intramusculaire ou intraveineuse de 1.200 à 3.600 unités antitoxiques faites douze heures après l'infection déterminant la guérison; l'injection sous-cutanée est d'action incertaine.

L'injection de sérum de cheval normal donna des résultats variables. Amélioration : chute des fausses membranes et mort un peu plus tard que chez les témoins.

La guérison était cependant possible par l'injection de grosses doses d'antitoxine.

Ces expériences montrent une fois de plus la haute action spécifique du sérum antidiphtérique et l'inanité de vouloir le remplacer par du sérum de cheval normal. J. PARAF.

Active immunity to diphteria in the absence of detectable antitoxin. (A. T. GLENNY and K. ALLEN. *Journ. of hyg.*, vol. XXI, juillet 1922, n° 1, p. 100-103.) — Expériences analogues à celles de J. Renault et P. P. Lévy rapportées plus haut. Les auteurs pensent qu'il est possible de conférer une immunité active à un sujet sans qu'il soit nécessaire qu'il y ait de la toxine libre. L'action de l'antitoxine en excès suffit à déclancher le phénomène de l'immunité.

J. PARAF.

Uber die Schicksche Reacktion bei Erwachsenen. (L. BOGENDORFER und Th. ZIMMERMANN. *Münch. med. Woch.*, vol. LXIX, août 1922, n° 34, p. 1245.) — L'injection intradermique de 1/50 dose minima mortelle de toxine donne des résultats parfaits. Chez les adolescents, l'auteur trouve 12 p. 100 de cas positifs, le pourcentage diminuant avec l'âge. Chez les sujets non cachectiques la tuberculose ne modifie pas la diphtérino-réaction. J. PARAF.

Report of a case of gangrène of the feet following diphteria. (MURRAY B. GORDON et NEWMANN. *Amer. Journ. of dis. of Child.*, fév. 1922.) — Observation d'un garçon de six ans qui eut une angine diphtérique traitée par l'injection de 25.000 unités. Sept jours plus tard, douleurs au pied gauche qui est plus froid que l'autre, puis taches ecchymotiques. Mêmes phénomènes du côté droit.

L'enfant guérit après avoir présenté une paralysie du voile et avoir subi une amputation double. J. PARAF.

COQUELUCHE

Sopra due casi di pertosse nel neonato. (G. MINHO. *La Pediatria*, 1er avril 1922.) — La coqueluche est rare chez le nourrisson et plus encore chez le nouveau-né. L'auteur cite le cas de deux enfants de huit à dix jours qui ont présenté une coqueluche typique avec quinte et vomissements, contaminés par un frère et une sœur. Les deux cas furent graves et inquiétants les injections d'éther paraissent avoir donné des résultats remarquables. J. PARAF.

Die Sterblichkeit am Keuchhusten. (REICHE. *Med. Klin.*, janv. 1921, vol. XVII, n° 1, p. 33.) — Dans l'intervalle de soixante-deux mois, Reiche a observé 29 cas de coqueluche compliquée de convulsions.

En dehors de 3 enfants âgés de deux, trois et quatre ans, tous les autres malades étaient des nourrissons de moins de un an.

Dans un cas il s'agissait de méningite tuberculeuse; chez 3 enfants de méningite infectieuse à pneumocoque, streptocoque et staphylocoque.

Dans tous les autres cas il s'agissait de coqueluche grave simple avec convulsions Le liquide céphalo-rachidien montrait une forte réaction cellulaire, mais les cultures restèrent stériles, et Reiche considère les convulsions causées par une méningite coquelucheuse. J. PARAF.

The prophylactic and therapeutic value of pertussis vaccine. (G. R. DAVIES. *Amer. Journ. of dis. of child.*, mai 1922, vol. XXIII, n° 5.) — L'auteur a pu mettre en évidence la valeur préventive du vaccin anticoquelucheux dans une épidémie observée à l'asile des enfants arriérés (à Syracuse).

A la suite de l'admission dans la maison d'une fillette atteinte de coqueluche typique, 177 enfants furent exposés à la contagion dont 20 avaient, semble-t-il, eu déjà la coqueluche.

Trente-trois fillettes furent rapidement isolées comme suspectes (toux quinteuses, bronchite, vomissements).

Ces fillettes et les 143 saines reçurent trois injections d'un vaccin préparé à l'Institut de l'Etat de New-York, c'est-à-dire successivement 500 millions, 1 milliard et 2 milliards de bacilles de Bordet. Aucun enfant ne présenta de réaction sérieuse.

Les résultats furent remarquables en ce sens qu'aucun des 143 enfants ainsi vaccinés n'eut la coqueluche et que, parmi les 33 fillettes suspectes, la plupart virent leur maladie tourner court dès la deuxième ou la troisième injection. Deux, cependant, eurent une coqueluche grave.

Au point de vue thérapeutique, l'auteur a constaté une action sur la répétition des quintes.

Paraf et Nobécourt ont observé des faits analogues et ont suivi notamment une fillette exposée à une contamination certaine et qui eut une toux quinteuse avec quelques vomissements, et constatation par la culture du bacille de Bordet. A la suite de deux injections préventives de vaccin, tous ces phénomènes disparurent. J. PARAF.

ENCÉPHALITE

Les relations de l'encéphalite épidémique avec l'herpès fébrile et avec l'influenza. (R. DOERR et W. BERGER. *Schweiz. med. Woch.*, 24 août 1922, vol. LII, n° 34.) — Dès leurs premières recherches sur le virus de l'herpès, Doerr et Berger avaient supposé qu'il y avait identité entre ce dernier et celui de l'encéphalite épidémique. Ils obtenaient, en effet, par inoculation cornéenne non seulement la kérato-conjonctivite, mais aussi une encéphalite mortelle. On sait que Levaditi et Harvier avaient de même obtenu des lésions cornéennes par injection de virus encéphalique. Ils rapportent aujourd'hui de nouvelles expériences.

Le virus utilisé provient du cerveau d'un homme de cinquante-quatre ans dont ils relatent l'observation en détail et qui mourut après cinq jours de maladie et avec lequel ils purent obtenir une maladie expérimentale typique, soit par injections intracérébrales, soit par injections cornéennes.

Quatre lapins déjà inoculés avec ce virus ne présentèrent aucun trouble à la suite de l'inoculation de virus herpétique alors que les témoins présentèrent des lésions de kératite grave.

Les expériences sont en pleine concordance avec les faits déjà établis par Levaditi et Harvier, Bastaï, Lowe, Hirschfeld et Strauss.

Les auteurs ont également recherché dans sept cas de grippe épidémique la présence de virus kératogène dans le sang. Ils n'ont obtenu que des résultats négatifs.

J. PARAF.

Rapports expérimentalement démontrables entre le virus de l'encéphalite et celui de l'herpès fébrile. (SCHNABEL. *Berl. klin. Woch.*, 19 août 1922, n° 34.) — Les expériences entreprises par Schnabel à l'Institut pour maladies infectieuses « Robert Koch », à Berlin, font suite aux recherches antérieures effectuées par Schnabel en collaboration avec R. Doerr (voir *Gaz. des hôpit.*, 1921, p. 719).

En inoculant à six lapins le sédiment du liquide de ponction lombaire provenant d'un homme atteint d'encéphalite épidémique (2 inoculations intracornéennes et 4 inoculations subdurales), Schnabel a pu obtenir, chez un de ces animaux, les phénomènes typiques d'encéphalite confirmés par l'autopsie. Le virus de passage se montra capable de provoquer chez le lapin ainsi que chez le cobaye et chez la souris blanche, des troubles morbides qui, jusqu'à présent, étaient considérés comme caractéristiques du virus encéphalitique.

L'inoculation de ce virus de passage par scarification superficielle de la cornée a conféré à un lapin l'immunité contre deux nouvelles inoculations (kératoconjonctivale et subdurale) du même virus, entreprises respectivement quatre et huit semaines plus tard. D'autre part, la kérato-conjonctivite consécutive à l'inoculation de ce virus immunise contre l'infection ultérieure, kérato-conjonctivale ou intradurale, avec le virus herpétique, tout comme celui-ci confère dans les mêmes conditions l'immunité à l'égard du virus encéphalitique. J. PARAF.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

Une épidémie de méningite cérébro-spinale dans l'Inde portugaise. (DE MALLO. *Bull. de la Soc. exot. de pathol.*, 1921, vol. XIV, p. 138.)

Report on outbreak of cerebrospinal fever. (MULLER. *Journ. army med. corps*, juillet 1922, vol. XXXVI, n° 7, p. 291.)

La méningite cérébro-spinale nel lattante. (PESTALOZZA. *Riv. de clin. ped.*, 1922, vol. XIX, p. 385.)

A case of meningococcus meningitis with obstrutive hydrocephalus in the newly born. (ROOT. *Amer. Journ. dis. of child.*, 1922, vol. XXII, p. 500.)

DE MALLO rapporte à la Société de pathologie exotique une épidémie survenue aux Indes portugaises. La méningite paraît avoir apparu dans différentes régions des Indes dès 1906. L'épidémie observée par l'auteur comprend 500 cas répartis dans trois villages. Certains furent très sévères et la mortalité atteignit 18 p. 100. Les malades étaient surtout des enfants dont une grande partie âgée de moins de six ans.

MULLER publie également l'histoire d'une épidémie observée en Ecosse qui concerne 700 recrues — avec ce point étiologique intéressant que la plupart eurent antérieurement la grippe qui paraît avoir favorisé l'invasion du méningocoque.

Muller insiste également sur ce fait qu'il s'agissait de campagnards qui ne possèdent généralement aucune immunité.

Au point de vue clinique, la méningite du nourrisson est bien connue depuis les recherches de Netter et Debré.

PESTALOZZA en rapporte dix observations intéressantes observées en sept mois à la clinique pédiatrique de Milan. Les symptômes prédominants furent des troubles respiratoires et gastro-intestinaux; sept de ces nourrissons moururent.

ROOT signale également un cas de méningite cérébro-spinale chez le nouveau-né dont les seuls symptômes furent des convulsions et des vomissements. Au bout d'une semaine apparut la tension de la fontanelle; puis de la contracture avec raideur de la nuque. Ce cas est assez exceptionnel, puisque Root n'a relevé en tout que 6 cas analogues de méningite cérébro-spinale du nouveau-né. J. PARAF.

SCARLATINE

Beitrage zur Biologie der Scharlach infektion. Blutbild, Wasserstoffhalt und Zirkulation beim Scharlach und der Scharlach-néphritis. (FRAENKEL. *Berl. klin Woch*, n° 35, p. 1041, 1921.) — Fraenkel a étudié au point de vue biologique 187 cas de scarlatine observés à l'hôpital Virchow.

1° *Tension artérielle.* — Monte généralement vers le quinzième ou le seizième jour, atteignant 15 à 16 centimètres. Cette élévation de la tension étant due à une rétention hydri-

que occulte même en dehors de toute néphrite. Dans quelques cas la tension monte peu et cette élévation est particulièrement marquée dans les heures qui précèdent une crise de convulsions ou d'urémie convulsive.

2° *Globules blancs.* — Hyperleucocytose, de 10.000 à 18.000 globules blancs. Rarement éosénophilie.

Further observations on treatment of scarlet fever with commune human serum. (G. H. Weaver. *The journ. of am. med. ass.*, 29 oct. 1921, vol. LXXVII, n° 18, p. 1420.)

Zum scharlach problem. (Degkwitz. *Munich. med. Woch.*, CLXIX, n° 26, août 1922, p. 955.)

Traitement de la scarlatine par les injections de sérum de convalescents. (Robert Debré et Jean Paraf. *Paris méd.*, 4 nov. 1922, n° 44, p. 418.)

Depuis les premiers essais de Weisbecker en 1897, surtout depuis les recherches de Jungmann et Reiss, différents auteurs ont utilisé avec succès le sérum de convalescents pour le traitement des scarlatines graves; mais cette méthode n'avait pas eu encore la diffusion qu'elle paraît mériter.

G.-H. Weaver a utilisé depuis le début de l'année 1921 le sérum de convalescent pour le traitement de 44 cas de scarlatine grave (ce furent les formes les plus graves sur 1.200 malades observés). Il injecta 60 à 80 centimètres cubes de sérum par voie intra-musculaire. Le sang est prélevé dans la quatrième ou la cinquième semaine de la maladie (on s'assure que le donneur n'est ni syphilitique, ni tuberculeux). Le sérum peut être conservé plusieurs mois.

Dès la deuxième ou la troisième heure qui suit l'injection, la température commence à descendre et continue à s'abaisser pendant trente-six heures, atteignant parfois la normale. Souvent elle remonte, mais moins que précédemment. Une nouvelle injection la fait redescendre parfois définitivement.

Sur les 44 malades traités, 2 seulement succombèrent avec un malade atteint de forme toxique et l'autre septique. Les complications infectieuses ne paraissent pas influencées.

Degkwitz a obtenu également d'excellents résultats de l'injection de 50 à 60 centimètres cubes de sérum de convalescents. Il a tenté également des injections préventives (5 à 10 centimètres cubes de sérum). Sur 509 enfants injectés qui n'avaient pas eu la scarlatine, 3 seulement contractèrent la maladie.

Robert Debré et Paraf ont pratiqué des injections souscutanées de sérum de convalescents à une fillette atteinte de scarlatine maligne hypertoxique avec collapsus ataxio-adynamie, oligurie, syncopes, et semblant vouée à une mort certaine. Après une première injection de 30 centimètres cubes de sérum, l'état s'améliore un peu. Deux jours après une nouvelle injection aboutit à une détente manifeste. La scarlatine perd son caractère de malignité et l'enfant guérit malgré de multiples complications infectieuses.

Les auteurs concluent de leur étude que l'injection de sérum de convalescent est indiqué dans le traitement des scarlatines graves. Il devra être employé autant que possible au début de la maladie. Le sérum sera introduit à la dose de 40 à 50 centimètres cubes par voie intra-musculaire. Les injections seront répétées les jours suivants.

En pratiquant des injections sous-cutanées ou intramusculaires de sérum de convalescent, faut-il penser que l'on met simplement en œuvre une « protéinothérapie parentérale » sans caractère spécifique, ou bien que l'on profite de l'action anti-infectieuse générale commune à tout sérum humain, ou faut-il admettre enfin qu'il y a réellement chez les convalescents de scarlatine des anticorps spécifiques, transmissibles passivement?

Trois faits plaident contre le caractère spécifique de cette thérapeutique : tout d'abord, A. Zingher a employé avec succès contre la scarlatine maligne des injections de sang citraté d'individus normaux. A vrai dire, l'action favorable parut moins marquée que dans les cas où il s'était adressé à du sang de convalescent. En second lieu, le sérum de convalescent de scarlatine ne produit pas le phénomène de l'extinction de Schultz-Charlton avec plus de facilité ou de netteté que le sérum d'individus normaux. Enfin les auteurs ont noté, que l'injection de sérum de convalescent n'a pas d'action nette sur l'éruption des malades traités par cette méthode. A vrai dire, ces différents arguments ne permettent pas de nier l'action spécifique du sérum de convalescent, à laquelle croient tous les auteurs. Ils montrent cependant que le problème n'est pas résolu.

J. Paraf.

VARIOLE. VACCINE

Uber Basler Pecken epidemie im 1921. (Hans Hunziker et H. Reese. *Schweiz. med. Woch.*, 10 mai 1922, p. 781.) — Quarante-six personnes ont été atteintes, de mars à août 1921, de variole, au cours d'une petite épidémie qui a occasionné huit décès. Il a existé, en outre, des foyers secondaires à Soleure, Genève et Berlin.

Le cas initial est celui d'un agent des postes venant de Francfort où existait une épidémie de varicelle et qui fut pris pour un varicelleux grave.

Dans plus de la moitié des cas observés par la suite, le mode de contagion échappa complètement, tel le cas d'un épileptique isolé dans un asile et sans aucun rapport avec l'extérieur. Aussi l'auteur incrimine-t-il les mouches très abondantes. Cette hypothèse paraît confirmée par les expériences de Hunziker et Reese qui réussirent à inoculer la variole à des lapins avec une émulsion de broyats de mouches provenant d'une chambre de malades. L'intestin, en particulier, paraît hautement contagieux.

La contagiosité paraît nulle dans la période d'incubation et même d'invasion (macules et papules). Ce sont surtout les pustules des muqueuses qui paraissent contagieuses.

L'épidémie a mis une fois de plus en évidence la valeur de la vaccination, puisque sur 46 malades, il y avait 23 non vaccinés (17 eurent une variole grave et 7 moururent), 10 vaccinés uniques avec 1 cas mortel et 11 revaccinés avec tous des varioles légères qui guérirent.

L'inoculation du contenu des pustules dans l'œil du lapin peut rendre des services. C'est la revaccination qui constitue la plus importante des mesures prophylactiques 17.000 personnes furent revaccinées pendant l'épidémie. Aucun incident n'a été observé.

J. Paraf.

Culture du vaccin. — C. Velpine (*Pathologica*, janv. et mars 1921, t. XII, n° 291 et 295) a réalisé des cultures de virus vaccinal, en cultivant la lymphe sur des tubes gelose peptonée additionnée de 2 centimètres cubes de sang humain dilué et d'une bactérie B. subtilis proteus, cocci). Coton paraffiné, ou anaérobiose avec acide pyrogallique. Au bout de quinze à trente jours par scarifications, lésions de la cornée du lapin. Mêmes lésions jusqu'au dixième passage, dilution $1/25 \times 10$ pour deuxième dose pas de simple conservation.

Fornet (*Central. fur Bakt*, t. LXXXVII, 1922, p. 36) a stérilisé la grippe avec des vapeurs d'éther (supérieures à l'éther liquide, aucunement préconisé) cinq à dix minutes.

La lymphe ainsi purifiée est diluée à 1/10 et introduite dans 100 centimètres cubes de bouillon glucosé (pour 1/10 centimètres cubes). Anaérobiose huit jours, résultats positifs. Après étalement et coloration petits éléments, corpuscules. Microsonia variolæ.

Plotz (*C. R. Acad. des sc.*, t. CLXXXIV, 8 mai 1922, p. 1265) a observé que chez le lapin, inoculé sur une grande surface cutanée, on peut découvrir le virus dans le cerveau. Il pense que le virus ne peut se propager que par voie sanguine (l'auteur ne parle pas des nerfs), il ensemence le sang d'un lapin inoculé depuis soixante-douze, quatre-vingt-seize jours sur milieu Noguchi. Vingt-quatre heures après, à température du laboratoire opalescence, puis précipité blanc, corpuscules ronds 0,2 μ à 0,3 μ. Gram positif.

Après cinquième passage, lésions vaccinales (cornée et peau). Par injection intraveineuse et rasage (Calmette et Guérin), éruption. Il put vérifier les réactions d'immunité et la réaction de fixation. Il a fait quatorze passages réussis. Cependant diminution de la virulence au sixième.

J. Paraf.

ROUGEOLE

A. **Rougeole expérimentale. — Essai de transmission expérimentale de la rougeole au lapin. Constatation d'un**

érythème sur la peau rasée. (Harde. *C. R. Soc. biologie*, t. LXXXIV, 28 mai 1921, p. 968.)

Experimental measles in rabbits and monkeys. (May Nervin et Florence Bittman. *Journ. of inf. dist.*, t. XXIX, oct. 1921, p. 429.)

Studies on measles. Acquired immunity following experimental measle. (F.-G. Flacke. *Journ. of exp. med.*, t. XXXIII, f. 5. p. 621, mai 1921.)

Susceptibility of rabbits to the virus of measles. (Grand. *Journ. of inf. dis.*, t. XXX, Janer 1922, p. 86.)

Studies upon Experimental measles. (C.-W. Duval et D. d'Aunoy. *The journ. of exp. méd.*, 1922, XXXV, p. 257 et XXXVI, n° 2, p. 232.)

Reprenant les études faites il y a déjà longtemps en France par Nicolle et Conor, différents auteurs, surtout en Amérique, ont tenté de reproduire expérimentalement la rougeole.

Les résultats de tous ces auteurs sont concordants dans leur ensemble, tous critiquables d'ailleurs car rien n'est d'interprétation plus délicate chez l'animal, chez le lapin en particulier, que la constatation d'un érythème surtout sur la peau rasée du lapin qui présente spontanément des érythèmes variés.

En inoculant au lapin 1 à 2 centimètres cubes de sang citraté de rougeoleux prélevé au premier jour de l'éruption, Harde vit apparaître sur la peau rasée de l'animal un érythème d'une teinte assez vive. Il vérifia comme contrôle que ni le sang normal ni le sang de scarlatineux ne produit le même phénomène.

Mêmes expériences de Nervin et Bittman qui ont inoculé à 15 lapins par voie veineuse 1 à 15 centimètres de sang citraté de rougeoleux. Du troisième au septième jour la température s'éleva et un érythème apparut sur la muqueuse labiale en même temps qu'un érythème sans grand caractère sur la région thoracique. Cet érythème fut suivi de desquamation. Plus intéressantes sont les expériedces faites sur le singe : 3 mac rhesus inoculés avec le sang de rougeoleux et d'un des lapins précédents contractèrent une rougeole typique.

C'est d'ailleurs exclusivement le singe qu'ont utilisé F.-G. Blacke et ses collaborateurs Traske et Cecal. Par injection de 2 à 5 centimètres de sang citraté de rougeoleux prélevé durant l'invasion ou le début de l'éruption ils ont occasionné chez le lapin une maladie expérimentale, toujours identique à elle-même et caractérisée d'abord par une élévation thermique avec leucopénie marquée.

Plus souvent apparition d'un exanthème búccal et pharyngé avec parfois même constatations de trainées blanches rappelant les taches de Köplick. L'éruption qui apparaît au niveau du ventre n'est pas constante et n'est souvent pas typique.

Cette maladie peut être reproduite en série, l'inoculation du sang des animaux infectés occasionnent une affection identique. Elle détermine l'immunité, les animaux infectés une première fois et guéris sont résistants vis-à-vis de nouvelles inoculations. Enfin comme au cours de la rougeole humaine, l'infection morbilleuse expérimentale facilite considérablement l'infection des bronches et des poumons par les cocci maso-pharyngés et rend cette infection plus grave. Ils ont déterminé ainsi chez l'animal dans de nombreux cas des broncho-pneumonies mortelles.

L'infection peut être reproduite par inoculation de sang, de sérosités nasopharyngées filtrées ou non et même par badigeonnage de ces sérosités au niveau du rhinopharynx des animaux, reproduisant ainsi les conditions de la contagion interhumaine.

C'est également en utilisant la sérosité nasopharyngée que Grund a déterminé chez le lapin après une incubation de deux à sept jours un exanthème avec cinq fois des taches de Koplick typiques. Cette sérosité était injectée dans les bronches.

Ch.-W. Duval et Rigney d'Aunoy ont tenté de reproduire la maladie chez le cobaye. Par injection intracardiaque de 1 à 2 centimètres de sang défibriné/de rougeoleux. Ils ne constatent après une incubation de quatre à six jours qu'une élévation de température avec leucopénie, sans rasch ni exanthème. Par contre chez le lapin ils ont reproduit les expériences des auteurs précédents, fièvre leucopénie, puis enanthème avec Koplick. L'enanthème se produit dans 40 p. 100 des cas. La maladie peut être reproduite en série et est parfois mortelle. Ils ont pu alors montrer que le virus existait dans les viscères dont l'inoculation détermine la maladie. Enfin par injection intratrachéale de sécrétions nasopharyngées ils ne déterminent chez le cobaye qu'un état fébrile avec leucopénie et enanthème et réaction conjonctivale, mais chez le lapin une rougeole presque typique avec catarrhe oculo-nasal, enanthème, éruption morbilliforme.

B. **Prévention. Traitement sérique. — Wasernschutz bei Rekonvalesentserum.** (Kutter. *Zelth f. Kinderheilk*, 1921, t. XXIX, p. 90.)

Masernschutz impfingen mit Rekonvalesentserum. (Torday. *Zeitsch. fun kinderheilkund*, 1921, t. XXIX, p. 148.)

Uber Erfahrungen mit Masern Rekonvalescent serum. (Zhau. *Munch méd. Woch*, 1921, t. LXVIII, p. 1047.)

Uber Masernschutzimpfangen. (Gloser et Muller. *Med. klin.*, 1921, t. XVII, p. 649.)

Zur Masernprophylaxie mach Degwitz. (Rietschel. *Zeitsch fur kinderkeil*, 1921, t. XXIX, p. 127.)

Immune profilossi del morbille. (Maggioré. *La Pédiatria*, 1921, n° 19, p. 873.)

Prophylaxie de la rougeole par les injections préventives de sérum de convalescents. (P. Nobécourt et J. Paraf. *Presse méd.*, juin 1922, n° 4610.

Prophylaxie de la rougeole. (P.-L. Marie. *Presse méd.*, 27 mai 1922, n° 42, p. 456.)

Prophylaxie de la rougeole par l'injection préventive de sang citraté prélevé chez les convalescents. (Ruelle. *Pédiatrie pratique*, sept. 1922.) — Dès 1918, Nicolle et Conseil mettaient en lumière par une observation démonstrative le pouvoir préventif du sérum d'un malade convalescent de rougeole. L'année suivante, Richardson et Conor faisaient des constatations analogues. Mais ce sont surtout les recherches de Degwitz (rapportées l'an passé) qui ont bien montré l'efficacité de la méthode. Depuis, dans tout le courant de l'année dernière, cette méthode a fait l'objet de nombreuses recherches, surtout en Allemagne.

Kutter, à Berlin, a injecté 145 enfants avec une dose variant de 2 à 5 centimètres cubes de sérum de rougeoleux guéris. Comme Degwitz, il prélève le sang chez des grands enfants dont les veines sont faciles à ponctionner, le plus souvent dans la troisième semaine de la maladie six à dix jours après la chute totale de la température. Dans un cas, le sérum a été prélevé le onzième jour. Le sérum est décanté, chauffé et injecté à la dose de 2 à 4 centimètres cubes. Jamais il n'observa d'incident.

Sur les 145 enfants, aucun ne contracta la rougeole. Cependant la plupart furent exposés d'une façon certaine à la maladie que contractèrent d'autres enfants exposés dans les mêmes conditions et non injectés ainsi que dix enfants injectés trop tardivement du huitième ou du dixième jour de l'incubation.

Terday, à Budapesth, a injecté 261 enfants. Même technique de prélèvement du sang auquel il ajoute pour la conservation du trirésol à la dose de 1 p. 100 de sérum. Aucun des enfants injectés ne contracta la rougeole alors que sur 113 autres exposés dans les mêmes conditions 110 furent atteints de la maladie.

Comme dans les observations de Degwitz, les injections faites après le sixième jour ne furent suivies d'aucun effet.

Il a recherché à déterminer la durée de l'immunité passive ainsi conférée. Sans pouvoir le déterminer exactement, il cite le cas de deux enfants qui avaient reçu une injection de sérum et contractèrent la rougeole le soixante-quinzième et le soixante-douzième jour après cette injection.

Mêmes constatations de Zhau qui, à Nuremberg, a injecté 37 enfants avec succès ; il a utilisé avec un aussi bon résultat le sérum d'enfants prélevé à une date plus éloignée de la maladie (trois et quatre mois). Par contre, le sérum d'enfant normal ou de convalescent de scarlatine ou de varicelle est sans effet. Il pense que la durée de l'immunité ainsi conférée est de quatre à cinq semaines.

Manchot et Reiche ont appliqué la méthode à 216 enfants

à Hambourg. Leurs résultats sont conformes à ceux des auteurs précités.

GLOSER et MULLER ont injecté 46 enfants exposés à une contagion de rougeole certaine. Aucun n'eut la maladie.

REITSCHEL publie une dizaine d'observations analogues.

MAGGIORE (de Palerme) a injecté 113 enfants dont 47 nourrissons de moins de deux ans. Même chez ces derniers il n'observa pas le moindre incident à la suite de ses injections.

Par contre, les résultats furent remarquables en ce fait qu'aucun des enfants injectés ne fut atteint de la maladie. Il conclut qu'en cas d'épidémie grave la méthode doit être appliquée en grand dans les collectivités (collèges, écoles, hôpitaux) afin d'éviter le péril d'une mortalité élevée.

P.-L. MARIE a utilisé également ce procédé dans le service de M. Aviragnet; il en a constaté les heureux résultats obtenus.

Avec P. NOBÉCOURT, Paraf a eu l'occasion d'appliquer cette méthode sur une vingtaine d'enfants et d'en vérifier l'efficacité. Le sérum employé provenait de deux adultes de vingt et vingt-trois ans et d'un enfant de dix ans ayant tous trois présenté une rougeole typique sans complication. Ces sérums furent prélevés, les dix-huitième, vingtième et vingt-deuxième jours après le début de la maladie (dixième, douzième, onzième jour de l'apyrexie). Les sujets, vigoureux, ne présentaient aucune tare organique, aucun signe clinique de tuberculose. La réaction de Bordet-Wassermann était négative dans le sérum. Après chauffage à 56 degrés répété deux fois, ce sérum fut employé à la dose de 3 centimètres cubes en injections sous-cutanées. Les auteurs n'ont jamais observé le moindre incident à la suite de ces injections. Le premier groupe d'enfants injectés comprend 3 garçons et 2 filles, de treize, douze, onze, neuf, sept et deux ans qui furent en contact intime avec un petit morbilleux (leur frère ou cousin) pendant toute la période d'incubation et la presque totalité de l'invasion. Ils furent injectés le quatrième jour environ de l'incubation. Aucun de ces enfants ne fut atteint de rougeole; par contre, deux autres enfants de la même famille, exposés au même contact pendant le même laps de temps et qui ne furent pas injectés, contractèrent des rougeoles, bénigne dans un cas, compliquée d'otite dans l'autre.

Quelque temps après, ils ont injecté, à l'hôpital des Enfants-Malades, neuf enfants; ces enfants avaient été en contact pendant toute l'incubation de la maladie, d'une part, avec une fillette atteinte de rougeole et, d'autre part, avec un enfant de deux ans contaminé par cette dernière et qui avait séjourné dans les salles pendant l'incubation et l'invasion de la rougeole; ce dernier avait été, la veille encore de l'apparition de l'éruption, porté par presque toutes les grandes filles de la salle. Sur 17 malades, 10 n'avaient pas eu la rougeole, 9 reçurent une injection sous-cutanée de 3 centimètres cubes de sérum de convalescent. Une enfant de treize ans, traitée à l'hôpital, suspecte de mal de Pott, sortant le jour même, échappa à l'injection; elle revint treize jours après avec une éruption typique de rougeole. Les autres enfants injectés furent tous exempts de la maladie. Or, parmi ces derniers, se trouvaient une fillette atteinte de péritonite tuberculeuse, deux enfants atteints d'adénopathie trachéo-bronchique évolutive avec pleurite, une autre atteinte de purpura chronique, un enfant de trois ans et demi avec état spasmo-syphilitique; pour tous ces malades, une rougeole intercurrente n'aurait certainement pas été inoffensive.

Les faits relatés par tous ces auteurs, démontrent l'efficacité de la méthode. Les enfants injectés avant le sixième jour de l'incubation ne contractent pas la maladie, tandis que la prennent d'autres enfants exposés à la même contagion dans les mêmes conditions.

RUELLE, en utilisant du sang citraté qu'il injecte à la dose de 4 centimètres cubes par voie intramusculaire, a obtenu également d'excellents résultats.

J. PARAF.

Précis de diagnostic médical et de séméiologie, par J. PAVIOT, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux. 3e édition. 1 fort volume in-16 de 1.420 pages, avec 56 figures dans le texte. — Prix cartonné toile : 40 fr.; franco : 42 fr. — Paris, G. Doin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1922)

Sur les quantités maximales de la réserve glycogénique dans le foie des chiens de différents âges. — Mme Z. GRUZEWSKA et M. FAURÉ-FREMIET. Les expériences des auteurs leur permettent de conclure que :

1° La suralimentation prolongée par leur régime n'est supportée par le foie que si l'animal est jeune et vigoureux;

2° La cellule hépatique, soit avec l'âge, soit sous l'influence des conditions défavorables, subit (sans que l'aspect histologique puisse révéler des changements) un affaiblissement plus ou moins grand de ses fonctions glycogéniques;

3° Pour trouver le maximum de glycogène dans le foie d'un chien soumis à un régime approprié, il faut l'analyser quand l'animal n'a pas encore atteint son poids initial avant le jeûne.

Parallélisme entre la sensibilité au réflexe oculo-cardiaque et la sensibilité aux actions toxiques. — MM. L. GARRELON, D. SANTENOISE et THUILLANT. La résistance de l'organisme à un toxique est conditionnée par l'état du tonus du système nerveux organo-végétatif, au moment de la pénétration du poison dans le torrent circulatoire.

a. Chez les sujets à réflexe oculo-cardiaque très marqué, on observe toujours une susceptibilité très grande aux poisons, d'autant plus forte que le réflexe est plus accentué (réceptivité augmentée);

b. Chez les sujets à réflexe oculo-cardiaque faible, nul ou inversé, on observe, au contraire, une résistance considérable de l'organisme à l'intoxication (résistivité augmentée).

Quant au mécanisme intime de ces différences de susceptibilité aux intoxications, l'analyse de tous les faits observés au cours de leurs expériences, a conduit les auteurs à émettre l'hypothèse suivante :

Les manifestations de l'action d'un toxique du système nerveux doivent être fonction de l'imprégnation cellulaire. Cette imprégnation dépend elle-même de l'activité des échanges des cellules glandulaires à celle du système neuro-végétatif. Pourquoi ne pas supposer que le métabolisme de la cellule nerveuse est lié lui aussi à l'activité de ce système?

Et dès lors ne peut-on pas penser qu'à l'hypertonus parasympathique correspond une activité plus grande des échanges de la cellule nerveuse et, par conséquent, une absorption plus rapide de la substance toxique. Inversement à un état hypovagotonique correspondraient des échanges ralentis.

Ainsi la sensibilité du pneumogastrique cardiaque à une excitation réflexe d'ordre mécanique serait la mesure de la sensibilité du système nerveux à une intoxication.

Sur un mode d'action des eaux thermales de Vichy utilisées au griffon. — MM. A. DESGREZ et H. BIERRY. Les recherches des auteurs leur ont permis :

1° De déterminer ce qu'ils appellent l'épreuve de la *dose seuil*, dans le traitement hydrominéral de Vichy;

2° De suivre les effets des eaux de ce groupe sur l'équilibre *acide base* de l'organisme;

3° De dépister les « états d'acidose » et de fixer, pour chaque sujet, la quantité d'eau minérale appropriée à ses réactions individuelles.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1922)

Tuberculose et grossesse. — M. Léon BERNARD s'était élevé dès la communication de MM. Dumarest et Brette contre l'optimisme de ces auteurs, mais il tient à reprendre en détail les faits qu'il avait mentionnés à ce moment. Il s'agit, en effet, d'un problème très grave où le médecin doit se soucier de tous les facteurs en présence, aussi bien des facteurs sociaux que des facteurs cliniques.

A toutes les époques, ce problème a été discuté, mais il est renouvelé actuellement par le progrès de nos connaissances.

Il comprend deux questions qu'il faut envisager séparément, celle de l'influence de la gestation sur la tuberculose pulmonaire, celle de la légitimité de l'avortement thérapeutique chez les tuberculeuses enceintes; la solution de la seconde ne dérive pas nécessairement de la réponse à la première.

M. Léon Bernard apporte des statistiques qui attestent les effets fâcheux sur la tuberculose de la gestation, de l'accouchement et de la lactation; 18 p. 100 des tuberculeuses de son service ont des antécédents gravidiques ou obstétricaux qui ont exercé une mauvaise influence sur la maladie. Les chiffres montrent que les tuberculoses évolutives trahissent cette influence dès la gestation, le plus souvent; les tuberculoses latentes ne sont réveillées, le plus souvent, qu'après l'accouchement. Enfin, la lactation aggrave notablement l'évolution morbide.

Toutefois, on trouve un nombre équivalent de tuberculeuses qui ont dans leur passé des antécédents gravidiques ou obstétricaux semblant n'avoir en rien influencé leur maladie. Avec cette inconstance, il faut confronter l'inconstance des variations allergiques consécutives à la gravidité.

Toutefois, la gestation, chez la femme comme chez la femelle, détermine souvent un état d'anergie; cette modification du terrain par la gravidité est précise et spécifique, ce qui l'authentifie parmi les considérations vagues et banales qui entourent en général la notion de terrain.

En pratique, la question est de savoir comment les faits révélés par la clinique s'inscrivent dans le cadre médico-légal rappelé par Balthazard et s'offrent à la conscience du médecin. Ici, le problème diagnostic domine tout le débat.

Sauf dans les derniers mois de la grossesse où tout le monde est d'accord pour ne pas intervenir, il est impossible d'affirmer que la mère soit en danger extrême. De même, on ne peut affirmer que le danger est sous la seule dépendance de la gestation, ni que l'interruption de celle-ci écarterait ce danger? Il n'est pas prouvé que l'avortement ne soit pas aussi malfaisant sur la tuberculose que l'accouchement.

A coup sûr, une cause d'abus provient aussi de diagnostics erronés de la tuberculose; il faut s'inspirer des règles actuelles et de nos connaissances à ce sujet, sous peine de considérer des scléroses inactives et inévolutives que nul péril ne menace avec des tuberculoses en évolution ou en puissance d'évolution.

Dans ces dernières formes même, il est impossible, dans un cas déterminé, de prévoir quelle sera la marche de la poussée. La cuti-réaction, proposée par M. Bar comme critérium de l'intervention, ne peut à aucun degré y suffire : c'est un élément de pronostic, rien de plus.

En pratique, on est en présence, soit de tuberculeuses arrivées aux derniers mois de la gestation, soit de tuberculeuses au début de la gestation. Dans la première catégorie, tout le monde est d'accord pour s'abstenir. Dans la seconde, s'il s'agit de lésions initiales, localisées, on peut espérer qu'elles s'arrêteront spontanément et on ne peut pas affirmer que l'avortement les arrêtera; le pneumothorax peut y parvenir; ou bien, s'il s'agit de lésions avancées et bilatérales, on ne peut guère compter sur l'efficacité de l'avortement; et la gestation peut de même conduire à la naissance d'un enfant.

Pour finir, M. Léon Bernard trace les règles de l'allaitement des nourrissons issus de tuberculeuses ainsi que la nécessité d'assurer leur préservation par une séparation précoce de leur mère; il montre la possibilité d'une prophylaxie anténatale de la tuberculose qui lui a déjà donné de fort bons résultats.

M. Bar passe en revue les divers arguments qui ont été fournis par MM. Léon Bernard, Hergott, Pinard et Wallisch. Il constate que l'accord est complet sur ce fait que la gestation, très souvent, aggrave une tuberculose en évolution. L'accord existe de même sur les conséquences à tirer de la cutiréaction ; reste la troisième partie sur laquelle est survenu le désaccord. Pour M. Bar, il n'y a pas de raisons graves pour que, dans des faits particuliers, il n'y ait pas lieu de recourir à l'interruption de la grossesse. Il maintient, à ce point de vue, la profession de foi qu'il a déjà faite ; ce n'est pas la première fois, d'ailleurs, qu'est émise cette opinion. M. Bar rappelle ici la grande discussion qui a lieu, en 1832, sur ce sujet entre Bégin, d'une part, et Pajot et Bailly, d'autre part.

Répondant à M. Léon Bernard, M. Bar déclare n'avoir jamais dit que l'avortement arrête toujours l'évolution tuberculeuse. Il reconnaît également que, passé le troisième mois, de la grossesse, les résultats de l'avortement peuvent être mauvais. Il est, sur ce point, d'accord avec MM. Sergent et Bernard.

Suivant quelques exemples : une femme qui a eu plusieurs enfants devient tuberculeuse; elle se trouve de nouveau enceinte. D'accord avec Landouzy, M. Bar conseille l'avortement. L'état de la malade s'améliore; elle augmente de poids, la cutiréaction qui était négative devient positive. Niera-t-on, dans ce fait, le résultat heureux de l'interruption de la grossesse ? En présence d'une tuberculose en évolution, s'aggravant au cours de la grossesse, existe-t-il d'autres moyens de curabilité de cette tuberculose? Dans un autre cas analogue, on ne pratique pas d'avortement et la malade meurt de la tuberculose trois mois après l'accouchement.

M. Bar rapproche le cancer de la tuberculose : Une femme atteinte d'un cancer de l'utérus devient enceinte. Les chirurgiens estiment qu'elle est opérable, mais à condition qu'on n'attende pas la fin de la grossesse. Hésitera-t-on dans ce cas à pratiquer l'hystérectomie?

Pourquoi ne pas agir de même à l'égard de la tuberculose. M. Bar maintient donc son opinion, sans se dissimuler la gravité de ses paroles. Il rappelle que Tarnier et Budin professaient la même opinion.

Plus tard, dit-il en terminant, quand on aura trouvé la curabilité de la tuberculose, il sera le premier à revenir sur son opinion. Mais jusqu'ici, cette curabilité n'existe pas encore et si l'on veut bien songer à l'avenir, plus ou moins lointain, de ces femmes tuberculeuses qui deviennent enceintes, n'est-il pas du devoir du médecin d'interrompre une grossesse dont on constate la fâcheuse influence sur l'évolution de la tuberculose.

M. Bar maintient donc ses premières conclusions.

M. Léon Bernard tient à répondre à M. Bar. Du moment, dit-il, qu'on n'est pas certain du résultat heureux de l'avortement est-on bien en droit de la proposer? Sommes-nous donc tout à fait désarmés contre la tuberculose. N'a-t-on pas, par exemple, la ressource du pneumothorax artificiel qui a fait ses preuves? Nous devons reconnaître toutefois la difficulté du pronostic de la tuberculose, surtout de la tuberculose chez les femmes enceintes. La comparaison qu'a faite M. Bar de la tuberculose avec le cancer peut donner sujet à discussion. On peut être certain que le cancer continuera toujours à s'aggraver. Il n'en est pas de même pour la tuberculose.

M. Sergent rappelle qu'on a proposé de nommer une commission pour l'étude de cette question. Il est bien convaincu que cette commission n'aboutirait à rien. Nous ne saurions, en effet, dans cette question établir de lois. Il est bon de rappeler aussi qu'il s'agit ici de cas particuliers auxquels répondent les conclusions formulées par MM. Bar et Sergent. Il faut aussi qu'il soit bien entendu qu'il s'agit de tuberculose avérée, certaine, démontrée par la présence du bacille de Koch. Enfin l'avortement ne doit être conseillé que dans les cas où il est bien démontré que la gestation aggrave indubitablement la grossesse, où on peut prévoir un danger de mort. Enfin M. Sergent rappelle que dans les trois seuls cas où il a cru devoir conseiller l'avortement, les malades se trouvaient dans cet état grave et menaçant.

Les accidents oculaires tardifs de la rachianesthésie. — M. F. de Lapersonne fait un rapport sur un travail du docteur Terrien :

« Le mémoire de M. Terrien appelle à nouveau l'attention sur les accidents produits par la rachianesthésie. Sans doute les cas de mort sont devenus beaucoup plus rares depuis qu'on a abandonné la cocaïne, pour la stovaïne ou la novocaïne. En France les faits publiés ne dépassent pas 48 ou 50 et l'on sait que, pendant la guerre surtout, on a employé ce mode d'anesthésie avec une fréquence toujours croissante.

En Allemagne, une des dernières statistiques a été présentée par Strauss en 1921 (*Münch med. Woechensch.*) : elle porte sur 83.694 anesthésies rachidiennes, qui ont été suivies

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de thérapeutique, par A. MANQUAT, correspondant national de l'Académie de médecine, ancien professeur agrégé du Val-de-Grâce. Ouvrage complet, 1922, 2 vol. in-8, ensemble 1412 pages. — Prix : 50 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Précis de pathologie médicale, par le docteur M. JOURNÉ. 1 vol de 1.200 p. environ. — Prix, cartonné : 25 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

L'Artériosclérose (2e édition, revue, corrigée et augmentée) [Collection des « Maladies de la cinquantaine », t. III], par Arthur LECLERCQ, lauréat de l'Académie de médecine, lauréat de la Faculté. In-8 carré de 200 pages. Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin.

Manuel d'éducation prophylactique contre les maladies vénériennes, publié sous la direction de MM. les docteurs QUEYRAT et SICARD DE PLAUZOLES. In-8, 1922. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

de mort 58 fois. L'auteur s'empresse d'ailleurs d'ajouter que 34 fois la mort n'était pas imputable à l'anesthésie.

Mais si les cas mortels sont devenus rares, il n'en existe pas moins toute une série de complications qui se rencontrent encore, malgré les perfectionnements apportés à la technique de ces injections : soustraction de quelque centimètre cubes de liquide céphalo-rachidien, association à la stovaïne de la caféine et la strychnine.

Sans parler des tendances syncopales, des céphalées, des vomissements et des troubles vésicaux, on a publié, dès 1906, des cas de paralysies plus ou moins transitoires qui, contrairement à ce qu'on pourrait penser, portent beaucoup moins sur les nerfs rachidiens que sur les nerfs craniens, et parmi ces derniers sur la VIe paire.

Les observations de lésions des nerfs craniens, en dehors du moteur oculaire externe, sont rares. Monthus a cité récemment un cas de cécité temporaire avec dilatation pupillaire, sans lésion de fond de l'œil, bientôt remplacée par une hémianopsie gauche avec troubles aphasiques. Mingazzini vit apparaître vers le treizième jour une ophtalmoplégie interne bilatérale avec ptosis, accompagnée de paralysie du voile du palais et des muscles masticateurs, qui n'avaient pas disparu au bout du huitième mois. On a cité un cas de paralysie du pathétique, quelques paralysies du facial ou de l'hypoglosse. Terrien et Prélat ont noté de la surdité, associée à la paralysie de la VIe paire.

Mais ces faits paraissent tout à fait isolés, si on les compare au nombre des paralysies du moteur oculaire externe On peut dire que ces dernières sont notées une fois sur 200 ou 250 anesthésies rachidiennes, et bien entendu beaucoup n'ont pas été publiées.

M. Terrien, dans une enquête rapide, a pu en réunir 62 cas, et il nous présente trois nouvelles observations. Une d'elles est particulièrement intéressante car il s'agissait d'un homme de cinquante-huit ans, qui au mois d'octobre 1920, étant en Guinée, avait été amputé de la cuisse gauche pour gangrène traumatique, avec rachianesthésie, et n avait présenté aucun accident. Au mois d'avril dernier, il est anesthésié avec 2 centimètres cubes de novocaïne à 4 p. 100, après soustraction de liquide céphalo-rachidien pour suture de la rotule droite. Le septième jour il eut une paralysie du moteur oculaire externe droit avec céphalée intense. Chez cet homme le Bordet-Wassermann et le Hecht étaient positifs. Ce fait est à rapprocher de celui que MM. Henri Lagrange et Pesme viennent de publier dans les *Archives d ophtalmologie*. La paralysie de la VIe paire s'accompagnait de myosis du même côté chez une femme dont la réaction de Hecht était positive dans le sang.

M. Terrien insiste, avec juste raison, sur l'apparition relativement tardive de ces paralysies de la VIe paire. On les a vus se produire très rarement le jour même ou le lendemain, plus souvent vers le troisième ou le quatrième jour, plusieurs fois du vingt-cinquième au trentième jour : en moyenne du septième au huitième jour. Elles sont presque toujours précédées par une céphalée orbitaire, périorbitaire, en casque; elles peuvent s'accompagner de douleurs occipitales et rachialgiques, de vomissements et même de raideur de la nuque.

Elles sont presque toujours unilatérales : on ne connaît que quatre observations de paralysies bilatérales : M. Terrien en rapporte un exemple dans lequel le strabisme interne était très prononcé des deux côtés. Elles s'accusent surtout par la diplopie, un peu de déviation et des mouvements nystagmiformes dans la sphère d'action du muscle parésié. Elles guérissent après plusieurs semaines ou plusieurs mois : pour les cas définitifs, il faut peut-être faire intervenir d'autres facteurs.

Ces paralysies ne peuvent s'expliquer ni par de petites hémorragies très localisées au niveau des noyaux de la VIe paire, comme on l'avait pensé, ni par une intoxication générale : elles se produiraient immédiatement, tout au plus quelques heures après l'anesthésie.

Le caractère tardif de ces paralysies semble bien devoir faire écarter les hypothèses.

Il est beaucoup plus rationnel d'admettre une réaction méningée agissant lentement sur le confluent arachnoïdien de la base du cerveau. Point n'est besoin de songer à une infection due à une faute de technique. Il est démontré expérimentalement qu'un liquide coloré, injecté à la partie inférieure du canal rachidien se diffuse vers la base du cerveau en une demi-heure ou une heure, et d'autre part, la ponction lombaire a prouvé l'existence d'une lymphocytose plus ou moins marquée avec polynucléaires dans ces cas de paralysies. Cette réaction méningée est uniquement due à la substance employée et, fait qui semble paradoxal, ce n'est pas la cocaïne plus toxique, qui produit davantage cette réaction : une solution de stovaïne précipite le liquide céphalo-rachidien, qui devient légèrement trouble. Il y a donc le plus grand intérêt à rechercher quelle est la substance ou le mélange qui, avec le moindre degré de toxicité, est le moins nocif.

Pour quelle raison, la VIe paire est-elle plus spécialement atteinte? C'est sans doute parce que le tronc du moteur oculaire externe, formant un cordon grêle tendu du sillon bulbo-protubérantiel au sommet de la pyramide du rocher, où il est fixé par un repli de la dure-mère, baigne dans l'espace sous-arachnoïdien. Le moteur oculaire commun a bien les mêmes rapports, mais il est plus résistant. Il est reconnu que dans cet espace la VIe paire est plus vulnérable.

Aux faits si intéressants, contenus dans le mémoire de M. Terrien, nous voudrions ajouter une conclusion. On peut se demander, en effet, si cette réaction méningée qui atteint seulement quelques sujets ne pourrait pas être prévue dans une certaine mesure et si, par exemple, un syphilitique n'est pas susceptible de réagir plus facilement qu'un autre. Il serait donc extrêmement utile, toutes les fois que la chose est possible de faire une ponction lombaire quelques jours avant l'opération et si le liquide céphalo-rachidien réagissait au Bordet-Wassermann ou au benjoin colloïdal, s'il avait de l'hyperalbuminose ou de la leucocytose, il y aurait une contre-indication à l'emploi de la rachianesthésie. »

Elections. — L'Académie procède à l'élection d'un vice-président.

M. Doléris a obtenu 52 voix sur 54 votants. Il a remercié ses collègues du grand honneur, de la marque de confiance et d'estime qu'ils lui ont donnés et les a assurés de son entier dévouement.

— M. Soucques est maintenu, par acclamation, dans ses fonctions de secrétaire annuel.

PRIX PROPOSÉS POUR 1923

(Les concours seront clos fin février 1923.)

Prix de l'Académie. — Anonymat obligatoire. Partage interdit. — 1.000 fr. — Question : *Etat actuel de nos connaissances sur les localisations cérébrales d'après les enseignements de la guerre.*

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). — Anon. oblig. Part. int. — 1.000 fr.

Prix Apostoli. — Anon. facult. Part. int. — 800 fr.

Prix du marquis d'Argenteuil. — Anon. facult. Part. int. — 7.000 fr.

Prix Argut. — Anon. facult. Part. int. — 800 fr.

Prix François-Joseph Audiffred. — Anon. facult. Part. int. — Un titre de 24.000 fr. de rente.

Prix Barbier. — Anon. facult. Part. int. — 2.500 fr.

Prie Berraute. — Anon. int. Part. aut. — Un titre de 3.092 fr de rente 3 p. 100.

Prix Mathieu Bourceret. — Anon. facult. Part. int. — 1.200 fr.

Prix Henri Buignet. — Anon. facult. — Part. int. — 1.600 fr.

Prix Capuron. — Anon. oblig. Part. aut. — 1.800 fr. — Question : *La glande interstitielle de l'ovaire chez la femme enceinte.*

Prix Chevillon. — Anon. facult. Part. int. — 2.500 fr.

Prix Civrieux. — Anon. oblig. Part. int. — 1.000 fr. — Question : *Traitement de l'épilepsie par la médication borée.*

Prix Clarens. — Anon. facult. Part. int — 500 fr.

Prix Daudet. — Anon. oblig. Part. int. — 2.000 fr. — Question : *La contagion du cancer.*

Prix Demarle. — Anon. int. Part. int. — 750 fr.

Prix Desportes. — Anon. facult. Part. aut. — 1.500 fr.

PRIX FERDINAND DREYFOUS. — Anon. int. Part. int. — 2.800 fr.

FONDATION FERDINAND DREYFOUS. — Part. int. — 1.400 fr.

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — L'Académie met au concours une place de stagiaire aux Eaux minérales. Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1923. Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1924. Une somme de 1.500 fr. sera attribuée à ce stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — Anon. facult. Part. int. — 1.000 fr. — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

PRIX JACQUES GUÉRÉTIN. — Anon. facult. — Part. aut. — 1.500 fr.

PRIX PIERRE GUZMAN. — Anon. facult. Part. int. — Un titre de rente de 1.328 fr.

PRIX THÉODORE HERPIN (de Genève). — Anon. facult. Part. int. — 3.000 fr.

PRIX HENRI HUCHARD, de l'Académie de médecine (prix du dévouement médical en souvenir de sa fille Marcelle Huchard). — Anon. int. Part. aut. — 8.000 fr.

PRIX LÉON LABBÉ. — Anon. facult. Part. aut. — 3.000 fr.

PRIX LABORIE. — Anon. facult. Part. int. — 6.000 fr.

PRIX DU BARON LARREY. — Anon. facult. Part. aut. — 500 fr.

FONDATION LAVAL. — Part. int. — 1.200 fr.

PRIX LEFÈVRE. — Anon. oblig. Part. int. — 3.000 fr. — Question : *De la mélancolie.*

PRIX JULES LEFORT. — Anon. facult. Part. int. — 300 fr.

PRIX LEVEAU. — Anon. facult. Part. aut. — 2.000 fr.

PRIX HENRI LORQUET. — Anon. facult. Part. int. — 300 fr.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — Anon. facult. Part. int. — 2.600 fr. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — Anon. facult. Part. aut. — 1.500 fr.

PRIX NATIVELLE. — Anon. facult. Part. int. — 600 fr.

PRIX OULMONT. — Part. int. — 1.400 fr. — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (médecine).

PRIX PANNETIER. — Anon. facult. Part. int. — 4.000 fr.

PRIX PORGÈS. — Anon. facult. Part. int. — 5.000 fr.

PRIX PORTAL. — Anon. oblig. Part. int. — 1.000 fr. — Question : *Anatomie pathologique de l'encéphalite léthargique.*

PRIX POURAT. — Anon. oblig. Part. int. — 1.200 fr. — Question : *Des rapports entre la constitution du liquide céphalo-rachidien et celle du plasma sanguin.*

PRIX REBOULEAU. — Anon. facult. Part. int. — 2.000 fr. — Ce prix est destiné à récompenser des travaux et des découvertes concernant la guérison de l'asthme.

PRIX JEAN REYNAL. — Anon. facult. Part. int. — 1.200 fr.

PRIX PHILIPPE RICORD. — Trav. imp. Part. int. — 800 fr.

PRIX HENRI ROGER. — Trav. imp. Part. int. — 2.500 fr.

PRIX ROUSSILHE. — Anon. int. Part. int. — 10.000 fr.

PRIX MARC SÉE. — Trav. imp. Part. int. — 1.200 fr.

PRIX TARNIER. — Anon. facult. Part. int. — 4.500 fr. — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.

PRIX TREMBLAY. — Anon. facult. Part. int. — 9.000 fr.

PRIX VERNOIS. — Anon. facult. — Part. aut. — 800 fr.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1922)

Insuffisance surrénale aiguë. — M. SERGENT, à propos du procès-verbal, insiste à nouveau sur les signes cliniques de l'insuffisance surrénale et montre l'importance de trépied de la maladie d'Addison pour dépister l'insuffisance des surrénales. Pour cet auteur l'asthénie, l'hypotension, l'hypothermie, les crampes douloureuses dans les membres aident au diagnostic. Il en fut ainsi dans un cas diagnostiqué et observé pendant sept ans et terminé par le tableau de l'insuffisance surrénale aiguë.

Quant à la ligne blanche, M. Sergent considère qu'elle peut exister mais que ce signe n'est pas constant.

M. HALLÉ à propos d'un cas insiste sur le trépied symptomatique de l'insuffisance surrénale chronique.

M. Léon BERNARD signale que si l'insuffisance surrénale aiguë est admise en France, à l'étranger au contraire elle est peu connue.

A propos de la ligne blanche, il considère que ce signe est inconstant.

M. SÉZARY rappelle qu'on peut observer les signes dits d'insuffisance surrénale dans de nombreux cas où il ne s'agit pas de troubles endocriniens. Il pense qu'on a beaucoup exagéré les cas d'insuffisance surrénale aiguë et que la ligne blanche n'est pas un signe pathognomonique d'insuffisance surrénale. Quant à la mélanodermie, il persiste à penser que dans les cas d'insuffisance glandulaire, le sympathique joue un rôle important.

Pneumothorax artificiel réalisé malgré des probabilités cliniques et radiologiques de symphyse pleurale. — MM. P. AMEUILLE et W. JULLIEN montrent une malade qui présentait une opacité totale de l'hémithorax gauche avec déviation du médiastin à gauche telle qu'il existait une bande continue de clarté entre l'ombre vertébrale médiane et l'ombre cardio-aortique déviée à gauche. Malgré ces apparences qui avaient fait conclure chez elle à la symphyse pleurale par plusieurs médecins, le pneumothorax artificiel a été réalisé sans peine.

Le signe de l'hyperesthésie de la région thyroïdienne dans les syndromes basedowiens. — M. C. LIAN, ayant poursuivi ses investigations cliniques sur ce signe qu'il a décrit, continue à penser que la recherche de ce symptôme peut rendre des services dans le diagnostic des syndromes basedowiens. Pour que ce signe ait de la valeur pour le diagnostic, il est indispensable de promener la pointe d'une aiguille sur la région antérieure du cou sans poser aucune question à la malade : quand le signe est présent et net, on voit la malade faire de petites grimaces au moment où l'aiguille atteint la région thyroïdienne, et seulement dans cette région.

Ainsi l'hyperesthésie n'est pas le fruit de la suggestion médicale. D'ailleurs, cette hyperesthésie a été trouvée chez des malades qui ignoraient certes l'existence du corps thyroïde, ou dont le corps thyroïde était à peine augmenté de volume. De plus, il est arrivé à ce signe d'être rencontré exactement dans les seules parties du corps thyroïde augmentées de volume (par exemple isthme et lobe droit). Enfin dans un cas, où la malade a été longtemps observée, l'hyperesthésie d'abord très marquée s'atténua d'une consultation à l'autre pour arriver à disparaître, suivant en cela une évolution parallèle à l'ensemble des éléments d'un syndrome basedowien indiscutable.

Gonococcémie avec manifestations polyarticulaires et abcès du dos de la main. (*Présentation de malade.*) — M. KLIPPEL.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1922)

Recherches sur les conditions optima d'absorption de l'adrénaline par voie digestive. — Dans des travaux récents, MM. A TRIAS et H. DORLENCOURT ont démontré que, contrairement à l'opinion souvent admise, l'adrénaline est au moins pour une part absorbée par voie digestive ; que si par cette voie, à quelque dose qu'elle soit donnée, elle ne détermine jamais de variations de la pression artérielle, par contre elle provoque, tout comme par voie d'injection, de l'hyperglycémie. L'importance thérapeutique de plus en plus grande de cette substance a déterminé les auteurs à rechercher l'ensemble des conditions qui favorisent son absorption digestive. On réalise l'absorption maxima en faisant prendre l'adrénaline à jeun, à doses élevées, cinq à dix fois la dose d'injection, la toxicité par cette voie étant négligeable, en solution très concentrée, au maximum 10 centimètres cubes de solvant dans le sérum physiologique ou beaucoup mieux dans le liquide de Ringer.

Etude des lésions glandulaires (glandes gastriques) dans l'intoxication expérimentale par la pilocarpine et l'atro-

pine-pilocarpine. — MM. H. Lemaire et H. Dorlencourt. La pilocarpine injectée au lapin à dose relativement faible détermine rapidement des lésions d'ordre dégénératif de la muqueuse gastrique.

a. Dégénérescence graisseuse très accentuée des cellules bordantes;

b. Plasmolyse des cellules principales succédant à une phase initiale d'hyperplasie;

c. Fonte et abrasement de l'épithélium de revêtement et des éléments mucipares. La pilocarpine semble donc exercer deux actions différentes :

1° Une action toxique provoquant une dégénérescence graisseuse rapide de la cellule bordante qui perd ses mitochondries et se bourre de granulations graisseuses;

2° Une action d'excitation excessive portant sur les cellules principales déterminant tout d'abord de l'hyperplasie, puis une véritable fonte cellulaire et réalisant ce fait très particulier de transformer en quelque sorte une glande à fonctionnement normal purement mérocrine en glande du type holocrine.

L'étude de l'action antagoniste de l'atropine montre que toutes les lésions observées relèvent de l'action élective que la pilocarpine exerce sur la substance unissante reliant les extrémités nerveuses aux éléments anatomiques et en aucun cas d'une action cellulaire directe.

Le phénomène majeur de l'inflammation est une lyse des substances intercellulaires. — M. E. Géraudel. La multiplication des cellules, considérée comme la caractéristique la plus générale de l'inflammation, n'est elle-même que la conséquence d'un processus plus général encore, permettant de synthétiser toutes les lésions observées. Ce processus essentiel, véritable phénomène majeur de l'inflammation, est la lyse des substances intercellulaires.

On l'observe dans les inflammations fortes et dans les inflammations faibles. Dans l'inflammation forte, c'est une lyse complète ou liquifaction totale. Dans l'inflammation faible, c'est une lyse imparfaite ou ramollissement avec gonflement des substances intercellulaires.

Cette lyse, complète ou imparfaite, a comme corollaire la libération totale ou incomplète des cellules, d'où leur multiplication, désordonnée dans le premier cas, à demi-ordonnée dans le second.

L'inflammation aboutit, en définitive, par l'altération apportée aux substances intercellulaires, à rompre l'équilibre qui se maintient normalement dans un tissu sain, tant que ces substances intercellulaires inaltérées assurent l'union des cellules constituantes.

De même, quand cesse l'inflammation, la reconstitution des substances intercellulaires est le phénomène essentiel qui se produit, d'où le rétablissement des connexions intercellulaires. Un équilibre nouveau s'établit entre les cellules ainsi ressoudées : équilibre très analogue à l'équilibre antérieur dans les inflammations à lyse totale ou inflammations lysantes, équilibre différent comportant des modifications morphologiques et fonctionnelles, dans les inflammations à lyse incomplète ou inflammations plastiques.

M. Joly. Le gonflement des endothéliums précède la lyse, l'irritation du protoplasma s'accompagne de fonctions nouvelles (phagocytose) : la lésion protoplasmique est donc le phénomène initial.

M. N. Fiessinger. Dans les dégénérescences hépatiques, les cellules malades, rétractées, atrophiées, avec pycnose du noyau, se trouvent éparses au milieu de cellules saines : la lésion initiale est donc protoplasmique.

M. Géraudel. La théorie que j'apporte aujourd'hui a une portée générale et permet de comprendre, mieux que la précédente, le phénomène de l'inflammation.

(SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1922)

Influence de l'infection microbienne secondaire sur les résultats de la radiothérapie des cancers, notamment du cancer cervico-utérin. — MM. Cl. Regaud et S. Mutermilch. Les infections qui ne dépassent pas le néoplasme primaire et dont le seul symptôme est la suppuration de surface, ne sont ordinairement pas aggravées par la radiothérapie et n'en modifient pas les résultats. La régression et la cicatrisation de la tumeur ulcérée font disparaître du même coup l'infection microbienne.

Lorsque l'infection a dépassé le néoplasme primaire, ou donné les signes habituels de l'inflammation, lorsqu'il y a suppuration profonde avec réaction générale de l'organisme, l'action des radiations est beaucoup moins efficace, comparativemeut à ce qu'on observe dans les cancers de même structure non infectés ou superficiellement infectés.

Dans ces mêmes cas, l'irradiation devient dangereuse ; elle favorise nettement l'extension de l'infection et l'aggrave. Le mécanisme de cet effet consiste vraisemblablement dans l'affaiblissement local des moyens de défense des tissus contre les microbes.

La diminution d'efficacité cancéricide et l'aggravation de l'infection déterminent fréquemment l'échec du traitement et des complications septiques.

Ces faits sont particulièrement fréquents et graves dans les cancers du col de l'utérus traités par curiethérapie : d'où des complications variées, dont la plus commune est la cellulite pelvienne avec ou sans septicémie.

Parmi les nombreux microbes qui habitent les cancers utérins, le streptocoque est l'agent habituel des phénomènes infectieux graves ; de la connaissance de ceux-ci découle une série de conséquences intéressant la thérapeutique.

Réaction du cœur de l'escargot à une augmentation du taux du potassium. — M. H. Cardot. Quand à un liquide de perfusion pauvre en K ou privé de K on substitue un liquide potassique, le cœur passe d'un rythme rapide initial à un rythme lent et ample; tantôt ce passage se fait graduellement, par blocage progressif d'une systole sur deux et augmentation progressive de l'amplitude des systoles intercalaires ; tantôt le rythme rapide initial disparaît par arrêt diastolique prolongé et est remplacé ensuite par le rythme lent. Ce dernier cas semble comparable au cas de l'arrêt paradoxal par K que montre le cœur des vertébrés.

M. Girard. Ces expériences seraient aussi à faire avec le lithium.

A propos des connexions du locus niger de Sœmmering. Sa voie efférente principale : voie du pied. La voie de la calotte peut être commissurale. — MM. Foix et Nicolesco. Les connexions du locus niger de Sœmmering sont encore fort mal connues. Ce noyau subdivisé chez la souris en plan dorsal et plan ventral forme chez l'homme une bande continue d'îlots cellulaires arrondis, interne, moyen, externe. Il existe, en outre, un groupe médial, juxtaposé sur la ligne médiane à celui du côté opposé.

Ses voies efférentes comportent deux courants : un courant principal, courant du pied, un courant de la calotte assez vraisemblablement commissural.

Le courant du pied se retrouve aisément chez l'homme sur les coupes horizontales, inclinées ou verticales imprégnées à l'argent. Il est formé d'axones se groupant en fascicules sur le trajet desquels se trouvent, assez fréquemment, des cellules aberrantes et traversant le stratum intermedium pour venir se placer à la face profonde du faisceau pyramidal. Nous pensons que ces fibres deviennent ensuite descendantes et s'entrecroisent dans la protubérance.

Le courant de la calotte (Déjerine, Cajal) se groupe en boucle de cheveux au pôle externe du locus niger, traverse le ruban de Reil médian et par le faisceau de la commissure postérieure gagne le côté opposé. On le suit aisément chez la souris. Il paraît assez vraisemblablement commissural. La voie du pied constituerait donc ainsi la voie efférente principale.

L'action amylolytique des leucocytes dans l'estomac. — MM. M. Loeper et G. Marchal montrent que la formation de sucre dans l'estomac aux dépens de l'amidon n'est pas due seulement à l'action de la salive qui est constante et du suc pancréatique qui est fréquente, mais aussi à celle des leucocytes amenés par la leucopédèse.

Il n'y a guère d'activation du pouvoir amylolytique des leucocytes par la salive et réciproquement. La bile est également sans effet marqué. Par contre, le suc pancréatique



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Procurez-vous l'*Agenda P.-L.-M pour 1923* qui vient de paraître. Il est pratique, ingénieusement présenté, attrayant par ses textes variés et par son iconographie abondante et choisie.

Quinze magnifiques hors-texte en couleurs. Collaboration des écrivains et des peintres et dessinateurs les plus réputés. Douze cartes postales illustrées offertes en prime à tout acheteur.

Prix : 5 fr. En vente : à l'agence P.-L.-M., 88, rue Saint-Lazare ; dans les Agences de voyages, les Grands Magasins, à Paris, et dans les gares et grands trains du réseau P.-L.-M.

Envoi franco à domicile contre mandat (6 fr. 65 pour la France, 7 fr. 20 pour l'étranger) adressé au service de la publicité P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, à Paris.

exerce sur les leucocytes une action activante manifeste.

Malgré l'influence défavorable du suc gastrique, les leucocytes semblent donc capables d'exercer encore leur pouvoir amylolytique dans l'estomac.

La mononucléose hémoclasique. — M. Paul Schiff a observé, au cours du choc hémoclasique, une augmentation du taux des grands mononucléaires à granulations. Les recherches ont porté sur trente séries de lames : dans les 4/5 de ces séries il y eut une mononucléose relative, dans les 3/5 une mononucléose absolue. Cette mononucléose particulière coïncide le plus souvent avec une phase de leucopénie.

Ces faits ne concordent pas avec les interprétations d'après lesquelles les variations de la formule sanguine traduiraient seulement le retentissement nerveux du choc, seraient dues uniquement à la vaso-constriction périphérique et seraient, par conséquent, d'origine mécanique. La mononucléose à grands monos du choc hémoclasique semble être due à une réaction fonctionnelle des organes hématopoiétiques, réaction qui, si l'on admet les idées d'Aschoff et celles de Mallory sur l'origine des grands mononucléaires, pourrait avoir lieu au niveau de l'appareil « réticulo-endothélial ».

Sur l'absorption intestinale du fœtus humain. — M. Parat conclut de ses recherches cytologiques sur l'épithélium intestinal du fœtus humain que celui-ci absorbe, du troisième au huitième mois de la vie intra-utérine, des matériaux spécifiques contenus dans ce que l'on est convenu d'appeler le méconium et qui est en réalité à cette période un embryotrophe.

Sur les corrélations fonctionnelles des organes digestifs du fœtus. — M. Parat compare ses recherches avec celles d'Aron sur le foie et de Giroud sur le pancréas, et en conclut que l'étude histologique de l'intestin du fœtus apporte une notion physiologique nouvelle, celle de l'absorption intestinale précoce, et fait comprendre le déclanchement simultané des sécrétions biliaire (Aron), duodénale (Hallion et Lequeux) et pancréatique.

M. Lapicque critique ces conclusions que soutient M. Prenant. Celui-là leur reproche leur caractère hypothétique; celui-ci invoque, à leur appui, les faits relatifs au lait utérin et à l'embryotrophe, qui montrent l'embryon se nourrissant de sa propre substance.

Election. — M. Champy est nommé membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1922)

L'examen médical des mécaniciens de locomotives. — M. A. Marie demande un examen sérieux et répété de ces sujets, trop souvent en proie, tout comme les conducteurs d'automobile, à des troubles psychiques importants.

Sur les résections de l'estomac et de l'intestin. — M. V. Pauchet après avoir présenté un opéré et diverses pièces opératoires, insiste sur la bénignité de telles interventions.

Traitement de la tuberculose testiculaire inopérable par les injections intramusculaires d'éther benzyl-cinnamique. — M. F. Cathelin présente au nom de M. G. Brulé, six cas traités par cette méthode (Méthode de Jacobson). L'auteur a obtenu deux améliorations notables, deux améliorations légères, et un résultat négatif; le sixième malade est en cours de traitement. L'ensemble des résultats est très encourageant et les essais méritent d'être poursuivis.

Traitement des métrites du col par la neige carbonique. — MM. Bizard et Rabut montrent qu'en utilisant le cryocautère de Lortat-Jacob, modifié par l'adjonction d'une sonde utérine et d'un dispositif spécial imaginé par eux, et grâce à une technique soigneusement réglée, on peut cautériser par la congélation la muqueuse endocervicale et faire disparaître en quelques semaines, sans complications locales ni réaction de voisinage, des abondants écoulements métritiques durant depuis des mois et même des années.

Nez dévié, correction sans cicatrice extérieure. — M. J. Bourguet présente le sujet qui a fait l'objet de cette intervention. Résultats esthétique et fonctionnel parfaits.

Les causes lésionnelles de l'épilepsie. — M. Hartenberg rappelle que l'épilepsie est une réaction non spécifique pouvant être provoquée par les altérations cérébrales les plus diverses. Ces altérations sont elles-mêmes attribuables : soit à une perturbation du plasma germinatif au moment de la conception, soit aux maladies de la mère pendant la grossesse soit à un accident dystocique, soit à des lésions encéphaliques au cours de l'enfance ou des années ultérieures.

La cause du déclenchement périodique reste mal connue. Quant au rôle de la syphilis, il est réel, mais bien loin d'être exclusif, comme certains le donnent à entendre. Il s'ensuit que la thérapeutique doit être multiple et adaptée aux cas particuliers.

Projet de loi sur l'assurance sociale. — Sur la proposition de M. Ducor, la Société adopte les résolutions présentées par la Fédération des médecins de la région parisienne.

Bureau de la Société pour 1923. — Président : M. Cazin; vice-présidents : MM. Marcellabbe, Dartigues et Leopold-Levi.

REVUE DES THÈSES

THÈSES DE MONTPELLIER (1921-1922)

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

M. Joseph Cohen. **Allongement hypertrophique uni ou bilabial du col utérin d'origine inflammatoire** (24 juillet 1922, n° 7, Université). — Affection rare, et, le plus souvent, d'origine inflammatoire, cette affection, signes physiques mis à part, offre cliniquement le tableau fonctionnel de la métrite cervicale chronique. D'évolution lente, sans retentissement notable sur la vie conjugale, la fécondité et l'accouchement, son diagnostic est à faire avec l'hypertrophie inégale d'une des parois cervicales, au cas de prolapsus utérin. Le traitement consiste dans l'excision de la partie hypertrophiée.

M. Douchan-Lekitch. **Contribution à l'étude de la suppuration des myomes utérins** (28 juillet 1922, n° 13, Université). — Parfois d'origine vasculaire, le plus souvent d'origine utérine, annexielle ou intestinale, après un accouchement ou un avortement, l'infection du myome se traduit par des signes fonctionnels, intenses sans aucun signe physique pathognomique de l'affection. Aussi le diagnostic en est-il difficile, et le pronostic, toujours sévère, subordonné à la précocité de l'intervention, excision, énucléation ou hystérectomie.

M. Francis Gauthier. **Contribution à l'étude du traitement des fibromes utérins par radium et radiothérapie** (28 juillet 1922, n° 110). — L'auteur rapporte trente-quatre observations et conclut de leur exposé aux indications respectives de la curiethérapie et de la röntgenthérapie. La première s'adresse aux petits fibromes à graves métrorragies, alors qu'un résultat rapide est recherché. Les rayons X visent plutôt les fibromes dépassant le pubis, surtout quand l'action du traitement doit être lente et surveillée.

M. Emmanuel Fajon. **Grossesse et syndrome parkinsonnien postencéphalitique** (29 juillet 1922, n° 119). — Des six observations rassemblées dans ce travail, il ne semble pas résulter que la gravidité accentue ou améliore le parkinsonnisme. La grossesse n'est pas interrompue du fait de l'encéphalite parkinsonnienne et le produit de conception, né viable, n'a pas présenté de syndromes encéphalitiques. L'allaitement a pu être gêné par la rigidité parkinsonnienne.

PAUL DELMAS.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Un certain nombre de places d'externes sont actuellement vacantes dans les laboratoires centraux d'électro-radiologie des hôpitaux dépendant de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris.

Les candidats, externes des hôpitaux de Paris, qui désireraient être affectés à un de ces laboratoires sont priés de se présenter à l'administration générale de l'Assistance publique (bureau du Service de santé), 3, avenue Victoria, où ils recevront toutes indications utiles.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — Le *Journal officiel* du 20 décembre 1922 publie un arrêté donnant la répartition des places d'agrégés mises au concours, les dates d'ouverture et le tableau fixant la constitution des jurys des diverses sections. Nous publierons ces documents dans notre prochain numéro.

LES FÊTES DU CENTENAIRE DE PASTEUR. — La semaine prochaine sera la Semaine de Pasteur. Si les cérémonies officielles du centenaire ne seront célébrées que l'an prochain à Paris et à Strasbourg, l'anniversaire de la naissance du plus illustre des savants sera fêté dès la semaine prochaine en de nombreuses manifestations.

Le 26, l'Académie de médecine tiendra la séance solennelle consacrée à Pasteur.

L'ordre du jour comporte une allocution du président et des conférences sur l'œuvre de Pasteur et son développement.

M. Delezenne parlera de la biologie générale, M. F. Widal de la médecine en général, M. Delbet de la chirurgie, M. Wallich de l'obstétrique, M. Barrier de la médecine vétérinaire, Calmette de l'hygiène publique.

Le 27, l'Association générale des étudiants, dont Pasteur fut le président d'honneur, organise une cérémonie à la Sorbonne avec le concours des étudiants étrangers.

Le même jour, une cérémonie intime réunira dans la crypte où repose Pasteur sa famille et ses amis.

Le même jour, encore, toutes les cloches du Jura entreront en branle à 17 heures, heure de la naissance de Pasteur, cependant que des fêtes auront lieu à Arbois, à Dôle et à Besançon.

D'autres cérémonies auront encore lieu en France et dans les protectorats, notamment en Tunisie.

L'Etranger, qui a déjà célébré en Danemark, en Norvège, hier encore en Espagne, en Serbie, en Lettonie, le glorieux anniversaire, s'associera à cette commémoration.

Aux Etats-Unis, en effet, à Philadelphie, de grandes manifestations sont prévues pour le 27 décembre.

Le président Harding prononcera un discours qui sera transmis par radiotéléphonie à 500.000 auditeurs. Une grande réunion aura lieu l'après-midi à l'académie de musique. Y prendront la parole de nombreux professeurs et M. Jusserand, ambassadeur de France. M. Brunet (de l'Institut Pasteur de Tunis) est, en outre, délégué spécialement à ces fêtes par le gouvernement français.

SYNDICAT GÉNÉRAL DES MÉDECINS DES STATIONS BALNÉAIRES ET SANITAIRES DE FRANCE. — Mardi dernier, 12, rue de Seine, dans la salle habituelle de ses séances, le Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France, réuni en assemblée générale a décidé, à l'unanimité, qu'une commission serait nommée en vue d'établir des rapports plus étroits entre l'Office national du tourisme et le Syndicat général pour l'étude de la propagande médicale à faire dans les pays étrangers en faveur de nos stations. D'autre part, le contrat collectif ayant été voté en vue de l'application de la loi en préparation sur l'assurance-maladie, le Syndicat général accepte la décision de l'Union, mais remet, à une prochaine assemblée, la discussion des voies et moyens. Une nouvelle assemblée générale extraordinaire se tiendra, le lundi 22 janvier, au siège social, 12, rue de Seine, Paris.

LA PROTECTION DE LA PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE ET DE LA PROPRIÉTÉ SCIENTIFIQUE. — La sous-commission chargée par la Commission de coopération intellectuelle de la Société des nations de procéder à un examen préliminaire du problème de la propriété intellectuelle, réunie à Paris, a terminé ses travaux.

Au cours des deux séances qu'elle a tenues mardi, elle a entendu : MM. Joseph Barthélemy, député, auteur d'un projet de loi déposé au Parlement français; Breton, ancien ministre, directeur de l'office français des recherches et inventions, et Gallié, représentant de la Conférence française des travailleurs intellectuels.

Sur la proposition de son président, M. Bergson, la sous-commission a chargé M. Ruffini, professeur à l'Université de Turin, de préparer un projet qui, sous réserve de l'approbation ultérieure de la commission de coopération intellectuelle et du conseil de la Société des nations, établirait les principes juridiques de la protection internationale de la propriété scientifique. Ce texte pourrait ensuite servir de base à des projets de lois qui, avec les modifications nécessaires, seraient présentés aux Parlements des différents pays. A cet effet, M. de Torrès-Quevedo (de Madrid) a été chargé d'étudier, au point de vue pratique, les possibilités d'application des principes juridiques et des dispositions législatives contenus dans le projet de son collègue italien.

LA SITUATION DES MÉDECINS DANS LE GOUVERNEMENT DE NICOLAIEFF (UKRAINE). — Le docteur Haigh, membre de la Commission d'hygiène de la Société des nations et conseiller médical de l' « Action Nansen », donne les détails suivants sur la situation véritablement tragique des médecins et du personnel médical en Ukraine :

« L'aide aux médecins a été, jusqu'ici, négligeable, et il n'existe aucune organisation de cette sorte dans le gouvernement. Quelques rares médecins, qui avaient des amis à l'étranger, ont parfois reçu des colis de vivres.

Tout fait prévoir que, l'hiver prochain, la famine et les conditions de vie seront pires encore que par le passé, à moins que des secours ne soient envoyés de l'étranger.

Naturellement les médecins ne sont payés qu'avec beaucoup de retard. Leur sort tragique continue à empirer. Durant l'hiver passé, on leur a fourni officiellement quelques vivres, mais maintenant ce secours a cessé. Le personnel médical doit donc se tirer d'affaire par ses propres moyens. Beaucoup de médecins ne subsistent que grâce à la vente des meubles ou divers objets qu'ils possèdent. Même ceux qui ont la meilleure clientèle manquent de vêtements. Les plus pauvres, ceux qui demeurent dans les districts les plus éloignés, ne peuvent compter que sur le secours de quelque paysan qui fut leur client et a échappé à la ruine.

Ce rapide tableau de la situation dans le gouvernement de Nikolaïeff donne une idée des conditions qui existent dans d'autres parties du pays.

Sans la ration officielle d'une livre anglaise (400 gr.) de maïs distribuée jusqu'ici à une partie du personnel des hôpitaux, la vie eut été impossible dans ces établissements. Ce secours a cessé. Aujourd'hui, un médecin d'hôpital, *s'il est payé*, reçoit 27 millions de roubles, soit moins d'une livre sterling en septembre, aujourd'hui moins de huit shelling, une sœur environ 20 millions et les autres employés moins encore. Le nombre est grand de ceux qui sont morts à leur poste. »

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Petitjean, ancien sénateur, décédé à Paris.

CHRONIQUE

LE CINQUANTENAIRE DU "PROGRÈS MÉDICAL"

Notre sympathique confrère, le *Progrès médical*, vient de fêter son cinquantenaire. Il a fait paraitre, à cette occasion, un numéro spécial, imposant, où chacun de ses collaborateurs et ils sont nombreux, a écrit un article sur un sujet de sa compétence.

Nous qui avons vu naître le *Progrès médical*, en 1873, nous retrouvons avec plaisir, dans ce numéro, le portrait de ses fondateurs : Charcot, dont le masque napoléonien est reproduit sur la première page, Bourneville dont le visage coloré, les longs cheveux et la barbe rousse sont restés dans notre souvenir.

A tout seigneur, tout honneur! C'est le rédacteur en chef actuel qui signe le premier article. Notre aimable confrère, Maurice Loeper, dans cet article historique et humoristique, veut bien rappeler qu'au moment où apparut le *Progrès médical*, il n'existait guère qu'un seul journal de médecine marquant, la *Gazette des hôpitaux*. Nous sommes très flattés de ce gracieux souvenir qui prouve, une fois de plus, les bonnes relations qui existent entre les membres de la Presse médicale et nous adressons à M. Loeper nos sincères remerciements pour cette nouvelle marque de bonne confraternité. Mais la vérité nous oblige à rappeler qu'il y avait aussi, à cette époque l'*Union médicale*, la *Gazette hebdomadaire*, la *Gazette médicale*, le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, etc., rédigés par Amédée Latour, Dechambre, Jules Guérin et les frères Championnière.

M. Loeper nous fait remarquer, avec raison, que le *Progrès médical* naquit dans un bon moment, à une époque où la médecine française brillait d'un vif éclat, avec des maîtres tels que Claude Bernard, Berthelot, Charcot, Pasteur! Bourneville eut le bon esprit de se rapprocher le plus possible de ces maîtres, de reproduire les travaux du collège de France, de la Société de biologie, de la Société anatomique, etc.

En retraçant l'histoire du journal, M. Loeper a eu l'heureuse idée de reproduire le sommaire des numéros du 1er au 14 juin 1873; on y lit les noms de Charcot, Bourneville, Budin, Landouzy, Ollivier, Onimus, Bouchard, Béhier, Liouville, Dujardin-Beaumetz, etc. On se trouvait déjà en bonne compagnie, et la composition de ce premier numéro est digne de celle du numéro du cinquantenaire dont voici le sommaire :

« La médecine française en 1872-1878, par Ch. Richet; Faible hommage d'un puériculteur au fondateur du *Progrès médical*, par M. Pinard ; Bourneville et la fondation des services d'accouchement dans les hôpitaux, par M. Bar; La Salpêtrière et le *Progrès médical* en 1882, par Le Gendre; Les expériences cliniques, par Achard ; Ce que le laboratoire a fait en anaphylaxie ou antianaphylaxie, par Arloing; Des courbes pathogènes, par Bard; Le pouvoir pathogène du bacille de Morgan, par Dopter; Le fonctionnement du rein dans l'uricémie, par Etienne; De quelques néosuperstitions médicales, par Pierre Marie; La sinusite frontale, par Moure; La nutrition devant l'aliment carencé, par Mouriquand; Valeur diagnostique et mécanisme de la disparition de la matité hépatique dans le pneumothorax droit, par Sergent et Marquézy; Le lumbago, par Sicard; Le lichen de Wilson de la bouche et des organes génitaux, par Thibierge; L'Erythème noueux chez les enfants, par Comby; Le régime des aliénés devant le Conseil supérieur de l'Assistance publique, par Briand; Les ouvriers de la pensée, par Debierre; La loi sur les accidents du travail, par Jeanbrau; L'évolution actuelle de l'exercice de la médecine, par Noir; Décortication pulmonaire, par Delorme; La transfusion du sang en obstétrique, par Jeannin; Les indications de l'hystérectomie vaginale, par Lenormant; Les hallucinations visuelles dans les affections organiques de l'appareil visuel, par Morax; Le traitement conservateur dans les opérations pour salpingite, par Tuffier; Principe et propriété des vaccins en suspension huileuse, par Le Moignic. »

Cette belle publication n'a pas été la seule commémoration du cinquantenaire.

Le 21 novembre a eu lieu, grâce surtout à l'initiative du sympathique administrateur du *Progrès médical*, M. Rouzaud, un grand banquet, présidé par M. Ch. Richet. Il y régna la plus franche cordialité.

Les discours de MM. Loeper et Richet furent chaudement applaudis. Ce fut une belle fête familiale.

Que nos chers amis du *Progrès médical* permettent à la vieille doyenne, la *Gazette des hôpitaux* de leur adresser toutes ses félicitations pour la belle carrière déjà parcourue par leur journal et ses meilleurs vœux pour la continuation d'un succès mérité.

A. BROCHIN.

REVUE GÉNÉRALE

LES FISTULES THORACIQUES

Par le docteur Yves BOURDE,
Interne des hôpitaux de Marseille.

Définition. — Sous la dénomination de fistules thoraciques, nous étudierons tout trajet s'ouvrant à la surface des parois du thorax, conduisant plus ou moins loin dans la profondeur, et ne présentant aucune tendance à la cicatrisation spontanée pendant une durée de temps plus ou moins indéfinie.

Classification. — Avec Peyrot, nous les classerons en quatre groupes :

1° Les fistules axillaires;
2° Les fistules mammaires;
3° Les fistules pariétales;
4° Les fistules de la cavité thoracique.

Nous laisserons de côté les deux premières catégories, les fistules de la région axillaire et de la région mammaire présentant des caractères trop particuliers pour les grouper dans une étude d'ensemble avec les deux autres.

Les fistules pariétales et les fistules de la cavité thoracique ont de leur côté une importance inégale. Alors que les premières ont une physionomie clinique assez banale, par contre les secondes empruntent à l'existence de lésions profondes des formations intrathoraciques un intérêt beaucoup plus grand au point de vue opération surtout.

Etiologie. — Elle comprend l'étude des *causes* des fistules pariétales simples et des fistules de la cavité du thorax. Plus loin, nous étudierons la pathogénie de leur formation et de leur persistance.

1° Fistules pariétales. — Les causes capables de les déterminer sont nombreuses, chacun des tissus qui concourent à la formation de la paroi thoracique pouvant y participer, depuis le revêtement cutané jusqu'au tissu cellulaire sous-pleural inclusivement.

a. *Kystes congénitaux suppurés.* — Ici, comme au cou, leur suppuration, sous une cause quelconque, peut être suivie d'une fistule qui persiste indéfiniment, aussi longtemps que la paroi kystique n'a pas été enlevée. C'est là une cause absolument exceptionnelle, comme du reste l'existence même de ces formations au thorax.

b. *Tumeurs suppurées des parties molles.* — Ce sont des kystes sébacés suppurés, des kystes hydatiques intramusculaires (Thiéry et Lecœur).

c. *Corps étrangers inclus dans la paroi.* — Une balle, un éclat d'obus, des débris de vêtements, peuvent empêcher la cicatrisation complète d'une plaie des parties molles.

d. *Abcès chauds et phlegmons.* — Ils peuvent avoir pour point de départ une excoriation, une plaie, la suppuration d'un hématome, une inoculation par ponction de pleurésie ou de gangrène pulmonaire, une lésion septique du membre supérieur (panaris). Abandonnés à eux-mêmes, ils finissent par s'évacuer par une ou plusieurs perforations cutanées.

e. *Ostéomyélite du sternum, des côtes, de l'omoplate, de la clavicule.* — L'ostéomyélite sternale est rare (Koch, 8 cas). Elle détermine souvent des abcès du médiastin (Glantenay). Celle des côtes est fréquente comme complication de la fièvre typhoïde.

La clavicule est un des os plats les plus fréquemment atteints par l'ostéomyélite (Gangolphe). Sa situation superficielle permet une rapide perforation de la peau. L'ostéomyélite de l'omoplate est soit consécutive à une contusion violente, à une plaie de guerre, soit aiguë primitive et frappe alors surtout les jeunes; elles n'est pas exceptionnelle pourtant chez l'adulte et le vieillard.

f. *Ostéites chroniques.* — Le squelette thoracique formé d'os plats, spongieux et très vasculaires est très souvent atteint par la *tuberculose*. L'ostéite costale et sternale représente 7 p. 100 de l'ensemble des localisations osseuses du bacille de Koch. Elle s'observe à tous les âges, mais surtout chez les individus de dix à quarante ans. Plus de la moitié des malades présentent d'autres localisations tuberculeuses, surtout pulmonaires. La tuberculose de la paroi thoracique peut d'ailleurs être, soit primitive, soit secondaire à une lésion bacillaire profonde des plèvres, des poumons, des ganglions du médiastin.

La clavicule est surtout en cause dans certaines fistules rebelles de la partie supérieure du thorax.

L'omoplate peut être également le sièges d'ostéites serpigineuses propres à la tuberculose des os plats.

Les *ostéites chroniques non tuberculeuses* sont plus rares.

Les *ostéites syphilitiques*, au niveau du tiers interne de la clavicule peuvent donner de véritables pseudo-phlegmons de la région qui se fistulisent.

Les ostéites consécutives aux *fractures ouvertes* du sternum et des côtes sont assez rares dans la pratique civile. Du reste, les complications des fractures des côtes se font surtout du côté des organes de la cavité thoracique.

g. *Abcès froids thoraciques.* — Les abcès froids sont fréquents au thorax. Il faut distinguer parmi eux les abcès développés primitivement dans la paroi thoracique elle-même et les abcès ossifluents d'origine vertébrale.

Les premiers s'observent à tout âge, plus souvent peut-être chez l'adolescent et l'adulte. Les sujets qui en sont porteurs sont souvent des tuberculeux avérés. Quant aux seconds, leur étiologie ce confond avec celle du mal de Pott dorsal et des autres tuberculoses vertébrales plus rares (apophyses, lames, etc.).

Enfin, sans étudier ici les fistules de la région mammaire, nous signalerons simplement que des abcès froids développés primitivement dans la glande peuvent venir se fistuliser au loin de la région mammaire.

h. *Péripleurite.* — C'est une affection rare bien étudiée par Wunderlich, Boyer, La Chapelle, Auclert (1883). Il existe une péripleurite primitive qui relève d'une infection de nature indéterminée (autre que les pleurésies ou l'ostéomyélite costale). Le pus formé a plutôt tendance à s'évacuer par la paroi que dans la plèvre. Si l'on n'intervient pas, il reste une fistule aboutissant à une poche sous-pleurale.

Telles sont les grandes causes des fistules thoraciques uniquement pariétales. Elles sont assez banales comme on le voit : ostéites, abcès froids, gommes syphilitiques osseuses, kystes suppurés, etc.

Plus particulière est l'étiologie des fistules ayant leur origine dans la cavité thoracique. Mais remarquons dès maintenant qu'il existe un lien de parenté entre elles. C'est ainsi qu'une ostéite du sternum pourra donner, soit une fistule simplement pariétale, soit une fistule médiastine. Une ostéite costale peut compliquer une fistule profonde et l'entretenir comme il est fréquent de le voir dans les empyèmes chroniques.

2° FISTULES DE LA CAVITÉ THORACIQUE. — Nous les étudierons dans l'ordre croissant de fréquence.

a. *Fistules œsophagiennes.* — Il existe une observation de fistule œsophagienne complexe ouverte à la paroi thoracique à travers le poumon et la plèvre (Macklaklan).

Downes, en 1907, a publié un nouveau cas, à propos duquel il rappelle ceux d'Osler (1894) et de Johnson (1905).

b. *Fistules péricardiques.* — Ces fistules sont extrêmement rares; les classiques relatent une observation de fistule péricardique due à Larrey, consécutive à un coup de couteau et terminée par la guérison. Cruveilhier en rapporte un autre exemple emprunté à Marjolin et consécutif également à une lésion traumatique du péricarde; le cœur avait même été atteint superficiellement : la mort en fut la conséquence au bout de deux mois.

c. *Fistules médiastines.* — Les collections purulentes rétro-sternales, les abcès du médiastin peuvent laisser, en s'ouvrant, des trajets fistuleux, dont le diagnostic est parfois difficile. Ces suppurations sont consécutives, soit à une plaie pénétrante, une fracture ouverte du sternum, une opération septique, soit des adéno-phlegmons, à des embolies microbiennes (fièvre typhoïde, variole, érysipèle), soit encore et surtout à une suppuration de voisinage (pleurésie purulente, abcès ou caverne pulmonaire, ostéite du sternum, arthrite sterno-claviculaire, phlegmons du cou, du pharynx, du plancher de la bouche, thyroïdite et surtout perforation et cancer de l'œsophage).

d. *Fistules abdomino-thoraciques.* — Elles succèdent à l'ouverture dans un espace intercostal d'un abcès sous-phrénique à évolution thoracique, que cet abcès ait déterminé ou non une pleurésie purulente, par contiguïté ou par effraction de la plèvre.

C'est là une éventualité rare, mais on conçoit sans peine, en pareil cas, les difficultés du diagnostic étiologique si on se rappelle la multiplicité des causes des collections sous-diaphragmatiques.

e. *Fistules bronchiques et pulmonaires.* — α. Ces fistules sont souvent consécutives à une *plaie pénétrante de poitrine* et la fistule est déterminée alors par la présence d'un corps étranger intrapulmonaire (balle, éclat d'obus, débris d'équipement, etc.).

β. Elles peuvent, mais ceci est plus rare qu'à la région sous-claviculaire, être le fait de l'ouverture à la paroi d'une *caverne tuberculeuse* (cas de Stéphane Payet, de Poirier, de Souligoux) ou d'un *abcès du poumon.*

γ. Plus rarement encore seront en cause un *kyste hydatique suppuré* (Collet) qui s'ouvre d'ordinaire dans les bronches ou l'*actinomycose pulmonaire* dans sa forme pleuro-pulmonaire.

δ. Mais surtout la grande cause des fistules broncho-pulmonaire réside dans l'évacuation d'une *pleurésie purulente* qui elle-même a été consécutive à une lésion du poumon juxta-pleurale (petit abcès pneumonique, abcès du poumon proprement dit).

f. *Fistules pleurales.* — Ce sont là les véritables fistules thoraciques sur lesquelles se concentre le maximum d'intérêt de la question.

α. Les fistules pleurales peuvent provenir d'une *plaie de la plèvre* et la fistule est alors entretenue par la présence d'un corps étranger, d'une esquille osseuse, d'une ostéite costale. La suppuration pleurale est la complication la plus fréquente des plaies de poitrine; celle du poumon est « beaucoup plus rare (Grégoire) ».

β. Plus fréquemment, la fistule pleurale est la conséquence d'une *pleurésie purulente devenue chronique.*

L'empyème chronique forme donc le facteur dominant dans l'étiologie des fistules thoraciques. La fistule peut apparaître, soit à la suite de l'évacuation spontanée d'un empyème de nécessité, soit à la suite de son évacuation chirurgicale.

Nous verrons plus loin quelles sont, dans ce dernier cas, les raisons de la persistance du trajet et de la suppuration, même après une intervention correcte.

Du reste, la pleurésie purulente en cause a pu être, soit une pleurésie d'ordre *chirurgical* (traumatisme du thorax, pleurésie consécutive à une plaie pénétrante, à un hématome suppuré), soit une pleurésie d'ordre *médical* (post-grippale par exemple) dont la cause est habituellement au poumon. Rosenbach, le premier, a montré que la plupart des empyèmes, au cours des pneumonies, résultent de la rupture, dans la cavité pleurale, d'un abcès superficiel du poumon. Il en est de même en cas d'abcès pulmonaire franc (Wilensky).

Parmi les pleurésies médicales, il faut insister sur la fréquence et la gravité de pronostic des *empyèmes chroniques tuberculeux.* Non seulement la pleurotomie reste impuissante à tarir la suppuration, mais elle l'agrave par les infections secondaires que finit par entraîner la fistule (Loeper et Paisseau).

Pathogénie. — Ces nombreuses causes de fistules pleurales étant énumérées, il faut maintenant étudier par quel mécanisme se forme et persiste le trajet.

A. Dans le cas de FISTULES PARIÉTALES, la pathogénie en est simple. C'est celle de la fistulisation des accès froids, des abcès chauds mal drainés, des ostéites tuberculeuses, syphilitiques, de l'ostéomyélite chronique, des plaies anfractueuses avec corps étrangers enkystés, etc. Il n'y a là rien de bien particulier à dire.

B. Plus complexe est la pathogénie des FISTULES CAVITAIRES. Laissant de côté celle des fistules œsophagienne et péricardique qui sont absolument exceptionnelles et celles des fistules médiastines dont les causes sont banales (ostéite du sternum, phlegmons chroniques, perforation de l'œsophage, etc.), nous nous proposons d'étudier de plus près les causes des fistules broncho-pulmonaires et des fistules pleurales.

a. *Fistules broncho-pulmonaires.* — Quand elles débouchent dans la plèvre, ces fistules sont un des principaux obstacles à la guérison des cavités d'empyème chronique.

Lorsque la fistule aboutit à la paroi, sa persistance est due le plus souvent à la présence d'une

cavité pleurale suppurante interposée sur son trajet. Wilensky, en effet, estime que 85 p. 100 environ de la totalité des cas d'empyème ont une origine pulmonaire et qu'un certain nombre de ceux qui sont considérés comme primitifs sont également consécutifs à une lésion pulmonaire superficielle. La lésion primitive est soit une pneumonie lobaire ou lobulaire, soit un abcès franc pulmonaire.

Dans ces divers cas, la continuité de la portion intrathoracique du trajet fistuleux est interrompue souvent par un abcès pulmonaire plus ou moins volumineux ou par une cavité plus ou moins grande d'empyème chronique.

C'est là la principale raison de la persistance des fistules cutanéo-broncho-pulmonaires. On a voulu aussi invoquer, pour expliquer cette persistance, le fait que l'épiderme d'une part, l'épithélium bronchique d'autre part, s'avancent à la rencontre l'un de l'autre dans le trajet fistuleux et finissent par se réunir. Wilensky croit cette éventualité très rare.

Enfin, lorsque la fistule est consécutive à une plaie pénétrante de poitrine, c'est un corps étranger septique qui, par sa présence, crée un véritable abcès pulmonaire chronique dont l'évacuation se fait par le trajet fistuleux.

Mais le gros intérêt des fistules broncho-pulmonaires réside surtout dans le rôle qu'elles jouent dans les empyèmes chroniques.

b. *Fistules pleurales.* — 1. Quand la fistule pleurale résulte d'une plaie de poitrine, elle est entretenue par quatre causes différentes, bien étudiées par Verrier.

Un drainage insuffisant, l'incarcération du poumon dans une gangue fibreuse formée par la plèvre viscérale, la présence de projectiles intrathoraciques, des lésions du squelette (esquilles projetées à distance du foyer de fracture, ostéomyélite du foyer de fractures, bloquage du thorax par synostose de plusieurs côtes, obstacle apporté au drainage de la plèvre par ce bloc osseux fistulisé, ce « cal en lunette » comme disent Bérard et Dunet.

2. Les fistules pleurales résultent, dans la majorité des cas, d'une pleurésie purulente devenue chronique. Nous étudierons plus loin l'anatomie pathologique de ces lésions. Résumons simplement ici les causes de ce passage à la chronocité.

On sait que la guérison d'une pleurésie purulente n'est obtenue que lorsque les deux feuillets pleuraux se soient accolés, soudés et qu'il y a symphyse thoraco-pulmonaire. Mais, dans certains cas, la fistule pleuro-cutanée n'a pas de tendance à se fermer et du pus s'écoule d'une façon continue par cet orifice : la pleurésie est devenue chronique. Les raisons en ont été ainsi indiquées dans le rapport de Girard (de Genève) au IIIe Congrès de la Société internationale de chirurgie de 1911 : opérations trop tardives, procédés incomplets ou défectueux, traitement post-opératoire insuffisant, corps étrangers de la plèvre (drain tombé dans la plèvre ainsi que Masini en a rapporté un exemple), caractère bactériologique de la suppuration, cavité de grande dimension, état général défavorable, ostéites costales, suppurations juxta-pleurales, fistule pleuro-bronchique dont les sécrétions réinfectent continuellement la cavité.

La question, du reste, a été reprise au XXIXe Congrès de l'Association française de chirurgie d'octobre 1920 par Janssen et Tuffier qui constatent que malgré les améliorations apportées par les méthodes nouvelles de traitement de pleurésies purulentes aiguës, on voit encore un nombre important d'empyèmes passer à la chronicité. Il faut alors disent ces auteurs, s'il ne s'agit pas d'infections généralisées, chercher les causes d'échec dans un abcès pulmonaire, un épanchement interlobaire, de petits abcès inclus dans les fausses membranes, des diverticules se drainant mal, des nécroses de cartilages bronchiques, des fistules suppurantes.

Telles sont les nombreuses causes de passage de l'empyème à la chronicité.

Quoi qu'il en soit, une fois l'empyème devenue chronique, la cause de la persistance de la fistule et de la suppuration c'est l'existence d'une cavité à parois rigides que limitent en dehors la paroi costale indéformable et en dedans le poumon retracté et bridé par la plèvre viscérale épaissie, cavité qui existera tant qu'on n'aura pas réalisé mécaniquement le rapprochement de ses parois. On comprend que, dans ces conditions, la résolution et la guérison de pareilles lésions soient bien impossibles spontanément.

L'étude de l'anatomie pathologique va, du reste, confirmer et préciser ces notions.

Anatomie pathologique. — 1° FISTULES PARIÉTALES. — Nous ne voulons pas ici reprendre l'étude des lésions qui accompagnent les diverses variétés de fistules thoraciques superficielles. Indiquons seulement les principales caractéristiques des plus importantes.

a. *Ostéites.* — Les fistules d'origine claviculaire ont souvent comme point de départ une arthrite sterno-claviculaire. Elles siégeront le plus souvent dans la région du tiers interne de cet os, parfois au-dessus de lui, parfois au-dessous.

L'omoplate offre trois localisations à l'ostéomyélite : bord interne et angle inférieur, massif acromio-spinal, massif coraco-glénoïdien. Ces dernières sont les plus fréquentes. Elles se compliquent souvent de lésions de l'articulation de l'épaule.

L'ostéomyélite des côtes siège, soit dans la région chondro-sternale, soit au niveau de la tête de la côte.

Le siège de ces fistules variera donc avec la localisation de l'infection.

2° ABCÈS FROIDS FISTULISÉS. — Ils peuvent avoir plusieurs origines.

a. *Abcès développé aux dépens du tissu cellulaire et des parties molles.* — Le trajet fistuleux, après un temps de suppuration plus ou moins long, peut se fermer, et il ne subsiste qu'une cicatrice déprimée et adhérente.

b. *Abcès froids d'origine pleuro-pulmonaire.* — Ils forment une poche sous-costale, l'autre sus-costale.

En examinant la paroi après avoir enlevé celle-ci, on voit l'orifice ou les orifices de communications. Ce qui permet de le reconnaître, c'est l'écoulement de pus venu de la profondeur, parfois une masse fongueuse au niveau ordinairement du bord inférieur de la côte supérieure. En suivant ce trajet fongueux on arrive sous les côtes et on tombe au milieu de l'abcès costal. Dans d'autres cas, enfin, on trouve un orifice irrégulier, déchiqueté, circonscrit par des fibres musculaires ramollies.

c. *Abcès froids d'origine ganglionnaire.* — Il s'agit de caséification de ganglions mammaires internes, des ganglions intercostaux latéraux situés entre les intercostaux internes.

d. *Abcès froids d'origine osseuse.* — Les lésions

osseuses sont variables. Tantôt on ne trouve qu'une érosion des côtes à leur face interne ou bords, d'autres fois il y a une véritable destruction de la côte qui est fracturée ; le plus souvent on trouve la côte creusée en un point par la carie qui a déterminé une véritable cavité.

Enfin, le point de depart peut être au rachis l'abcès cheminant entre les muscles intercostaux accompagnant les vaisseaux et nerfs pour apparaître en dehors très loin de leur origine.

Quant à la tuberculose du sternum, elle peut amener la destruction totale de cet os. Le plus souvent les lésions prédominent à la face postérieure et le pus peut se faire jour à l'extérieur après avoir perforé le sternum.

e. Tixier et Thévenot ont décrit une variété d'abcès froids qu'ils croient avoir leur point de départ dans les articulations chondro-sternales et chondrocostales.

Tous ces abcès occupent très souvent trois sièges principaux :

1° L'angle des côtes ; 2° latéralement le long d'une ligne tirée du sommet de l'aisselle ; 3° en avant près du sternum. Ce sont les points d'émergence des vaisseaux et nerfs perforants intercostaux.

2° Fistules cavitaires. — Nous ne nous étendrons ni sur les fistules œsophagiennes, ni sur les fistules péricardiques qui sont des exceptions.

a. *Fistules médiastines.* — En général c'est presque toujours vers l'extérieur que se dirige le pus des abcès du médiastin. Il passe, soit à travers le sternum fracturé ou détruit sur une étendue plus ou moins grande, soit à travers un espace intercostal situé, d'après Güntner, le long du bord du sternum, entre le deuxième et le troisième cartilage costaux.

Parfois la fistule s'établit, soit au niveau de la fourchette sternale, soit encore près de l'appendice xiphoïde.

b. *Fistules broncho-pulmonaires.* — Il est un petit nombre de cas où la lésion se réduit à un trajet étroit qui, de la surface du thorax, conduit profondément jusque dans l'intérieur du parenchyme pulmonaire. Le plus souvent il existe une véritable cavité, tantôt petite, tantôt assez large pour occuper tout l'hémithorax.

La communication broncho-pulmonaire peut être unique ou multiple.

La fistule traverse dans l'ensemble une notable épaisseur de tissu. Même dans les cas les plus favorables où elle est étroite et rectiligne et où son orifice bronchique est aussi rapproché que possible de la surface du poumon, la couche des tissus traversés comprend la paroi thoracique épaissie et une certaine épaisseur de tissu pulmonaire. Lorsqu'il existe une cavité d'empyème ou un abcès du poumon, ils doivent être considérés comme faisant partie intégrante du trajet fistuleux.

Dans les cas de projectile intrapulmonaire, s'il existe une fistule le poumon est toujours fixé sur une plus ou moins grande étendue à la paroi. La fistule conduit sur une cavité où se trouve enkysté le projectile, souvent sur un véritable abcès pulmonaire entretenu par la présence du corps étranger.

c. *Fistules pleurales.* — Lorsqu'elles succèdent à l'ouverture spontanée d'un empyème à l'extérieur, elles siègent en général dans le cinquième espace sur la verticale du mamelon.

Au contraire, lorsqu'elles sont consécutives à une intervention chirurgicale, elles s'ouvrent en arrière entre le sixième et le neuvième espace.

Entre leur orifice cutané et leur abouchement profond dans la cavité pleurale existe un trajet souvent sinueux à la suite des ouvertures spontanées, direct au contraire dans les fistulisations postopératoires.

Les fistules spontanées peuvent être multiples et ne pas communiquer avec la cavité purulente. En effet, il se produit quelquefois des abcès sous-pleuraux qui viennent s'ouvrir à l'extérieur (Souligoux).

Les *parois du thorax* présentent, soit des déformations importantes consistant en aplatissement de l'hémithorax touché, scoliose avec concavité tournée vers le côté malade et courbure de compensation au-dessus et au-dessous, ostéites, périostite, épaississement des côtes qui doublent ou triplent par endroit le volume des côtes, parfois soudure de deux côtes sur une étendue plus ou moins considérable, ponts osseux jetés entre deux côtes voisines.

C'est ainsi que nous avons vu chez une malade de notre maître F. Pieri une telle imbrication des côtes à la manière des tuiles d'un toit qu'on eut de grandes difficultés pour frayer un passage au costotome dans cette paroi uniformément osseuse.

Le diaphragme est parfois scléreux ; il peut être aspiré dans l'hémithorax malade remonté parfois très haut.

La plèvre. — Ses feuillets sont étonnamment épaissis, le feuillet pariétal dur, lardacé, pouvant atteindre 2 centimètres.

Le feuillet viscéral est moins épais, mais constitue une carapace rigide recouvrant un poumon rétracté vers le hile, réduit quelquefois au volume du poing. Cette coque épaisse peut souvent être séparée du poumon qu'on arrive assez facilement à décortiquer (Delorme). De plus, il existe au niveau des deux coques viscérales et pleurales un plan de clivage conjonctivo-adipeux qui peut faciliter la décortication (Policard et R. Berger). Le poumon peut être simplement refoulé intact sous cette coque fibreuse, véritable barrière qui peut l'empêcher d'atteindre la paroi. Il peut conserver sa structure normale, même après un temps très long.

La *cavité purulente* présente des allures diverses, bien étudiées par Girard ; on peut, avec cet auteur, distinguer :

a. Les fistules cavitaires à cavité suppurante formée par la totalité ou la presque totalité de l'espace pleural, très souvent d'origine tuberculeuse, de capacité de 1 à 2 litres.

b. *Fistules à grande cavité* de 5 à 6 décilitres.

c. *Fistules à cavité de moyenne grandeur* : 1 à 3 décilitres.

d. *Fistules cavitaires* où la suppuration ne provient que d'une portion très restreinte de la surface pleurale et où la cavité ne contient que 20 à 50 centimètres cubes.

e. Enfin, fistules débouchant dans la plèvre mais non dans une cavité, c'est-à-dire dans un fouillis de fausses membranes ou de masses fibrineuses. Ces cavités siègent le plus souvent au niveau de la face postérieure et latérale du poumon, position fâcheuse signalée par Boeckel, Bouilly, Boiffin, etc., fréquemment vers la base de l'aisselle, exceptionnellement à la partie antérieure du thorax. Il faut y ajouter les formes suivantes (Pauchet) :

Les empyèmes multiloculaires à poches multiples ; pratiquent les sujets qui meurent de septicé-

mie chronique par difficultés de diagnostic et insuffisance de traitement.

Les cavités sus-diaphragmatiques.

Les empyèmes biloculaires à loges séparées ou communicantes, l'une latérale et l'autre sus-phrénique.

Enfin, les *fistules bronchopleurales* ont une importance de premier ordre dans la réinfection perpétuelle de la séreuse.

Etude clinique. — Nous prendrons pour type la plus importante des fistules thoraciques, la fistule d'origine pleurale. Nous indiquerons au *diagnostic étiologique* les principales caractéristiques des autres variétés.

A. L'étude des antécédents nous apprend que la fistule a succédé à une pleurésie purulente qui s'est ouverte spontanément ou qui a été opérée. Mais la plaie opératoire s'est incomplètement fermée et du pus a continué à sortir par un orifice plus ou moins grand. La pleurésie est devenue chronique. Mais la notion de chronicité doit être fondée non seulement sur l'examen du facteur temps, mais aussi sur celui du facteur infection. En d'autres termes, lorsque le volume de l'empyème et son degré d'infection restent stationnaires, on peut dire que l'affection est devenue chronique.

B. L'*infection* nous montre un orifice cutané d'où s'écoule une quantité plus ou moins grande de pus, surtout quand on fait tousser le malade. Nous avons vu que cet orifice siège, soit en avant sur la ligne mamelonnaire, soit en arrière, entre le sixième et le neuvième espace, au niveau d'une cicatrice opératoire.

Elle met également en relief les déformations thoraciques déjà signalées : rétrécissement en tous sens du côté malade, côtes en adduction (Cestan), incurvation du rachis à scoliose regardant la plèvre malade, sternum repoussé du côté sain et tordu sur son axe vertical, de sorte que sa face antérieure regarde le côté malade, tandis que les articulations chondro-sternales opposées tendent à devenir saillantes.

C. La percussion, la palpation, l'auscultation, pourront donner quelques indications utiles sur le volume de la poche, l'état de la plèvre, le contenu de la cavité (pus ou pus et gaz), la valeur du poumon sous-jacent et du poumon opposé.

D. L'*exploration directe* est plus importante. On se sert d'ordinaire d'un Beniqué ou d'un stylet. De Cerenville, Mayor, recommandent une sonde malléable en étain. Quel que soit l'instrument, l'exploration doit se faire méthodiquement de façon à se rendre compte de l'étendue en largeur, en hauteur, en profondeur. Mais ce procédé ne donne parfois que des résultats incomplets, à cause du trajet complexe de la fistule.

L'injection d'une certaine quantité d'eau stérilisée peut renseigner sur la capacité de la poche. Mais cette forme d'agir n'est pas sans danger; elle peut déterminer des accidents nerveux graves (syncope, éclampsie, hémiplégie).

Signalons aussi la *pleuroscopie directe*, l'emploi du *miroir frontal*, l'*exploration microbiologique* et l'établissement de la *topographie microbienne* pour savoir exactement à quoi s'en tenir sur la forme, l'étendue, les prolongements, le degré d'infection de la cavité.

E. La radioscopie directe donnera le plus souvent peu de renseignements. La radioscopie faite après une injection bismuthée ou de collargol pratiquée lentement dans la cavité, après obturation de la fistule par un bouchon de gaze et mise en place d'un bandage de corps, permettra de se rendre compte de son étendue et de sa forme.

La radiographie stéréoscopique sera précieuse pour préciser la direction de la fistule et de la cavité.

F. Les *signes généraux* sont les plus importants à étudier. L'état général peut être très touché par cette longue suppuration; il est surtout sous la dépendance du drainage et de la limitation du champ de l'hématose (H. Verrier). Le teint est terreux, l'amaigrissement prononcé, l'albuminurie montre la dégénérescence rénale.

Mais c'est surtout l'étude de la température qu'il importe de préciser et à ce point de vue Duvergey distingue :

1° Les fistules ne s'accompagnant pas de fièvre et bien drainées.

2° Les fistules s'accompagnant de fièvre et mal drainées. Tout fistuleux fébrile et en état de septicémie doit être drainé dans des conditions parfaites avant d'être opéré.

Evolution. — Les fistules pariétales ont l'évolution propre à la maladie causale. D'une durée indéterminée pour les affections d'origine osseuse et tuberculeuse; elles peuvent guérir spontanément dans d'autres cas, par l'élimination d'une esquille, d'un corps étranger.

Quant aux fistules pleurales, fonction d'une pleurésie chronique, on peut leur assigner une durée illimitée.

Berger estimait que toute fistule persistant six mois après la pleuropneumonie doit être regardée comme spontanément incurable. Cependant Peyrot a beaucoup insisté sur la guérison possible de fistules après un temps souvent très long. Une fistule doit être qualifiée d'ancienne non seulement d'après l'époque à laquelle elle remonte, mais aussi d'après les lésions qui l'entretient et l'échec du traitement médical ou même chirurgical auxquels elles ont été soumises (Duvergey).

De cette longue suppuration résulte une altération de l'état général qui éveillerait souvent l'idée de fistule tuberculeuse bien que leur bactériologie reste celle des empyèmes qui leur ont donné naissance et le malade s'achemine ainsi lentement vers la cachexie et l'issue fatale.

Diagnostic. — *A.* Positif. — Nous ne reviendrons pas sur les moyens à employer pour l'établir. La constatation de visu de l'existence d'une fistule, son exploration au stylet affirment le diagnostic. Reste à en préciser la cause.

B. Différentiel. — Mais auparavant, il faut éliminer de ce cadre :

1° Les fistules ayant leur origine dans la glande mammaire (abcès froids, mammite chronique, syphilis) et la région axillaire (adénite) dont le pus peut avoir fusé plus ou moins loin de son lieu d'origine.

2° L'ulcération de la peau par une tumeur du squelette (sarcome). Il suffit de signaler ces affections pour les éliminer.

C. Causal. — C'est là le seul diagnostic qui importe en l'espèce.

Il faut préciser :

1° L'état de la plèvre, du poumon des organes intrathoraciques. L'exploration clinique, l'exploration directe de la fistule, les rayons X nous renseigneront.

2° On sait alors si l'on a affaire à une fistule de la cavité thoracique ou à une fistule simple.

a. *Fistules pariétales simples.* — Chercher dans les commémoratifs (ostéomyélite, abcès, kyste suppuré, traumatisme, plaie).

Rechercher l'état des os (ostéites, mal de Pott).

Le diagnostic sera bien rarement en suspens.

b. *Les organes thoraciques sont atteints.* — 1° Exceptionnellement, il s'agira d'une fistule œsophago-thoracique.

Le cas de Downes fut d'abord diagnostiqué tuberculose sternale et opéré comme tel. Quatre jours après l'intervention, un pépin d'orange fut rejeté par la fistule. Johnson dans son cas, avait diagnostiqué abcès du poumon ou empyème. On trouva à l'intervention un gros abcès thoracique et dont la cause probable était une tuberculose suppurée des ganglions du médiastin.

2° Plus fréquemment, c'est le poumon qui en sera la cause :

Cavernes tuberculeuses : signes généraux d'auscultation, signes généraux.

Abcès pulmonaire : profondeur de la fistule, radio, signes cavitaires.

Actinomycose : multiplicité des fistules, placard d'une dureté ligueuse, pus à grains jaunes.

Kyste hydatique : présence de scolex dans le pus, Weinberg, éosinophilie.

3° Mais le plus souvent on se trouvera en présence d'une pleurésie purulente chronique.

Si on conclut donc à l'*empyème chronique*, il faut encore rechercher les éléments suivants (Girard) :

1° La fistule débouche-t-elle dans la totalité de la plèvre ou dans une cavité restreinte.

2° Assure-t-elle un écoulement facile du pus?

3° Existe-t-il surtout à gauche une symphyse notable des plèvres viscérale et pariétale dans le sinus costo-diaphragmatique et quelle est la hauteur du diaphragme?

4° Y a-t-il rétraction et déformation thoracique?

5° La suppuration est-elle entretenue par un corps étranger de la plèvre ou du poumon, une ostéite costale, fistule pleuro-bronchique ou par l'invasion d'une suppuration ou d'une tumeur voisine?

6° Quel est le caractère bactériologique de la suppuration primitive et actuelle?

7° Le malade offre-t-il des complications locales ou générales?

Traitement. — 1° Fistules thoraciques pariétales. — Leur traitement ne présente rien de bien particulier à signaler.

a. Les fistules d'origine traumatique seront débridées, le trajet excisé, la poche suppurante disséquée, le corps étranger, s'il y en a un, enlevé.

b. Les fistules d'origine osseuse seront traitées par le grattage de l'os malade, des résections plus ou moins étendues. S'il s'agit de tuberculose, on mettra en œuvre le traitement général de cette affection. Le mal de Pott sera traité par les moyens habituels d'immobilisation ; on fera des injections modificatrices dans le trajet fistuleux ou tout simplement du Dakin ainsi que l'a préconisé Rottenstein.

c. Les fistules ayant un abcès froid comme point de départ, pourront être traitées de la même façon. Parfois on sera amené à extirper toute la poche superficielle, réséquer une côte et gratter hardiment les parois de l'abcès profond.

d. Les kystes suppurés et fistulisés, demandent une ablation complète de leur paroi.

2° Fistules de la cavité thoracique. — A la bénignité générale des fistules pariétales et la facilité relative de leur traitement, il faut opposer la gravité clinique et opératoire des fistules profondes.

Alors que les premières s'accompagnent de lésions en général facilement abordables, nous avons vu quelle est la complexité des secondes. C'est dire que leur traitement sera plus délicat.

Sans nous attarder sur le traitement des suppurations médiastines (résection partielle, trépanation du sternum, etc.); nous concentrerons notre attention sur les deux autres groupes : fistules broncho-pulmonaires et pleurales.

A. Les fistules broncho-pulmonaires dues à la présence d'un corps étranger intrapulmonaire.

La guérison de la fistule ne peut être obtenue qu'au prix de l'extraction du corps étranger.

Deux méthodes sont à retenir pour cette extraction : la première, celle de Marion consiste à repérer le projectile au moyen de l'appareil de cet auteur, puis on fixe le poumon à la paroi par un cadre de sutures pleuro-pleurales et pleuro-pariétales. (Du reste en pareil cas, le poumon adhère à la paroi sur une étendue plus ou moins grande) puis au doigt et à la pince on va à la recherche du corps étranger.

La seconde, celle de Duval, repère le projectile au compas de Hirtz et va à la recherche du projectile en plèvre libre, utilisant ainsi les scissures pulmonaires pour éviter une plus grande traversée du tissu pulmonaire.

Ces méthodes, l'une et l'autre excellentes, ont fait leur preuve durant la guerre.

Quant aux autres fistules pulmonaires, nous avons vu qu'elles coexistent le plus souvent avec une suppuration de la plèvre et dans ce cas, leur traitement doit être envisagé en même temps que celui des fistules pleurales.

B. Les règles du traitement des pleurésies purulentes chroniques ont été nettement posées au Congrès de chirurgie de 1920 par Janssen et Tuffier.

Le traitement prophylactique de la fistule pleurale, c'est le traitement correct de l'empyème aigu dont les résultats ont été améliorés par la méthode de désinfection chimique de Depage et Tuffier, à l'aide de tubes de Carrel, méthode qui a l'avantage après stérilisation contrôlée par examens bactériologiques en série de permettre la fermeture chirurgicale précoce de la brèche thoraco-pleurale.

Le traitement curatif pourra s'inspirer de la même formule. Depage et Tuffier, après désinfection de la cavité pleurale par le procédé de Carrel-Dakin ferment purement et simplement la fistule. Cette méthode a surtout été appliquée aux hémothorax suppurés.

Restent les méthodes classiques; celles-ci sont au nombre de deux.

1. *Interventions qui s'adressent à la paroi thoracique* et dont le but est de permettre à cette paroi de venir s'appliquer au poumon rétracté et d'effacer ainsi la cavité suppurante. On peut pour cela supprimer les côtes ou les mobiliser.

A. *Suppression des côtes.* — C'est l'opération de Gayet-Letiévant-Estlander, le nombre et l'étendue des côtes sont proportionnés à la cavité à combler. De plus :

Beckel incise la plèvre pariétale et la refoule.

Quermonprez la taille en forme de lambeau qu'il laisse flotter.

Schede la résèque complètement.

B. *Mobilisation des côtes.* — Ces opérations, plus économiques mobilisent un segment de la paroi thoracique par deux sections costales permettant l'affaissement de ce volet vers le poumon rétracté.

C'est la thoracoplastie de Quénu-Soubbotine.

Dans cette catégorie d'intervention entrent la *dévertébration costale* de Boiffin récemment reprise par Descarpentries, la *desternalisation* de Jaboulay, la *dediaphragmisation* de Delagenière.

Mais, dit Lenormant, les faits montrèrent bientôt que ces opérations limitées, résections costales pures ou thoracoplastie ne sont efficaces que dans les cavités pleurales de dimensions restreintes.

2. Ainsi à l'opposé de celles-ci la *décortication pulmonaire* de Delorme vise à débarrasser le poumon de la coque néo-membraneuse qui l'étrangle à lui permettre de reprendre son expansion et ses fonctions normales et de combler ainsi la cavité suppurante.

Cette intervention trouve à l'heure actuelle des défenseurs de plus en plus nombreux et les résultats sont aujourd'hui très encourageants.

Cette méthode comprend elle-même plusieurs procédés : pleurotomie totale, décortication pulmonaire seule, décortication partielle segmentaire, simple libération pulmonaire, pneumopexie (Lambotte, Goldmann, Pieri, Roux-Berger, Donati).

Chacune de ces techniques trouvera son indication, suivant les circonstances. Enfin Finney a employé le *pneumothorax extrapleural* dans les cas où la décortication présente des difficultés insurmontables.

Les fistules broncho-pleurales méritent une attention particulière. Dans les cas rebelles, il faut s'adresser directement à la muqueuse bronchique, pratiquer une résection cunéiforme, aller même parfois jusqu'à la lobectomie partielle. Dans un certain nombre de cas, la fistule se fermera spontanément après fermeture de la grande cavité. Les ostéites costales, causes d'infections prolongées, seront traitées par les résections nécessaires.

Les résultats publiés jusqu'à maintenant (Roux-Berger, Tuffier et Janssen, Masini, Tailhefer, Mathieu, Donati, Duvergey, Lenormant) permettent d'atteindre dans l'opération de Delorme des résultats très satisfaisants.

« La qualité de la guérison, dit Duvergey, est très bonne, l'opération restituant au poumon emprisonné, depuis de longs mois, toutes ses fonctions ; en reprenant son développement normal, le poumon remplit de nouveau l'hémithorax qui était déshabité; la fistule pleurale est guérie par ce seul fait et la guérison est définitive. »

3. Enfin, il faut signaler les tentatives de *bourrage pleural.*

a. Si la cavité est « en boudin », allongée le long de la colonne vertébrale ou entre deux lobes, le bourrage peut se faire à la pâte bismuthée, méthode non dangereuse que si la cavité est petite (Pauchet).

b. Bourrage par greffes adipeuses de Tuffier : épiploon, lipome, sac de hernie ombilicale plein d'épiploon qui a donné à Pauchet des échecs constants.

c. Le *bourrage myoplastique* (Mayo) à l'aide de muscles de la paroi, Kirschner (de Kœnisberg) a obtenu deux succès par comblement de la cavité à l'aide du grand pectoral.

En résumé :

1° Il faudra préparer le sujet à la cure radicale par drainage au point déclive, par les moyens physiques (soleil, spiroscope de Pescher, massage général, gymnastique).

2° Dès que le sujet est résistant, faire un diagnostic précis et l'opérer suivant un des procédés indiqués.

3° Anesthésie locale ou régionale (Pauchet).

4° Surveiller les soins consécutifs, pratiquer la gymnastique respiratoire.

5° Ne pas craindre de faire l'opération en deux ou trois temps, séparés par un intervalle de plusieurs mois (drainage et désinfection de la cavité d'abord, puis cure radicale).

Disons en terminant que, bien que nous ayons signalé plus haut la gravité des fistules consécutives à une pleurésie tubercu euse à grande cavité, celles-ci ne doivent pourtant pas être abandonnées à elles-mêmes et, que souvent par une large intervention, on pourra guérir le malade qui en est porteur (Girard),

BIBLIOGRAPHIE

Bérard et Dunet. Les fistules rebelles du thorax bloqué, *Presse méd.*, 24 sept. 1917.

Blanchard (Ch). Indications et technique opératoire de l'extraction secondaire des projectiles intrathoraciques, *Th. de Montpellier*, 1920.

Chauvin (E.). Le traitement actuel des pleurésies purulentes, *Prat. med. franç.*, août 1922.

Descarpentries. De la position assise pour pratiquer l'empyème pleural et la costotomie postérieure avec décortication pulmonaire (rapport de Roux-Berger), *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 9 mai 1922.

Donati. Décortication pulmonaire et pneumopexie dans le traitement opératoire de l'empyème chronique, *Arch. ital. di chir.*, 1921, t. III. p. 517.

Downes. Fistule œsophago-thoracique, *New-York surg. Soc.*, 13 fév. 1907.

Duval (P.). Extraction des projectiles intrapulmonaires, *Revue de chir.*, mars 1916.

Duvergy. Le traitement des vieilles fistules pleurales (48 cas de décortication pulmonaire), *Arch. franco-belges de chir.*, oct. 1921, t. XXV.

Girard (Ch.). Fistules pleurales, *IIIe Congrès de la Soc. intern. de chir.*, 1911.

Houillon (E.). Contribution à l'étude du traitement chirurgical des pleurésies purulentes, *Th. de Paris*, 1920.

Kirschner. Traitement radical de la pleurésie purulente chronique, *Arch f. klin. Chir.*, 1921, t. CXVII.

Lenormant. La décortication du poumon dans le traitement des pleurésies chroniques fistulisées. *Presse méd.*, 17 juin 1922; — Sur la décortication du poumon dans les pleurésies purulentes chroniques, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 9 nov. 1921.

Loeper et Paisseau. Maladies de l'appareil respiratoire, in *Pathologie interne* de Gilbert et Fournier.

Lyon chirurgical. Numéro de mars-avril 1917 consacré aux plaies de poitrine.

Masini. Traitement des pleurésies purulentes non tuberculeuses. Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital militaire de Marseille, du 1er avril 1919 au 1er septembre 1920, *XXIXe Congrès franç. de chir.*, 1920, p. 99.

MASINI et HENRY. Extraction d'un drain de la plèvre droite, *Sud méd.*, 15 août 1920.
OMBRÉDANNE. Les fistules pleurales, in *Précis de pathologie externe*.
PAUCHET. Traitement des fistules pleurales, *Presse méd.*, 28 déc. 1916.
PICQUÉ (R.). Du traitement des empyèmes chroniques par la décortication pulmonaire (opération de Delorme), *Journ. de chir.*, 19 1, t. VI, p. 249.
Précis de pathologie chirurgicale, t II et IV.
ROUX-BERGER et POLICARD. L'infection de la plèvre dans les plaies de poitrine. Le traitement des suppurations anciennes avec pachypleurite par la pleurectomie, *Lyon chir.*, 1917, t. XIV, p 969.
RUNEL. Contribution à l'étude des fistules pleurales et leur traitement, *Th. de Montpellier*, 1919.
SOULIGOUX. *Maladies de la poitrine*, in Le Dentu et Delbet.
TUFFIER et JANSSEN. *Congrès franç. de chir.*, 1920.
THIÉRY et LECŒUR. Kyste hydatique suppuré du grand pectoral, *Bull. d. la Soc. anat.*, nov. 1896.
VERRIER (H.). Les fistules pleurales consécutives aux blessures de guerre. Etude clinique et thérapeutique, *Th. de Lyon*, 1917-1918.
WILDEGANS. Les résections thoraciques dans les pleurésies purulentes chroniques, *Arch. f. klin. Chir.*, 1921, t. CXVII, p. 444.
WILENSKY. Fistules broncho-pulmonaires; leur importance comme cause d'empyème aigu et chronique, *Ann. of surg.*, 1921, p. 35-40.

NOTE DE PRATIQUE

DYSPEPSIE NEURASTHÉNIQUE

1° Prendre v à x gouttes de Vanadarsine, dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas.

2° Une demi-heure après les repas, prendre, dans un demi-verre d'eau, une cuillerée à dessert de la poudre suivante :

Craie préparée	} *aâ*	15 gr.
Magnésie calcinée	}	
Bicarbonate de soude		20 gr.

3° En cas de douleurs, gouttes de Gallard (II gouttes sur un morceau de sucre) ou eau chloroformée saturée (une cuillerée avec deux cuillerées d'eau).

Considérations sur le sac et le canal endolymphatiques de l'homme (Morphologie Evolution.) [Communication faite au XXVe Congrès de Bruxelles, les 9 et 10 juillet 1921], par G. PORTMANN. — Une brochure in-8 de 24 pages.

L'organe vestibulo-cranien conserve bien son individualité aux diverses périodes de la vie humaine, ce qui montre son importance ; fait plus important encore, sa portion intracranienne s'atrophie progressivement au fur et à mesure que le sujet avance en âge. Cette sclérose progressive du sac endolymphatique commande des changements de rapports, qu'étudie soigneusement l'auteur, et qui expliquent, sans doute, nombre de troubles auriculaires dont la pathogénie avait, jusqu'ici, paru des plus obscures. L. BABONNEIX.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

MISE EN MARCHE DU « CÔTE D'AZUR DE NUIT ». — La Compagnie des Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée a décidé de remettre en marche le Côte d'Azur rapide de nuit « Paris-Menton » qui quitte Paris à 17 h. 35 pour arriver à Nice à 10 h. 45 et à Menton à 11 h. 54.

Ce train aura lieu au début, trois fois par semaine, les lundi, mercredi et vendredi. Il deviendra quotidien dès que s'accentuera le mouvement.

Le rapide « Paris Menton » comporte des places de lits-salon avec draps, des couchettes, des places de wagons-lits, des premières classes et un wagon-restaurant.

C'est le train le plus rapide entre Paris et la Côte d'Azur. C'est, de plus, la relation la plus pratique, celle dont l'horaire s'adapte le mieux à la commodité du voyageur.

Par le « Côte d'Azur de nuit », Nice est à une nuit de Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 25 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Liste des candidats admis à l'épreuve orale :

1. MM. Abonneau, Amiot, André, Armand, Berson (Jean), Blanc-Champagne, Blanche, Boehler, Boulanger, Brenniel,
11. Buisson, Cahen (Robert), Camino, Casaubon, Chalot, Chevereau, Coudrain, Delarue, Demelin, Duncombe,
21. Durand (Marie), Fenal, Gouvenaut, Grenaudier, Guérin (Paul), Imbert (Antoine), Jarrige-Lemas, Jacquet, Joffroy, Lacapère,
31. Lacombe, Laporte, Largeau, Laroche, Lataix, Laval, Lefèvre (Pierre), Leroy, Lévy (Gabriel), Lichtemberger,
41. Martin (Henri), Martiny, Mazet, Mertelin, Meurisse, Mirault, Mlle Mircourche, MM. Nédelec, Olivier, Pagès,
51. Pasquier, Perono, Petit, Phelipeau, Pichat, Poulain (Maurice), Poulet, Poussard, Rochard (Paul), Roux (Paul),
61. Roy, Salomon, Schmite, Servel, Tariel, Thirion, Vacher, Vassitch, Willemin (Louis).

— La première séance d'oral aura lieu le mercredi 3 janvier 1923.

LE CENTIÈME ANNIVERSAIRE DE LA NAISSANCE DE PASTEUR A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — L'Académie de médecine a dignement célébré le centenaire de la naissance de Pasteur en lui consacrant sa séance solennelle.

Les hommages rendus par chacun des représentants les mieux qualifiés des diverses branches de l'art de guérir au grand génie qui a révolutionné la médecine, doté la chirurgie d'une sécurité opératoire presque absolue, permis à l'obstétrique de sauver un nombre incalculable de femmes et d'enfants, ouvert à l'hygiène des horizons nouveaux pour l'amélioration des conditions d'existence des peuples, mis à même la médecine vétérinaire de guérir des maladies jusque-là incurables et de faire disparaître des épizooties qui entraînaient des pertes énormes, ces hommages, disons-nous, ne sont que trop légitimes de la part de l'Académie de médecine. Elle lui devait bien cela, ainsi que le fait justement observer M. Béhal, car c'est à l'Académie de médecine que Pasteur rencontra la plus vive opposition et se heurta aux plus injustes critiques à l'égard de ses premières découvertes.

On trouvera plus loin les discours de MM. Widal et Delbet. La place nous manque pour donner les autres discours, non moins éloquents, non moins démonstratifs, non moins admiratifs de l'œuvre pastorienne. Nous ne pouvons ici qu'en donner de brefs résumés.

M. le président Béhal, parlant de l'hommage rendu par l'Académie à Pasteur, ajoute : « Ce sera aussi pour nous tous, disciples des doctrines pastoriennes, qui sommes en quelque sorte solidaires de nos collègues disparus qui les ont combattues, une amende honorable. »

M. Béhal, s'inspirant des biographes de Pasteur, dues à Duclaux, Roux et Vallery-Radot, montre par quelques traits de sa vie une partie de ses vertus, de ses qualités et de son œuvre.

Il nous fait un beau portrait du père de Pasteur, modeste tanneur, mais homme de caractère et d'intelligence qui se jugeait bien lui-même quand il disait : « C'est l'homme qui honore sa position et non la position qui honore l'homme. »

En 1848, Pasteur comme tous ses camarades de l'Ecole normale fut garde national, s'enthousiasma pour la République et porta à l'autel de la Patrie les 150 francs qu'il possédait, toute sa fortune. En 1870, il voulait s'engager de nouveau dans la garde nationale. Il oubliait qu'il était hémiplégique. Mais il fut toujours, à ce moment plus que tout autre, un ardent patriote, et tout en admettant que la science n'a pas de patrie il estimait qu'il était du devoir du savant de penser toujours à enrichir sa patrie des bienfaits de la science.

A l'amour de la patrie, il joignait l'amour de la famille, ce qui ne diminuait en rien son amour pour la science.

Malgré une conception très nette de sa valeur ou plutôt de la valeur de ses découvertes, Pasteur était un modeste.

Pasteur était aussi un sensible ; il eut beaucoup de peine à s'habituer à la vue des malades et à la pratique des autopsies. Son œuvre est gigantesque et cependant il ne paraît pas, dans son jeune âge, doué de qualités exceptionnelles, il ne possédait qu'un certain talent de pastelliste. Rien en lui n'annonçait le

génie à moins qu'on admette que « le génie est une longue patience ».

M. Béhal parle ensuite des premiers travaux de Pasteur. Ce qu'il y a peut-être de plus beau dans son œuvre c'est qu'elle n'est pas et ne sera jamais terminée.

M. Delezenne a tracé de main de maître l'œuvre de Pasteur, au point de vue de la biologie générale.

« En obstétrique, nous dit M. Wallich, comme en médecine et en chirurgie, les découvertes de Pasteur marquent le début d'une ère nouvelle et deviennent l'origine de transformations fondamentales, permettant de sauver un nombre incalculable de femmes et d'enfants. » Vient ensuite toute l'histoire de la fièvre puerpérale qui emportait 25, 50 et même, à certains moments, 100 p. 100 des accouchées.

Il fallut l'intervention puissante et décisive de Pasteur pour sortir de cette situation lamentable. Très intéressant, le récit que nous fait M. Wallich, des séances de l'Académie en mars 1879 : Hervieux craignant bien de mourir avant d'avoir vu le vibrion qui produit la fièvre puerpérale, Pasteur, quelques jours après, découvrait, dans le service même de M. Hervieux, le streptocoque et depuis ce temps, la mortalité, par fièvre puerpérale, dans les maternités n'est plus que 0,50 ou 1 p. 100. C'est là un des plus beaux triomphes de la méthode pastorienne, c'est à elle aussi qu'est due la presque disparition de la gastro-entérite, du choléra infantile, grâce à la stérilisation du lait et des récipients.

« Que la mémoire de Pasteur, dit M. Wallich, reçoive en ce jour un pieux et reconnaissant hommage de toutes les mères et de tous les enfants. »

M. Barrier, au titre de la médecine vétérinaire, apporte le tribut de son admiration et de sa reconnaissance.

En 1865, l'industrie des vers à soie, jadis si florissante, périclitait. Pasteur est consulté, il recherche la cause du mal, et en cinq ans apporte à la sériculture, le moyen de recouvrir ses richesses.

La médecine vétérinaire devint bientôt pour Pasteur un champ d'études fertile. Il commença à la mettre en contribution avec le charbon bactéridien. Dès 1884, la vaccination pasteurienne faisait tomber la mortalité à un taux négligeable et disparaître à peu près complètement la pustule maligne chez l'homme. M. Barrier rappelle les oppositions contre lesquelles Pasteur eut à lutter pour le charbon comme pour les vers à soie. Mais il avait bientôt de puissants adeptes, au premier rang desquels il faut mettre Bouley, Chauveau, Arloing. Vinrent ensuite, le vaccin contre le rouget du porc, puis enfin contre la rage dont la découverte a porté Pasteur à l'apogée de sa gloire.

La médecine vétérinaire donna donc, à Pasteur, bien des sujets de recherches et de succès. Il y trouva aussi de précieux collaborateurs, tels que Chauveau, Bouley, Arloing, Tousssaint, Boutet, Cornevin, Thomas, Nocard, etc.

Après avoir rappelé les principales conquêtes de la médecine vétérinaire dérivant de la méthode Pastorienne et leur répercussion sur la défense de la vie humaine, M. Barrier conclut ainsi :

« L'illustre maître a conservé des milliards à l'agriculture mondiale. Nulle fortune n'eût égalé la sienne s'il avait eu la pensée, d'ailleurs légitime, d'exploiter ses découvertes. Quand on le lui suggérait : « En France, répondait-il, les savants croiraient démériter en agissant ainsi. » Pasteur ne voulait ni compliquer sa vie, ni arrêter en lui l'esprit d'invention. Quel noble désintéressement ! »

L'hygiène, au dire de M. Calmette, est encore bien loin d'avoir tiré de la méthode Pastorienne tous les progrès qu'elle doit réaliser. Avons-nous su mettre convenablement à profit les enseignements que comporte la *doctrine des germes* pour l'amélioration des conditions d'existence des peuples? Ces conditions d'existence dépendent de tant de facteurs, répond M. Calmette, que nous ne pouvons être tenus responsables de la lenteur avec laquelle le progrès les pénètre.

Par ses études sur les fermentations, sur les générations dites spontanées, sur les maladies des vers à soie, Pasteur a définitivement établi la *spécificité des germes* et le principe de la *contagion évitable*.

Poursuivant ainsi les diverses recherches de Pasteur, M. Calmette nous démontre comment il trouva la cause microbienne des maladies transmissibles, leur mode de transmission et, ce qui vaut mieux encore, les moyens de les éviter. On conçoit, dès lors, tout ce que l'hygiène peut tirer de pareilles découvertes.

Depuis la découverte des virus vaccin et des recherches sur la rage et la fièvre puerpérale, voyons les progrès obtenus : Avant 1886, sur 100 personnes mordues par des animaux enragés, environ 47 mouraient de la rage et cette mortalité s'élevait jusqu'à 80 p. 100 chez les personnes mordues à la face. De 1886 à 1922 sur 44.917 personnes, traitées pour la rage, à l'Institut Pasteur, il en est mort 150, soit 3 p. 1000. Ces chiffres rapprochés de ceux des maternités pour la fièvre puerpérale se passent de commentaires.

Si, à partir de 1885, l'expansion colonisatrice des peuples a pris un si bel essor cela est dû en grande partie aux découvertes pastoriennes.

Dans l'ordre social, l'œuvre de Pasteur n'a pas été moins féconde. M. Calmette insiste ici sur l'importance de l'*hygiène sociale*.

« On peut regretter, ajoute en terminant M. Calmette, que la patrie de Pasteur n'ait pas profité la première des bienfaisantes conséquences de ses travaux.

Formulons du moins le vœu que le centième anniversaire de la naissance du créateur de l'hygiène moderne soit, pour les hommes d'Etat qui président à nos destinées, l'occasion de comparer ce qu'on a fait jusqu'ici pour sauvegarder la santé de notre peuple de France, avec ce qu'ont fait d'autres nations, moins insouciantes de leur capital humain et de leur bien-être.

Rappelons-nous la douce plainte d'André Chénier :

O France trop heureuse !
Si tu voyais tes biens, si tu profitais mieux
Des dons que tu reçus de la bonté des cieux !

Puissions-nous l'entendre, cette plainte, alors que l'âme tout entière de la Patrie s'élève, avec nos hommages, vers le plus grand bienfaiteur de l'humanité. »

Nous ne saurions omettre une poésie de belle envolée dite avec chaleur par son auteur M. Ch. Richet. Enfin, pour être complet, signalons une série de films cinématographiques représentant la maison où est né Pasteur, son domaine d'Arbois, son tombeau, l'Institut Pasteur, ses différents portraits et celui de son père.

A. BROCHIN.

CONSERVATOIRE DES ARTS ET MÉTIERS. — Le docteur Pottevin, sénateur, est nommé professeur titulaire de la chaire d'hygiène au Conservatoire des arts et métiers.

EXPOSITION INTERNATIONALE DE PHOTOGRAPHIE OPTIQUE ET CINÉMATOGRAPHIE (Turin 1923). — Une exposition internationale de photographie optique et cinématographie, placée sous le haut patronage de S. M. le roi d'Italie et la présidence d'honneur de L. A. R. le duc de Gênes et le duc d'Aoste, s'ouvrira en mai 1923 à Turin et restera ouverte jusqu'en juillet.

Cette exposition comprendra une classe de photographie et de microphotographie appliquées à la science.

Le secrétaire général est M. Dogliotti Casimiro, av. Grand Off, secrétaire général de la Chambre de commerce de Turin.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Chambrelent, professeur agrégé à la faculté de Bordeaux.

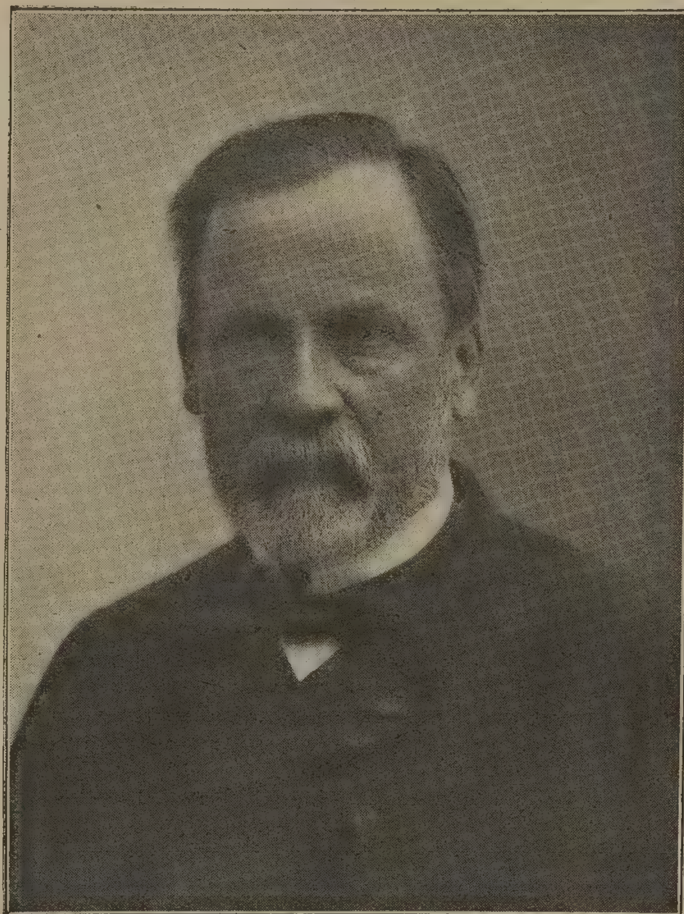
LOUIS PASTEUR

(1822-1895)

Louis PASTEUR étant né à Dôle le 27 décembre 1822, le monde civilisé tout entier commémore aujourd'hui, par des cérémonies appropriées, le centenaire de la naissance de cet homme illustre à tant de titres. Mais tout est si grand et si fécond dans son œuvre, que c'est avec hésitation qu'on se risque à en raconter l'histoire. Quelque difficile que soit cette tâche, le devoir commande de l'aborder, non seulement parce que PASTEUR a été un incomparable bienfaiteur de l'humanité, mais encore parce qu'il demeure l'une des plus belles incarnations de la pensée française, à la fois solide, harmonieuse et claire. Laissant à de plus autorisé que moi le soin pieux de rappeler toutes les circonstances qui aboutirent à la création de la microbiologie et de la science des maladies infectieuses, je me bornerai à donner une vue d'ensemble de ses découvertes et à montrer que, grâce à une méthode impeccable et à une patience que rien ne lassait, elles se sont logiquement trouvées l'une à l'autre enchaînées.

***

Dès 1844, alors qu'il était élève à l'Ecole normale supérieure, une note de MITSCHERLICH l'intrigua beaucoup. Il existe deux tartrates de soude et d'ammoniaque, ayant même composition et mêmes formes cristallines, mais l'un, le tartrate ordinaire, dévie le plan de polarisation de la lumière, l'autre, le paratartre ou racémate est inactif. Le chimiste allemand n'avait pas pu trouver la cause de cette différence. Ce fut à PASTEUR, préparateur de BALARD, en 1848, qu'échut le mérite de la découvrir. Il s'aperçut en effet, que les cristaux de tartrate sont hémiédriques, tantôt à gauche, tantôt à droite et que ceux du paratartrate le sont simultanément à gauche et à droite; une solution d'hémièdres droits dévie à droite le plan de polarisation; une solution d'hémièdres gauches le dévie à gauche et le mélange par parties égales des deux solutions (acide racémique) reste inactif. Par conséquent, les corps dissymétriques ont des propriétés optiques différentes de celles des corps symétriques, en raison même des arrangements moléculaires différents. Première conclusion, dans laquelle il jetait les bases de la chimie physique et de la stéréochimie.



Cliche NADAR.

PASTEUR

Entre temps, il passait sa thèse de doctorat ès sciences (*Etude sur l'acide arsénieux et les arsénites et sur les phénomènes relatifs à la polarisation rotatoire des liquides*, 1847) et était successivement nommé professeur de physique au lycée de Dijon, puis de chimie à la Faculté des sciences de Strasbourg (1849) où il épousa Mlle LAURENT, la fille du recteur, et enfin en 1854, professeur et doyen de la nouvelle Faculté des sciences de Lille. C'est là qu'il fut amené à l'étude des fermentations.

Déjà, à propos de la fermentation de la fécule, qui produit deux alcools amyliques, l'un doué du pouvoir rotatoire et l'autre non, il se demandait s'il n'y a pas une relation entre le ferment et la structure moléculaire des corps qui apparaissent, puisque la dissymétrie lui semble un effet de la vie. Cette idée spéculative trouva bientôt sa justification. Un distillateur de Lille avait éprouvé des mécomptes dans sa fabrication. PASTEUR reçut mission d'en rechercher les raisons. On savait depuis CAGNIART-LATOUR que, dans les moûts en fermentation, il existe de petits êtres microscopiques, les levures, mais on ne connaissait pas encore exactement leur rôle, et BERZELIUS s'obstinait à n'y voir qu'un résultat de la fermentation. PASTEUR reconnut deux faits : d'abord que, dans la fermentation alcoolique normale, on ne trouve que des levures, tandis que, dans la fermentation vicieuse, on trouve, à côté des levures, de petits bâtonnets, êtres vivants comme les levures, mais qui contrarient l'action de celles-ci et peuvent donc être considérés comme des parasites nuisibles; et en second lieu, mais plus tard, que la levure, au large contact de l'air, brûle le sucre, alors que, à l'abri de l'air, elle le dédouble en acide carbonique, alcool, glycérine et acide succinique. Après ses recherches sur la fer-

mentation lactique, qui lui apprend que l'agent de cette fermentation est un organisme nouveau, il est conduit à admettre que la fermentation est corrélative de la vie et que chaque fermentation est provoquée par un ferment spécifique vivant et microscopique et c'est justement parce qu'il vit que la fermentation a lieu.

Sur ces entrefaites, PASTEUR était revenu à Paris comme administrateur et directeur des études scientifiques à l'Ecole normale supérieure. Plus que jamais préoccupé par les ferments, il se demandait d'où proviennent ces infiniments petits. Et ainsi se posa devant lui la question des générations spontanées, toujours en suspens, malgré de très ingénieuses expériences. Sa première communication à ce sujet eut lieu à l'Académie des sciences en 1860; elle souleva d'emblée les discussions les plus ardentes. Malgré les objections des partisans de l'hétérogénie, POUCHET, JOLY, MUSSET, même FRÉMY et LIEBIG, même BERTHELOT, il fallut bien se rendre à l'évidence. Dans les conditions actuelles de nos laboratoires, aucun bouillon ne *cultive* si on n'y laisse pas persister ou si on n'y introduit pas de germes. Donc la vie provient de la vie et n'apparaît jamais spontanément de la matière inorganisée. Avec des intermittences, cette discussion dura longtemps, puisque, en 1877 encore, il fallut que PASTEUR réfutât les nouveaux arguments de l'anglais BASTIAN; mais cette fois la victoire fut décisive. D'ailleurs cette longue controverse avait été riche en découvertes de toutes sortes. Elle l'amena à définir les *milieux* ou *bouillons de culture* et à en formuler la composition, dont son élève RAULIN, dans ses mémorables recherches sur le *Penecillum glaucum*, montra l'extrême rigueur et nul n'ignore combien ce procédé a contribué à étendre les connaissances relatives à la biologie des êtres uni-cellulaires; elle l'amena à prouver l'existence dans l'air de germes innombrables et de leurs formes de résistance, les spores, et à trouver le moyen de s'en débarrasser, de se soustraire à leur pouvoir nocif, par la stérilisation, c'est-à-dire par une chaleur suffisant à les tuer.

Tout en s'occupant de trancher, avec la ténacité et la patience qu'on lui connaît, la question des générations spontanées, PASTEUR se livre à l'étude de la fermentation butyrique, qui transforme le sucre et l'acide lactique en acide butyrique. L'agent de cette transformation est un vibrion nouveau qui jouit de propriétés singulières : tandis que ses spores résistent à l'air et à une température de 100 degrés centigrades, lui-même est tué par le contact de l'air : c'est un *anaérobie*, qui ne peut vivre qu'à l'abri de l'air, tandis que les *aérobies* ont besoin d'oxygène. Ces anaérobies figurent en grand nombre dans la nature; ils sont la cause des putréfactions, et ainsi s'entrevoit le mécanisme du cycle que parcourt la matière vivante, cycle décrit par PASTEUR, en termes impressionnants dans sa communication sur les putréfactions. Aux anaérobies, il appartient de disloquer la matière organisée en corps plus simples, lesquels sont ensuite repris par les aérobies, qui les brûlent à l'aide de l'oxygène de l'air et les réduisent en corps minéraux de l'air et du sol dont les végétaux à chlorophyle se servent enfin pour leur nutrition. Ainsi se forme l'humus et, de cette vue synthétique, sont sorties les applications qui ont singulièrement perfectionné le rendement agricole. Les recherches ultérieures de SCHLOESING et de MUNTZ et de VINOGRADSKI, reconnaissant à la transformation de l'ammoniaque du sol en acide nitrique une influence microbienne, n'ont fait que confirmer les idées du Maître.

Pour accomplir de si extraordinaires et fructueux travaux, il ne disposa cependant tout d'abord, dans le grenier de l'Ecole normale, que d'un laboratoire des plus misérables et à peu près dépourvu de tout; Mme Pasteur était parfois obligée de venir l'aider à nettoyer la verrerie. Ce n'est que plus tard qu'on lui abandonna un petit pavillon faisant face à la conciergerie de l'Ecole. A ce propos, il est intéressant de constater que les grands savants de son époque ne furent généralement pas mieux partagés, ainsi que le remarque M. VALLERY-RADOT, son gendre, dans *La vie de Pasteur*. Claude BERNARD travaillait au Collège de France, dans une véritable cave; WURTZ ne jouissait que d'une pièce de débarras sous les combles du Musée Dupuytren; Henri SAINTE-CLAIRE-DEVILLE n'avait même rien de pareil; il était relégué dans un des coins les plus misérables de la rue de la Harpe. Ce dénuement ne les empêchait pas d'accomplir de grandes découvertes parce que l'amour de la science et l'ingéniosité qu'elle provoque venaient suppléer à toutes les difficultés matérielles. Aujourd'hui nous organisons de vastes laboratoires, parfaitement outillés, mais ils restent à peu près vides. Peut-être ferait-on bien de faciliter et de préparer, en premier lieu, les vocations scientifiques.

*
* *

Malgré tout, les recherches de PASTEUR sur les fermentations s'étendent de plus en plus. En 1862, déjà, il s'intéresse à la fermentation acétique et à la fabrication du vinaigre; il en indique l'agent, le *mycoderma aceti*, qui se développe en voile à la surface, en transformant, sous l'influence de l'air, l'alcool en acide acétique; il montre que les fermentations défectueuses sont imputables à des microorganismes parasites et apprend aux vinaigriers d'Orléans comment on s'en protège. Il a, à cette occasion, un conflit avec LIEBIG. Les Allemands, en effet, fabriquent leur vinaigre en faisant passer de l'alcool étendu additionné de bière aigre sur des copeaux de hêtre entassés dans des tonneaux largement aérés. LIEBIG croyait que l'acétification est, dans ce cas, le résultat d'une simple action catalytique au contact de corps poreux. PASTEUR soutint que les copeaux portaient à leur surface du mycoderme et s'offrit à en faire la démonstration, mais le chimiste allemand se refusa, se sentant vaincu d'avance, à risquer l'expérience.

C'est en 1864 que son attention fut attirée sur la fermentation vinaire. Il eut l'occasion de l'étudier à Arbois, pays dont les vins sont renommés, et où il allait passer ses vacances en famille. La municipalité de la ville, en vue de favoriser ses recherches, mit à la disposition de PASTEUR un petit laboratoire, qu'il refusa d'ailleurs. Grâce à l'emploi méthodique du microscope, il constate que toutes les maladies des vins, graisse, tourne, amertume, acessence, sont dues à la présence de petits parasites végétaux qui peuvent se développer en même temps que les levures normales, et même après la vinication. Pour se rendre compte de la probité du vin, il suffit d'examiner la lie au microscope; si on y aperçoit des microorganismes étrangers aux levures, le vin deviendra mauvais. Mais, en même temps qu'il indiquait la

cause des maladies, PASTEUR fournissait le moyen de les guérir, à l'aide de la « pasteurisation », procédé qui consiste à soumettre, pendant quelques instants et à l'abri de l'air, les vins à une température de 55 degrés centigrades, laquelle détruit les germes vivants sans nuire aucunement à la qualité de la boisson et à la conservation de son bouquet. Ce procédé, aujourd'hui universellement adopté, permettant le transport à longue distance et assurant le maintien indéfini des propriétés organoleptiques, a rendu les plus grands services à l'œnologie et contribué au développement d'une de nos richesses nationales.

Nommé doyen de la Faculté des sciences de Strasbourg, en 1870, PASTEUR songea à des recherches sur la bière, dans le but de mettre notre fabrication à la hauteur de celle de l'Allemagne; avant que ces recherches eussent réellement pris corps, il dut fuir l'invasion; il se réfugia d'abord à Arbois, puis à Clermont-Ferrand où son élève DUCLAUX mit son laboratoire à sa disposition. C'est d'Arbois qu'il écrivit, en date du 18 janvier 1871, cette lettre mémorable par laquelle il renvoyait, profondément attristé par les pillages et les bombardements qu'avaient opérés les Prussiens, son diplôme de docteur au doyen de la Faculté de médecine de Bonn. Depuis cette époque, il refusa d'ailleurs systématiquement toutes les distinctions qui lui furent proposées par les Allemands, disant justement que, si la science n'a pas de patrie, les savants en ont une. Commencés dans une brasserie de Chamalières, ses travaux sur la bière s'achevèrent à Paris, avec la collaboration de GRENET et E. CALMETTES; ils conduisirent à des règles précises qui transformaient l'industrie de la bière : emploi du microscope pour vérifier la pureté des levures, sélection de ces levures, protection des moûts contre les souillures ont donné aux brasseurs les moyens d'obtenir un produit de saveur constante et de bonne conservation.

Avec ses études sur la bière, prend fin la série des travaux de PASTEUR sur les fermentations industrielles; il a trouvé leur cause et la cause de leurs troubles dans l'existence d'infiniment petits vivants à l'abri de l'air; par les méthodes de contrôle qu'il indique, par les soins qu'il impose, il en fait des industries scientifiques dont l'outillage se perfectionne tandis que le rendement augmente considérablement. Qui pourra jamais calculer les résultats économiques des découvertes du Maître et mesurer ce que chacun en a tiré de profit et de bien-être? Et pourtant, pendant qu'il poursuivait ses recherches sur le vin, il lui échéait, non plus de transformer, mais de sauver une autre industrie qui se mourait, la sériciculture.

Depuis quelques années, les magnaneries étaient dépeuplées par une maladie singulière qui détruisait les vers à soie. Observée dans presque tous les pays séricicoles, elle avait été étudiée surtout en Italie et en Autriche, et CORNALIA et CANTONI hésitaient à l'attribuer à des corpuscules microscopiques découverts aussi bien dans les œufs que dans les chrysalides et les papillons, sans y apporter au surplus un remède efficace. En 1865, J.-B. DUMAS demanda à PASTEUR d'aller sur place examiner cette maladie, la *pébrine*, qui ruinait nos sériciculteurs. Accompagné de ses élèves GERNEZ, MAILLOT, RAULIN et DUCLAUX, il s'installa près d'Alais et ne tarda pas à se rendre compte que les corpuscules de CORNALIA sont des parasites qui peuvent infecter le ver à soie à toutes les phases de son évolution, et conseilla, pour s'en préserver, le grainage cellulaire qui consiste à faire pondre à part chaque femelle, puis, la ponte terminée, à pratiquer l'examen au microscope du corps de la femelle broyée; si cet examen dénote la présence de corpuscules, les œufs sont détruits. Malheureusement, les lots de graines ainsi sélectionnées ne procurent pas toute satisfaction; certains donnent des vers qui périssent avant de filer leurs cocons; d'autres donnent bien des vers qui filent un cocon mais dans lequel la chrysalide meurt; et cependant ni les uns ni les autres ne renferment de corpuscules. On se trouve en présence d'une autre maladie, la *flacherie*. PASTEUR s'y attache aussitôt et reconnaît qu'elle est due à un vibrion de la feuille humide du murier qui infecte le ver à soie par les voies digestives, surtout quand il est faible, première indication de l'influence du *terrain* sur le développement des maladies infectieuses. En vue de la combattre, PASTEUR recommande de désinfecter les magnaneries après la fin des éducations, de ne pas faire manger aux vers de feuilles humides ou fermentées et de ne pas laisser grainer les papillons affaiblis, parce que leur graine fournit des vers plus exposés que les autres à la flacherie. Mises peu à peu en usage, enseignées maintenant dans des écoles spéciales, ces prescriptions, jointes à la règle du grainage cellulaire, ont sauvé d'un désastre imminent une de nos industries les plus florissantes.

*
* *

Nous voilà maintenant arrivés à un nouveau tournant de l'œuvre immortelle de PASTEUR. Le chimiste a à peu près épuisé la question des fermentations et des putréfactions. Ses travaux sur les maladies des vers à soie lui ont appris comment se fait la contagion, comment elle peut devenir héréditaire et quel rôle joue, dans l'évolution de l'infection, la résistance du terrain. Depuis la publication de son Mémoire sur les putréfactions, il songe à attribuer à l'intervention des infiniments petits certaines maladies de l'homme. Déjà pourtant, Alphonse GUÉRIN d'abord, puis LISTER à Edimbourg et LUCAS-CHAMPIONNIÈRE à Paris avaient utilisé ses méthodes d'assainissement et de protection pour éviter les grandes suppurations consécutives aux interventions chirurgicales et obtenu ainsi la disparition presque complète de la pourriture d'hôpital. Mais, n'étant pas médecin, PASTEUR, bien que le sujet le préoccupât grandement, hésitait encore à se lancer dans cette voie, quand, en 1877, à la demande de M. TISSERAND, directeur de l'agriculture, il se mit à étudier le charbon ou sang de rate des animaux. Le Maître, de la sorte, ouvrait à la science, et particulièrement à la médecine, des horizons inattendus. Mais je passerai très vite sur cette partie si intéressante et si passionnante pour nous de l'œuvre de PASTEUR qu'il appartient à ses élèves et à ses continuateurs de décrire ici avec toute la compétence nécessaire et je me bornerai, en conséquence, au simple *curriculum* de ses découvertes, sans entrer dans les détails qui trouveront place ailleurs.

En 1850, RAYER et DAVAINE avaient trouvé, dans le sang des animaux morts du charbon, de petits bâtonnets allongés; mais, ignorant l'existence de la spore charbonneuse, il leur avait été impossible d'établir l'étiologie de la maladie. A partir du moment ou R. KOCH, en 1876, eut découvert la spore, PASTEUR parvint rapidement, avec la collaboration

de JOUBERT, à éclaircir le mystère étiologique et à expliquer l'existence des « champs maudits » par la survivance des spores du sol, qui, ingérées par les bestiaux, se développent, à la faveur des érosions du tractus digestif, en bactéridie dans le sang où elle déclenche le charbon. Bien plus, de l'observation intercurrente du choléra des poules, dont le virus s'atténue par l'exposition à l'oxygène de l'air et se transforme en vaccin, il déduisit la préparation d'un vaccin anticharbonneux, qui, injecté aux bestiaux, a la propriété de les protéger ultérieurement contre le charbon, ainsi que l'attestèrent les célèbres expériences de Pouilly-le-Fort. Du même coup, étaient donc découvertes et l'atténuation des virus et la vaccinothérapie et l'immunité vaccinale et on ne peut s'étonner de l'émotion considérable que de telles inventions soulevèrent dans le monde savant. Peu après, il attribuait à des microorganismes en chapelets (streptocoques), la fièvre puerpérale des accouchées et à des microorganismes en amas (staphylocoques), le furoncle et l'ostéomyélite et donnait les moyens de s'en préserver. Entre temps, il s'était livré, soit personnellement, soit par ses élèves, à des recherches sur le rouget du porc, la fièvre jaune, la fièvre typhoïde, le choléra, et c'est aux agents figurés microscopiques qui interviennent dans les infections que SÉDILLOT donna le nom de *microbes*, qui, depuis, a fait fortune. On peut difficilement se figurer le prodigieux retentissement des travaux de PASTEUR et quelle impulsion, ils apportèrent partout aux études microbiologiques. La grande révolution accomplie par le Maître dans le diagnostic et la thérapeutique des maladies contagieuses commençait, malgré quelques détracteurs obstinés, à être universellement comprise et à porter ses fruits.

La dernière phase de l'activité de PASTEUR fut surtout consacrée à la rage, cette maladie implacable qui faisait autrefois de nombreuses victimes et a, aujourd'hui, presque complètement disparu. Dès 1882, il s'en préoccupa. Ayant vérifié sa contagiosité, sans pouvoir cultiver son microbe *in vitro*, il admet qu'elle représente une maladie des centres nerveux, constate que son virus se localise, en effet, de préférence dans la moelle épinière et qu'il s'atténue à mesure que se dessèchent les moelles de lapins injectées par ce virus. Les premières inoculations à l'homme furent faites, en juillet 1885, avec l'appui de VULPIAN et de GRANCHER, sur un petit Alsacien, Joseph MEISTER, cruellement mordu par un chien enragé. Le berger JUPILLE reçut les secondes, dont le succès eut plus de retentissement encore. PASTEUR communiqua les résultats de son expérimentation, le 16 octobre 1985, à l'Académie des sciences, et VULPIAN put déclarer, aux applaudissements de ses collègues : « La rage, cette maladie terrible, contre laquelle toutes les tentatives thérapeutiques avaient échoué jusqu'ici, a enfin trouvé son remède. » Quelques mois plus tard, l'Académie des sciences prenait l'initiative d'une souscription publique, en vue de la création d'un institut antirabique portant le nom de PASTEUR, Institut dont l'inauguration eut lieu le 14 novembre 1887. Depuis, des instituts analogues se sont créés dans tous les pays où ils propagent la gloire et les bienfaits de l'incomparable savant.

Sur ce triomphe s'achève, à proprement parler, la carrière scientifique de PASTEUR. De justes honneurs lui furent décernés. Elu à l'Académie des sciences en 1862, à l'Académie de médecine en 1873, à l'Académie française en 1882, il était grand-croix de la Légion d'honneur. En récompense des immenses services rendus à l'industrie française et à la science, il reçut, en 1874, de l'Assemblée nationale, une rente de 12.000 francs, reversible sur sa veuve et ses enfants, dotation qui fut portée à 25.000 francs en 1882, sur les rapports de P. BERT et de MILLAUD. Mais épuisé, malade depuis plusieurs années, « vaincu du temps », comme il disait, il mourut à Villeneuve-l'Etang, le 28 septembre 1895, auréolé d'une gloire impérissable.

PASTEUR fut l'incarnatiou du vrai savant. Extrêmement laborieux, méthodique et patient, il ne se laissait rebuter par aucune difficulté ; ses convictions étaient lentes à se former, mais, une fois solidement assises, il les défendait avec une extrême vivacité. Ses contradicteurs s'en ressentirent à plus d'une reprise, car, il faut bien le dire, ses idées rencontrèrent de violents détracteurs, surtout parmi les médecins (il ne fut élu qu'à une voix de majorité à l'Académie de médecine) et ses démêlés avec J. GUÉRIN et PÉTER sont restés célèbres. Néanmoins, il était doué d'une sensibilité exquise, qui fut mise cruellement à l'épreuve par la perte de plusieurs de ses enfants. Ami sûr, il sut s'entourer d'une pléiade d'élèves dévoués, JOUBERT, LECHARTIER, GERNEZ, THUILLIER, RAULIN, DUCLAUX, CHAMBERLAND, ROUX, d'autres encore, qui marchaient brillamment sur les traces du Maître. ROUX, en particulier, eut le mérite d'isoler et de définir le pouvoir toxique de la toxine diphtérique et de préparer, en même temps que BEHRING, le sérum antidiphtérique, qui a sauvé la vie à d'innombrables enfants.

« La vie est dans le travail », aimait à répéter PASTEUR. Son histoire en est la preuve. Méditons-la sans cesse. Maintenant plus que jamais, il nous faut travailler, avec constance, avec énergie, avec ingéniosité, pour le bien de tous et le salut de la patrie. Si, aujourd'hui, les peuples de la terre acclament, en PASTEUR, le bienfaiteur de l'humanitè, le puissant génie qui a transformé la médecine et l'industrie, c'est qu'il fut un grand travailleur. Pour mieux témoigner, à la mémoire du Maître, notre admiration et notre reconnaissance, ne pouvant l'égaler, tâchons du moins de l'imiter.

J. LAUMONIER.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE SOLENNELLE A L'OCCASION DU CENTIÈME ANNIVERSAIRE DE LA NAISSANCE DE PASTEUR

L'ŒUVRE MÉDICALE DE PASTEUR

Par M. Fernand WIDAL.

La révolution produite en médecine par les découvertes de Pasteur, aucune science n'en connut jamais de semblable. Tout n'était qu'obscurité et confusion sur l'origine des maladies transmissibles quand tout s'est éclairé soudain à la lumière de son génie. Il nous a montré la cause de l'infection dans des germes infiniment petits, répandus dans la nature ; il nous a renseignés sur leur mode de pénétration dans l'organisme et sur le mécanisme de leur action; il nous a donné des moyens de les éviter, soit en empêchant leur invasion par des mesures préventives qui ont rénové l'hygiène, soit en rendant l'organisme réfractaire par l'inoculation du virus même transformé en vaccin par atténuation.

Voilà ce qui est universellement connu de l'œuvre de Pasteur, fondateur de la doctrine des germes, créateur de l'étiologie des maladies virulentes, ainsi que de la prophylaxie et de la vaccination scientifiques. Pour nous, médecins, il a d'autres titres encore à notre reconnaissance. Nous ne lui devons pas seulement des découvertes de faits et des apports de principes, nous lui sommes en plus redevables de technique d'une sûreté et d'une perfection telle, qu'en aucun domaine de la bactériologie, rien ne peut se faire qui ne soit comme la répétition rituelle des procédés pastoriens. Stérilisation du matériel d'étude, ensemencement des milieux, isolement des germes en culture pure, séparation des espèces anaérobies et aérobies, reproduction de la maladie par l'inoculation des animaux, autant de méthodes que Pasteur a créées et qui ont transformé les conditions de l'investigation médicale.

En nous forçant à remonter sans cesse à la cause de l'infection, il a rendu éclatant, à nos yeux, le dogme du déterminisme biologique proclamé par Claude Bernard. Bien plus, ces procédés, à la fois simples et rigoureux, qu'il nous a mis en mains, en nous permettant la recherche relativement facile du microbe sur le malade, nous ont familiarisés avec la pratique des expériences ; il nous a donné ainsi, et le besoin de la précision et les moyens de le satisfaire. C'est grâce à lui que l'éducation expérimentale de notre génération médicale s'est faite sur le terrain de la bactériologie.

Pasteur était chimiste, mais par le cycle naturel de ses recherches, il devait être fatalement conduit à aborder le problème de la maladie. Tout se tient, tout s'enchaîne dans ses découvertes, suivant une remarquable unité. On peut dire que son œuvre médicale est déjà inscrite dans ses mémoires initiaux sur les ferments. C'est en étudiant la fermentation lactique qu'il a fait sa première rencontre avec les microbes et, dès ce contact, il pressent le rôle immense qui leur est dévolu dans les phénomènes de la vie universelle. Il apporte la preuve irrécusable que, la fermentation est un acte essentiellement corrélatif de la vie ; en isolant l'agent vivant de la fermentation du milieu naturel où il s'est développé, en le cultivant à l'état de pureté et en reproduisant avec lui une fermentation lactique caractéristique, il n'a pas seulement bouleversé toutes les notions traditionnelles de la chimie, il n'a pas seulement créé la bactériologie, il a fondé du même coup sa doctrine des germes et préparé l'avenir de la pathologie infectieuse. « Pasteur, comme l'a si bien exprimé Roux, avait déjà révolutionné la médecine, avant d'avoir entrepris l'étude d'aucune maladie. »

La connaissance de la doctrine des germes est indispensable à qui veut compreudre la raison du développement des maladies infectieuses. Cette doctrine repose sur les lois qui, dans le système de l'Univers, règlent, comme l'a découvert Pasteur, les transformations incessantes de la matière organique morte.

Ce sont les germes partout présents dans l'atmosphère qui en se déposant et se multipliant sur tout ce qui vient de mourir, produisent par fermentation, par putréfaction et par combustion lente, la simplification moléculaire. Sans eux, tous les corps qui ont servi de matériaux aux êtres organisés seraient immobilisés à jamais pour l'énergie chimique, sans pouvoir de nouveau rentrer dans le circuit vital ; par eux, tout ce qui a vécu finit par retourner, sous forme de gaz, à l'atmosphère, et ainsi est évité l'encombrement du globe.

Dès lors, la vie normale des êtres organisés apparaît comme une lutte perpétuelle couronnée par une perpétuelle victoire contre ces agents tout-puissants de la désintégration de la matière. Menacé sans cesse par l'invasion des germes qui l'environnent de toutes parts, l'être vivant ne peut se maintenir en état de santé qu'en assurant la stérilité absolue de ses tissus intimes et de ses humeurs profondes. Les revêtements cutanés et muqueux opposent leur barrière à la pénétration des germes ; aussi, comme l'a démontré Pasteur, si la surface de la peau et des cavités naturelles est souillée d'une multitude de microbes, les tissus des organes, le sang, l'urine en sont indemnes ; l'asepsie du milieu intérieur est absolue. Que les microbes trouvent sur les téguments une fissure par où pénétrer, que la défense soit affaiblie à ce niveau et ils s'introduiront au sein de l'organisme, s'y multiplieront comme

ils le font dans les milieux fermentescibles : la maladie sera constituée. Ces germes qui peuplent l'air ne se forment pas spontanément aux dépens de la matière comme l'a démontré Pasteur ; ils proviennent toujours d'êtres semblables à eux-mêmes. Il a détruit par là même l'antique chimère de la génération spontanée ; ce sont ces principes qui ont éclairé Lister et l'ont conduit à la découverte des pansements antiseptiques.

Pasteur a mis à combattre la théorie de la spontanéité morbide, la même ardeur qu'il avait apportée à la lutte contre la théorie de la génération spontanée. Le germe pathogène vient toujours du dehors ; il ne vient jamais de nous comme on l'a trop longtemps soutenu. La spontanéité morbide, voilà l'erreur préjudicielle, comme il l'a dit lui-même ; cette erreur, qu'il a détruite, empêchait tous les progrès en matière de prophylaxie des maladies transmissibles.

Pasteur n'avait encore tenté aucune recherche sur les animaux lorsque, en 1165, une mission officielle l'obligea à s'occuper, presque malgré lui, des maladies des vers à soie qui ravageaient les magnaneries du Midi. Après plusieurs années de labeur, il avait trouvé les causes du fléau et fourni les moyens de le conjurer, mais en plus, que d'enseignements pour la médecine, dans ses mémoires pour les maladies d'une larve.

Avec la pébrine, il apporte la première démonstration de l'origine parasitaire des virus ; la maladie est causée par ces corpuscules que le microscope permet de découvrir sur les vers, aux stades différents de leur évolution ; c'est ensuite la nature de la contagion qui s'éclaire en même temps que son mécanisme. Pour réaliser la maladie, il suffit, comme le montre Pasteur, de donner à des vers sains un repas de feuilles de mûrier, que l'on souille avec des déjections de vers malades contenant des corpuscules ; puis, c'est la solution du problème de l'hérédité infectieuse, car Pasteur retrouve des corpuscules dans les œufs des papillons contaminés. C'est enfin la découverte d'une prophylaxie scientifique : pour éviter l'épidémie, il suffira de sélectionner les graines par le procédé de grainage cellulaire, en conservant seulement celles qui proviennent de papillons indemnes de corpuscules.

Avec la flacherie, maladie qu'il isole complètement de la pébrine, d'autres problèmes se posent et sont de même résolus : celui du terrain, celui des variations de virulence des germes, celui de la reviviscence périodique des épidémies. Cette maladie qui offre avec les infections intestinales de l'homme les plus grandes analogies, Pasteur reconnaît qu'elle est due à des microorganismes d'ordre banal, qui vivent à la surface des feuilles de mûrier et se multiplient dans l'intestin du ver. Parmi tous les vers ainsi parasités, seuls deviennent malades ceux dont l'organisme est affaibli ; chez eux, le germe n'est plus détruit par les moyens de défense naturels ; c'est le premier exemple d'un saprophyte deveu pathogène.

Il aperçoit enfin, dans l'intérieur des vibrions de la flacherie, des corpuscules brillants qui sont des spores, et il fait voir que sont elles qui, douées d'une grande résistance, persistent dans les poussières des magnaneries et peuvent y transmettre la maladie d'une année à l'autre.

Par l'intérêt de telles études, Pasteur avait pu mesurer l'importance des découvertes que pouvait réaliser, sur le terrain de la pathologie, l'application de ses méthodes.

Plus tard, en 1877, l'étude du charbon va lui fournir l'occasion d'apporter la preuve irrécusable que de grandes maladies contagieuses de l'homme et des animaux sont produites par des microbes. Le charbon, qui représente le type le plus achevé des maladies infectieuses, était, à cette époque, le terrain de recherches où s'affrontaient partisans et adversaires de la doctrine des germes. Les idées pastoriennes, depuis plusieurs années, s'étaient peu à peu infiltrées dans la conscience médicale. Après la lecture du mémoire de Pasteur sur la fermentation butyrique publié en 1863, Davaine qui, treize ans auparavant avait constaté, avec Rayer, la présence de petits bâtonnets immobiles dans le sang des animaux morts de charbon, n'hésita pas à affirmer qu'il s'agissait là du virus inoculable de la maladie. Koch avait pu réaliser huit passages successifs de cette bactérie dans l'humeur aqueuse du lapin, et avec ce germe de huitième génération il avait donné le charbon aux animaux. Ces arguments n'arrivaient pas encore à entraîner la conviction ; on objectait à Koch, qu'en inoculant les bactéries, il inoculait en même temps le virus inconnu que ses ensemencements peu nombreux n'avaient fait que diluer.

C'est alors qu'intervient Pasteur. Il va puiser le microbe dans le sang de l'animal malade, c'est-à-dire dans le milieu qui, chez l'individu sain, se montre toujours d'une stérilité parfaite. Puis, avec une trace de ce sang charbonneux, il ensemence plusieurs centaines de centimètres cubes d'une infusion organique dépourvue de germes ; avec une trace de la première culture ainsi obtenue, il ensemence une seconde infusion, et il procède ainsi cent fois de suite ; la trace de sang charbonneux est maintenant noyée, comme l'a dit Roux, dans un océan ; toutes les substances qu'elle pouvait contenir sont diluées à l'infini ; seule la bactéridie s'est multipliée dans chacune des cultures. Or, une goutte de la dernière tue un mouton aussi sûrement que le ferait une goutte du sang d'un animal charbonneux.

Ainsi Pasteur retirait immédiatement le bénéfice de la technique impeccable qui lui avait déjà servi à prouver le rôle des microbes dans la genèse des fermentations. Isoler le germe de son milieu naturel, l'obtenir vivant, en culture pure, et reproduire avec lui toute la maladie, telle est la preuve irrécusable, tant cherchée jusqu'alors. Voilà ce dont la médecine est, avant tout, redevable aux mémorables études de Pasteur sur le charbon ; c'est d'elles que date l'acceptation définitive de l'origine microbienne des maladies virulentes.

Pasteur, qui ne manque jamais, au cours de ses études, de recueillir tous les faits capables d'éclairer l'histoire d'une maladie, va mettre en lumière deux autres notions importantes. Il montre le rôle capital que jouent les spores dans la propagation du charbon aux troupeaux qui passent sur certains « champs maudits ». Ces spores proviennent de cadavres d'animaux charbonneux enfouis dans la profondeur du sol, et ce sont leurs convoyeurs habituels, les vers de terre, qui les font remonter à la surface.

D'autre part, par son expérience célèbre sur la poule refroidie, il met hors de conteste l'influence que les circonstances extérieures, et dans le cas particulier le froid, exercent sur la réceptivité aux maladies infectieuses.

La démonstration que Pasteur vient de donner

pour le charbon, il va désormais s'attacher à l'étendre à toutes les maladies contagieuses qu'il rencontre aussi bien chez l'animal que chez l'homme. D'abord c'est l'isolement du vibrion septique, agent de la gangrène gazeuse.

Comme dans toutes les découvertes que l'on doit à Pasteur, les enseignements qui découlent pour la médecine de ses recherches sur le vibrion septique dépassent de beaucoup le cadre du sujet qui les a provoquées. En étudiant ce germe nouveau, il démontre l'existence en pathologie de processus causés par des microbes anaérobies. Il s'aperçoit, en effet, que le vibrion septique, comme le ferment butyrique découvert jadis par lui, ne peut vivre qu'à l'abri complet de l'oxygène, et pour isoler ces anaérobies il fournit aux médecins des procédés qui lui avaient servi depuis longtemps pour l'étude des fermentations et qui consistent à cultiver dans le vide ou dans une atmosphère de gaz carbonique.

Après le charbon, après la septicémie gangréneuse, Pasteur aborde l'étude du choléra des poules, et, non content d'en cultiver le germe, il apporte sur le mécanisme de l'infection des notions dont la pathologie humaine va tirer parti à son tour. D'abord il nous fait assister au cycle entier parcouru par un microbe pour réaliser une infection intestinale contagieuse. Reprenant les recherches qu'il avait faites à ce sujet sur la pébrine, il montre que quelques gouttes d'une culture déposées sur les aliments « suffisent pour faire pénétrer le mal par le canal intestinal, où le microbe se cultive en si grande abondance que les excréments des poules ainsi infectées font périr les individus auxquels on les inocule ».

Il établit ensuite, pour la première fois, l'existence de substances nocives sécrétées par les microbes, de toxines, comme nous disons aujourd'hui. Il montre, en effet, qu'un des symptômes les plus frappants de cette maladie, la somnolence, on la provoque chez une poule saine en lui inoculant une culture débarassée de ses microbes par passage sur un filtre de porcelaine. Cette simple remarque expérimentale est à l'origine de l'histoire des toxines dont l'étude a fourni des résultats si féconds, non seulement en nous éclairant sur le mécanisme de bien des maladies infectieuses, mais en nous fournissant les moyens de préparer les plus puissants sérums thérapeutiques dont nous disposons. C'est la découverte de la toxine diphtérique faite par Roux et Yersin qui a permis celle de l'autolyse.

Enfin, n'est-ce pas encore dans ses études sur le choléra des poules qu'on voit formuler pour la première fois la théorie des porteurs de germes dont les recherches de ces dernières années ont montré toute l'importance pour la compréhension de l'éclosion et de la diffusion des maladies épidémiques ? Au cours de ses expériences sur la réceptivité des diverses espèces animales au virus du choléra des poules, Pasteur s'aperçoit que le cobaye qui meurt lorsqu'on l'inocule dans la veine ne présente qu'un abcès local lorsqu'on l'inocule sous la peau ; il voit que cet abcès, qui contient à l'état de pureté le germe doué de toute sa virulence, peut s'ouvrir spontanément et déverser ainsi son contenu sur les aliments. Pasteur se demande s'il n'y a pas là, pour les poules et les lapins vivant au contact des cochons d'Inde paraissant en bonne santé, une source possible d'épidémie où les observateurs non prévenus ne manqueraient pas d'invoquer la spontanéité morbide. « Combien de mystère dans l'histoire des contagions recevront un jour, ajoute-t-il, des solutions encore plus simples que celles dont je viens de parler. »

On voit par les faits que nous venons de rapporter toute l'importance des transformations que Pasteur venait de faire subir à l'étiologie des maladies virulentes. Tout ce que la médecine moderne doit à la bactériologie, non seulement dans le domaine des causes pathogènes mais dans ceux de l'épidémiologie, de la nosologie, du diagnostic, n'est que la conséquence naturelle des découvertes de Pasteur. C'était la moisson toute prête à se lever du sillon qu'il venait de tracer.

N'eût-il fait que cela, son action sur l'évolution de la médecine serait déjà la plus puissante qui eût été jamais réalisée ; ce n'était pourtant encore que le commencement de son œuvre. Après avoir révélé à la médecine la cause des maladies infectieuses, il allait lui enseigner les moyens de les prévenir.

Pour Pasteur, la science devait servir au bien de l'humanité. Les principes scientifiques une fois établis il avait toujours l'application pour but et cherchait l'utilité pratique à tirer de ses découvertes. Tel il était déjà, lorsqu'au début de ses recherches il voyait surtout dans ses études sur les fermentations des moyens de venir en aide à l'industrie et à l'agriculture ; tel il paraît plus tard, lorsqu'en découvrant les causes de la pébrine et de la flacherie il vient au secours de notre sériciculture ; tel il restera le jour où il a mis en évidence le rôle des microbes dans la genèse des maladies de l'homme. La prophylaxie des infections devient alors sa préoccupation essentielle, le but suprême de ses efforts.

Il méditait sans cesse les œuvres de Jenner. La vaccination contre la variole a été une révélation de la nature ; pour recueillir cette révélation et en tirer toutes les applications qu'elle comporte un homme de génie s'était trouvé : Jenner. Aucune donnée scientifique ne préparait à cette découverte et, comme beaucoup d'œuvres nées du hasard, cette méthode de vaccination n'a pu être généralisée.

Hanté par ce fait qu'un grand nombre d'infections ne récidivent jamais, Pasteur ne pensait plus qu'à immuniser contre les maladies dont il avait isolé le virus. Ce sont ses études sur le choléra des poules qui l'amenèrent à découvrir que c'est par leur propre virus qu'il fallait prévenir les maladies infectieuses. En laissant vieillir à l'étuve, au contact de l'oxygène de l'air. une culture du bacille du choléra des poules, on la voit peu à peu perdre de sa virulence. Après quelque temps, elle rend encore les poules malades, mais elle n'est plus mortelle ; elle finit en vieillissant par ne plus produire que quelques symptômes passagers. Bien plus, cette atténuation de virulence se montre héréditaire, elle se transmet telle qu'elle a été fixée, de génération en génération, à travers les cultures successives du microbe. Pasteur se demanda aussitôt ce qu'il adviendrait des poules inoculées avec ce virus atténué si on leur injectait par la suite un microbe virulent. L'expérience lui montra qu'elles supportaient l'épreuve sans dommage ; elles étaient donc immunisées.

La méthode qui venait ainsi de fournir le vaccin du choléra des poules fut appliquée alors par Pasteur et ses collaborateurs, Roux et Chamberland, au charbon. Pour obtenir un virus atténué ils cultivèrent la bactéridie à 43 degrés, température à laquelle ne se forme plus de spores, éléments de résistance que le vieillissement au contact de l'air ne saurait

affaiblir. On obtint de la sorte un vaccin doué de qualités héréditaires dont l'action protectrice fut démontrée de façon éclatante par l'épreuve publique que la Société d'agriculture de Melun organisa à Pouilly-le-Fort. Vingt-cinq moutons vaccinés résistèrent à l'inoculation virulente; les vingt-cinq témoins succombèrent au charbon.

C'est au cours de ses recherches sur la vaccination du charbon que Pasteur mit en lumière la grande loi de la mutabilité des espèces virulentes. De même, en effet, qu'un virus peut être atténué au point de devenir inoffensif, de même il peut alors récupérer et exalter sa virulence. Ainsi peuvent se créer dans la nature des races distinctes d'un même microbe, notion fondamentale qui domine, on le sait, l'histoire de quelques-unes des infections avec lesquelles l'humanité a le plus à compter. Ce que réalise l'expérimentation la nature le produit chaque jour, transformant en agents pathogènes les pneumocoques, les staphylocoques, les streptocoques qui, chez l'homme normal, vivent en hôtes inoffensifs à la surface des téguments et des cavités naturelles.

La découverte de la vaccination du choléra des poules, celle du charbon, plus tard celle du rouget des porcs avaient prouvé que la connaissance des microbes ne servait pas seulement à déceler les causes des maladies, mais qu'elle était capable de fournir, contre les plus redoutables d'entre elles, des moyens de préservation d'une extraordinaire efficacité.

La méthode nouvelle devait donner toute la mesure de sa puissance à propos de la rage, maladie dont le nom seul suffit de tout temps à inspirer l'effroi. Pasteur allait montrer qu'il est possible d'en empêcher l'apparition, alors même que le virus avait déjà pénétré dans l'organisme. Pour accomplir ce chef-d'œuvre expérimental, il dut consacrer cinq ans d'efforts à renverser chacun des nombreux obstacles qui se dressaient devant lui. Rien n'est plus émouvant que l'évocation de cette longue période de recherches.

En abordant l'étude de la rage, Pasteur allait se heurter à une première difficulté. Contrairement à tout ce qu'il pouvait prévoir, le microbe, malgré les recherches les plus minutieuses, demeurait invisible et impossible à cultiver. Il se voyait donc privé de toutes les méthodes qu'il avait créées et qui seules jusque-là lui avaient permis la découverte des agents pathogènes.

Restait l'expérimentation. Sur ce terrain d'autres difficultés allaient encore surgir : employer la bave virulente comme une culture naturelle du germe rabique, c'était en effet aller au-devant de complications expérimentales graves dont Pasteur saisit du premier coup la signification. Dans la salive, ce germe n'est pas à l'état de pureté; il s'y trouve mêlé à un grand nombre d'autres microbes; en inoculant la bave dans les veines des lapins, Pasteur les voit mourir rapidement d'une maladie qu'il se garde bien de prendre pour la rage; dans le sang de ces animaux il découvrit le germe de la « septicémie salivaire » qui n'était autre que le pneumocoque.

Tout portait à penser que le cerveau et la moelle devaient être les foyers où le virus rabique se trouvait constamment à l'état de pureté. L'inoculation sous la peau de la substance cérébrale provenant d'un chien enragé donne la rage avec plus de certitude que l'inoculation de la bave, mais la mort ne survient pas à coup sûr; en outre la durée de l'inoculation, qui peut se prolonger pendant plusieurs mois comme après l'inoculation sous-cutanée de la bave rendait l'expérimentation très difficile. Si la rage survient si tard après l'inoculation sous la peau, c'est parce que le virus chemine longtemps à travers les nerfs avant de gagner les centres nerveux. L'idée vint à Pasteur et à Roux, qui collaborait à ces recherches, de déposer directement sous la dure-mère, à la surface du cerveau un fragment de l'encéphale virulent. L'expérience fut couronnée de succès; chez le chien, la rage apparaissait constamment après quatorze jours; chez le lapin, le délai d'inoculation était plus court encore : en renforçant le virus par des passages successifs, on obtenait la rage à coup sûr après six jours.

La sagacité de Pasteur avait triomphé de la première difficulté : la culture du virus qu'on ne pouvait obtenir en milieu artificiel, il l'avait réalisée à l'état de pureté dans la substance nerveuse des lapins. Par là, il avait ouvert en pathologie un nouveau chapitre, celui des maladies produites par des microbes invisibles, maladies par virus filtrants neurotropes comme nous disons aujourd'hui. De même qu'il avait fourni la technique d'étude pour les germes aérobies et pour les germes anaérobies il venait de révéler que l'inoculation intracérébrale était la seule méthode pouvant servir à déceler l'intervention de ces nouvelles espèces de virus.

Restait à aborder le second problème : celui de l'atténuation du virus rabique. On sait comment il fut résolu. En soumettant des moelles de lapins morts de la rage à la dessiccation, Pasteur leur fit perdre graduellement leur virulence, au point qu'après quatorze jours elles étaient devenues complètement inoffensives, même aux doses les plus élevées. Des chiens furent alors inoculés, le premier jour avec une moelle de quatorze jours, puis successivement avec une moelle de treize jours, de douze jours, et ainsi de suite, jusqu'à la moelle très virulente d'un lapin mort le matin même. Ces chiens résistèrent et leur état réfractaire était si parfait que, mordus par des chiens enragés ou soumis à l'inoculation intracérébrale de virus actif, ils ne moururent pas de la rage. En deux semaines, on pouvait donc vacciner l'animal le plus sensible : le chien. D'autres expériences démontrèrent qu'on pouvait rendre des chiens réfractaires en leur injectant des moelles desséchées même après les avoir fait mordre par des chiens enragés.

Il allait donc être possible de réaliser la vaccination préventive de l'homme mordu par un chien enragé. Chez l'homme, en effet, la rage n'éclate qu'un mois environ après la morsure; en s'y prenant à temps, la vaccination pouvait aller plus vite que la maladie, et créer l'immunité avant que n'apparaissent les premiers symptômes.

La main tremblait à Pasteur, quand il lui fallut se décider à passer de l'expérimentation sur l'animal à l'essai de sa méthode sur l'homme. Enfin il s'y résolut; on sait de quel succès fut récompensée sa tentative; à dater de ce jour, la rage était vaincue, et le traitement antirabique, bientôt généralisé, réduisit à d'infimes proportions la mortalité de cette maladie. La prévention de la rage fut sa dernière découverte : jamais peut-être il n'avait eu autant besoin de déployer les ressources inépuisables dont disposait son génie.

Nul ne saura exprimer suffisamment la reconnaissance dont nous sommes redevables à Pasteur pour avoir fondé la science des vaccinations. Que les vaccins proviennent d'un virus atténué ou d'un

virus tué par la chaleur ou par les antiseptiques, c'est toujours du principe pastorien qu'il dérive : immuniser contre l'agent d'une maladie en se servant de cet agent même artificiellement transformé. De ses découvertes sont issues toutes les tentatives qui se sont succédé en vue de rendre l'organisme humain réfractaire aux maladies infectieuses, et c'est de la sorte que grâce à ses recherches initiatrices, bien des existences humaines échappent chaque jour à des maladies mortelles, comme la typhoïde, le choléra, la peste, la dysenterie.

Durant les heures tragiques que nous venons de traverser, alors que la science était en partie asservie à des œuvres de carnage et de dévastation, la médecine par la pratique des vaccinations s'employait à épargner à nos armées le fléau des épidémies et la chirurgie, par l'antisepsie et par l'asepsie préservait les blessés des désastres que causait jadis l'infection des plaies. C'est par millions que nos soldats ont été ainsi arrachés à la mort grâce à l'action tutélaire que continue à exercer le génie de Pasteur.

Nous avons essayé de montrer suivant quelle splendide harmonie s'étaient succédé les découvertes de Pasteur. On reste confondu à l'idée qu'une telle œuvre ait pu être le fruit du labeur d'un seul homme. Il nous apparaît comme un de ces êtres providentiels que la nature crée parfois pour renouveler brusquement les moyens et les orientations de la science qui sans eux progresserait trop lentement en suivant sa marche régulière. Il était servi par un esprit de divination qui lui permettait de projeter des clartés là où pour les autres tout n'était encore que ténèbres. Il avait une puissance d'intuition et un don de généralisation qui le faisait progresser du fait particulier aux conceptions les plus élevées et lui donnait sur l'avenir des visions par lui seules perceptibles. Mais là n'est pas tout le secret de son génie. C'est parce qu'il s'est imposé des disciplines inflexibles qu'il a pu proclamer des vérités éternelles et créer des méthodes si parfaites que par elles, aussi bien que par les principes qu'il a établis son œuvre se continuera indéfiniment.

Sa persévérance dans l'effort quotidien était telle qu'il ne connaissait ni distraction ni repos; sa faculté d'attention lui permettait de s'abstraire de tout ce qui n'était pas l'idée qu'il poursuivait; il apportait à observer les faits une patience inlassable, et de l'examen méticuleux des phénomènes les plus insignifiants en apparence il tirait souvent des idées de recherches. Il se laissait aussi aller aux idées préconçues; il s'élevait souvent jusqu'aux conceptions les plus hardies et sa fougueuse imagination, son imagination de poète, le transportait parfois jusque dans les régions du rêve. Peu importaient les échappées audacieuses de sa pensée, tout ce qu'il concevait n'était considéré par lui que comme hypothèse, tant qu'il n'avait pas fourni les preuves qu'il voulait sans répliques. L'histoire d'un esprit vaut avant tout par les enseignements qui s'en dégagent. Il n'est pas d'exemple qui, mieux que celui de Pasteur, ne montre la nécessité du contrôle expérimental. Une fois l'expérience mise en train, son imagination s'effaçait, et lui qui fut un des plus grands génies que l'humanité ait produit, restait humblement soumis à l'observation des faits; il ne voulait plus, comme l'a dit Duclaux, que ce que voulait l'expérience. Il savait attendre et n'avançait rien avant d'avoir en main les faits capables de porter la certitude dans l'esprit des autres. Aussi s'explique-t-on l'allure parfois véhémente de ses ripostes, lorsqu'à des preuves expérimentales on lui répondait par des impressions sentimentales, par des arguments tirés d'une tradition surranée ou par des manifestations purement oratoires.

René Vallery-Radot, qui vivait dans son intimité, a bien fait ressortir ce dualisme de l'esprit de Pasteur qui, tout d'élan et d'imagination, restait constamment en garde contre ses idées intuitives et se traitait en adversaire implacable tant que la méthode expérimentale n'avait pas fait entendre sa voix souveraine.

Tout a été dit sur l'œuvre médicale de Pasteur par ses deux grands disciples Duclaux et Roux, et par son gendre René Vallery-Radot qui, dans sa piété filiale, a écrit un livre où l'on ira toujours puiser des renseignements sur les circonstances de sa vie. Le cycle prodigieux de ses découvertes, où nul précurseur ne lui montrait la voie, l'avait mis au rang des plus grands parmi les savants; il n'en serait pas devenu le plus grand si, loin d'être simplement spéculative, son œuvre n'avait eu pour but suprême de préserver les hommes contre la maladie. Lui qui n'était pas médecin fut pourtant le plus grand médecin de tous les temps.

C'est ici, dans cette Académie, que, après avoir annoncé les temps nouveaux de la médecine, il a mené par sa parole toute vibrante d'enthousiasme les derniers combats pour le triomphe de sa doctrine; c'est donc ici que, pour évoquer les découvertes qui lui ont servi à transformer les conditions de l'existence humaine, nous devons pieusement nous recueillir en cet anniversaire qui marque une des plus grandes de l'histoire du monde.

PASTEUR ET LA CHIRURGIE

Par M. Pierre DELBET.

Pasteur a doté la chirurgie du plus magnifique présent qu'elle ait jamais reçu : la sécurité opératoire.

Ce présent merveilleux, la chirurgie l'a reçu d'un chimiste, tant peut être féconde l'introduction dans une science de la discipline d'un autre.

Ce présent merveilleux, Pasteur l'a fait en passant au cours d'un prodigieux voyage qui, sans heurt, par une arabesque dont toutes les courbes s'enchaînent logiquement, l'a conduit de la déviation du plan de polarisation de la lumière à la thérapeutique de la rage.

Pasteur n'a pas été un favori du hasard. Tout ce qu'il a trouvé, il l'a cherché et il l'a cherché parce qu'il l'avait deviné.

Les circonstances accidentelles ont joué un rôle considérable dans beaucoup de découvertes scientifiques. Sans diminuer le mérite des savants qui les ont faites, on peut bien dire que la différence est grande entre celui qui interprète correctement un heureux hasard et l'Œdipe qui, à coups de génie, force le sphinx à répondre et lui arrache ses secrets.

Pasteur a l'intuition qu'un rapport unit l'hémiédrie des cristaux à la déviation du plan de polarisation, et il démontre cette relation. C'est le point de départ à partir duquel sa pensée évolue comme un astre entraîné par des champs d'attraction suc-

cessifs, inondant de clarté des régions dont personne n'avait pu dissiper les ténèbres.

De la dissymétrie des cristaux, il passe à la notion plus féconde de la dissymétrie des molécules et ouvre ainsi avant de quitter la chimie physique la voie de la stéréochimie.

Puis c'est la vie qui l'attire. La propriété de dévier le plan de polarisation de la lumière est le propre des substances élaborées par les êtres vivants. On n'en connaissait pas d'autres qui en fussent douées. Partout où elle existe, Pasteur cherche la vie et la trouve sous forme de ces infiniments petits auxquels Sédillot a donné plus tard le nom de microbes.

Beaucoup de fermentations donnent naissance à de l'alcool amylique qui est doué du pouvoir rotatoire. D'où vient ce pouvoir. Liebig pense qu'il dérive du sucre. Pasteur estime que le groupe moléculaire de l'alcool amylique est trop distant de celui du sucre pour que l'interprétation de Liebig soit exacte. Avec sa prodigieuse divination, il estime que la dissymétrie de l'alcool amylique doit provenir de l'intervention d'un être vivant.

L'instant où cette idée a cristallisé dans le cerveau de Pasteur est un moment solennel de l'histoire dc l'humanité, car c'est d'elle que découlent les plus grands progrès qui aient été réalisés pour le soulagement des misères humaines.

L'être vivant, il le cherche dans la fermentation lactique où personne ne l'avait soupçonné : il le trouve; il en démontre le rôle. Et tout de suite avec cette puissance de généralisation qui est l'une des marques du génie, il déclare que la fermentation est corrélative de la vie, que fermentation et putréfaction sont synonymes, il annonce la spécificité de chaque ferment. Tout en reconnaissant qu'il va au delà des faits, il affirme avec une tranquille assurance : le merveilleux accord de son cerveau avec la réalité lui donne la certitude avant que la démonstration soit complète.

Ces êtres vivants si petits et si prodigieusement actifs, grâce à leur petitesse, d'où viennent-ils?

S'ils naissent spontanément dans les infusions, dans les organismes altérés, leur découverte est de peu d'importance pratique. Si, au contraire, ils constituent des espèces remontant aux époques lointaines où la vie a pris naissance et se reproduisant chacune avec son hérédité propre, on peut les domestiquer et les utiliser, on peut aussi s'en préserver et leur découverte permettra des progrès dont on entrevoit à peine les limites.

C'est la question de la génération spontanée qui est posée.

Pasteur s'y attaque ; Dumas ne l'encourage guère; ses amis l'en dissuadent; Biot qualifie son entreprise d'orgueilleuse folie. Seul, il a compris que l'avenir lumineux qu'il entrevoit en dépend.

Par des méthodes nouvelles, ingénieuses et précises, en modifiant les ballons du chimiste, il démontre que dans une infusion stérilisée par la chaleur, dans des liquides organiques où rien ne pénètre de l'extérieur, aucune fermentation ne se produit : la génération spontanée n'existe pas de nos jours. Y laisse-t-on pénétrer une parcelle de poussière, la fermentation se développe : les germes viennent du dehors. La question est sortie du domaine nébuleux et stérile de la métaphysique. La science en prend possession, mais non sans lutte.

Les hommes de génie chevauchent à grande allure sur la piste du progrès où l'humanité se traîne. Ils distancent leurs contemporains qui les croient égarés dans un rêve, alors qu'ils approchent de plus en plus de la réalité, mais cette réalité n'est perceptible que pour eux seuls.

Les attardés des disciplines anciennes sont toujours acharnés contre les conquérants de l'avenir. Tout progrès leur apparaît comme la plus redoutable des erreurs. D'un cœur sincère, ils luttent contre les nouveautés les plus fécondes avec l'âpreté qu'on apporte à l'accomplissement d'un devoir.

Ils font partie du cortège de la gloire, ils en donnent en quelque sorte la mesure; ils la rendent plus éclatante comme le tumulte des nuages avive les rayons du soleil, ces flèches d'Apollon qui les percent. C'est peut-être à ses contradicteurs qu'un grand homme doit le plus de reconnaissance.

L'acharnement fut violent contre Pasteur : religion, politique, le tréfonds des convictions intervint.

Pasteur est devenu un rude polémiste, âpre, impatient, parfois violent. Il se laisse entraîner par des contradicteurs, riches d'éloquence, à des joutes oratoires, et il y est redoutable, mais c'est toujours sur le terrain expérimental qu'il cherche à les amener.

Au commencement de sa carrière, il a été soumis à une sévère épreuve. Biot, désigné pour l'Académie des sciences, l'a convoqué dans sa propre cuisine pour lui faire préparer le paratartrate double de soude et d'ammoniaque, puis séparer les cristaux hémièdres droits des hémièdres gauches, et il l'a sommé d'affirmer à nouveau que les premiers dévieraient à droite, les seconds à gauche, le plan de polarisation. Quand il constata que la déviation se faisait bien dans le sens indiqué par Pasteur, le vieil homme, épris de science, fut secoué d'une émotion si profonde que ses yeux se remplirent de larmes, car il y a une beauté scientifique aussi émouvante pour ceux qui la comprennent, que la beauté artistique et la beauté morale.

Pasteur adopte la méthode à laquelle il a été soumis. Il lance à ses contradicteurs des défis expérimentaux. Mais personne n'ose se mesurer sur le terrain expérimental avec ce formidable lutteur. Défi à Liebig, qui se dérobe — défi à Pouchet et Joly, qui se dérobent — défi à Bastian, qui se dérobe — défi aux vétérinaires de Turin, qui se dérobent. C'est une carence générale. Ses adversaires n'ont plus que des mots à leur disposition, et l'on ne peut s'empêcher de penser à ces héros d'épopée qui, après avoir échangé les pires invectives, se séparent sans en venir aux mains.

Mais voici que Bastian apporte une expérience troublante. De l'urine bouillie, saturée de potasse bouillie, fourmille de bactéries après neuf ou dix heures d'étuve.

Pasteur répète aussitôt l'expérience, elle est exacte. C'était impressionnant, car à cette époque, il était admis qu'aucun être vivant ne résiste à la température de l'ébullition.

Pasteur va-t-il s'incliner et admettre que dans certaines conditions, la génération spontanée est possible? S'il l'admet, son œuvre est lézardée et s'effondrera. Mais sa foi dans la préexistence des germes, n'est pas ébranlée. Il cherche la fissure dans l'expérience de Bastian, et comme il a entrevu la résistance des spores à la chaleur, il la trouve. La température n'a pas été assez élevée. Il chauffe à 120 degrés et l'urine reste claire et l'autoclave fait son entrée au laboratoire. Il n'a pénétré que plus tard dans la chirurgie.

Alphonse Guérin, à qui il est juste de rendre

hommage, avait eu l'idée que la « fièvre purulente » est due à des germes organisés venus de l'extérieur. Quand Pasteur publia ses premières recherches, avant qu'aucun microbe pathogène fût découvert, il pensa que les microorganismes des infections étaient du même ordre que ceux des fermentations, et, comme Pasteur en préservait ses tubes par un bouchon de coton, il chercha à en préserver les plaies par le pansement ouaté.

Lister commence en 1865 à régler la méthode antiseptique, qui comprend deux parties : la stérilisation des mains, des instruments par l'immersion dans des solutions d'acide phénique qu'employait déjà Dula, la protection contre les microbes de l'aie par le spray et par un pansement particulier.

Malgré les efforts de son apôtre français, Lucas-Championnière, la méthode ne s'est répandue qu'assez lentement. Si l'on s'en étonne aujourd'hui, c'est qu'il est presque impossible à ceux qui n'ont pas connu l'ancienne chirurgie, de se rendre compte de la révolution apportée par Pasteur dans la pensée médicale.

L'antisepsie a eu des adversaires déclarés : je n'en parlerai pas, car les ennemis d'une bonne méthode ne sont pas dangereux pour elle. Ce sont ses mauvais partisans qui la compromettent, et l'antisepsie en eut beaucoup.

Les hommes se plient plus facilement aux pratiques et aux rites d'une méthode qu'à son esprit.

Les plus fervents adeptes d'une religion, sont souvent hérétiques sans le savoir. Combien de chirurgiens, qui appliquaient sur les plaies la gaze phéniquée et la selk protectrice avec la solennité d'un prêtre officiant commettaient de lourdes fautes! De ceux qui avaient fourni une longue carrière sous les disciplines anciennes, bien peu s'adaptèrent complètement à la nouvelle. J'ai vu un chirurgien éminent, ramasser, pour continuer à s'en servir, un instrument qui était tombé sur le plancher poussiéreux d'un vieil amphithéâtre, et comme j'insistais pour qu'il le mit de côté, il me répondit : « Pourquoi donc? je vais le tremper dans le germicide. » La confiance dans le germicide a été longtemps néfaste, elle l'est peut-être encore.

Tous les chirurgiens qui, étant bien pénétrés de l'esprit de la méthode listérienne, l'appliquèrent correctement, obtinrent des résultats remarquables.

Si les succès furent tout de suite aussi beaux, c'est que la technique opératoire était très avancée : il serait injuste de l'oublier. L'œuvre de Pasteur a transformé la chirurgie; elle ne l'a pas créée.

Nos grands ancêtres avaient réglé la technique de la plupart des opérations qui portent sur les membres et il les exécutaient avec virtuosité. Ces hommes m'apparaissent comme formidables. Sans anesthésie, sans asepsie, ils faisaient des amputations, des désarticulations, la dramatique résection du maxillaire supérieur. On ne sait ce qui doit étonner davantage, de l'énergie du chirurgien qui infligeait de pareilles tortures, ou du courage du patient qui les supportait, quand on songe à ce qu'on en pouvait espérer.

Avec l'encombrement des grands hôpitaux, avec l'abandon des vieux baumes, les infections chirurgicales s'étaient développées d'une manière terrifiante. Tout était infecté, les mains, les instruments, la charpie, les vêtements et infectés de microbes entraînés de longue date à triompher de l'homme. On avait réalisé sans le savoir l'expérience de Pasteur qui consiste à exalter la virulence d'un microbe pour une espèce en le faisant passer par plusieurs individus de cette espèce.

Les opérés étaient décimés. La mortalité des amputations de jambe et de cuisse oscillait entre 60 et 85 p. 100. Les malheureux couchés dans les lits d'une rangée de l'ancien Hôtel-Dieu de Paris, la rangée noire, étaient condamnés d'avance : de mémoire d'homme aucun opéré n'y avait guéri. En 1868 et 1869, deux chirurgiens des plus habiles perdirent tous leurs opérés. La moindre solution de continuité du tégument est une porte ouverte à la mort, disait Velpeau. Gosselin n'osait plus ouvrir les abcès. Les chirurgiens avaient peur de la chirurgie et ils avaient raison.

Avec Pasteur, la clarté pénètre où tout était mystère. L'application de ses découvertes balaye les infections, pourvoyeuses de la mort. La mortalité des opérations que l'on pratiquait alors est réduite presque à rien. Ce n'est pas seulement la mortalité qui disparaît, mais aussi la morbidité. On suture les plaies opératoires, on obtient la réunion primitive, ce vieil idéal : les opérés ne sont plus des malades.

La malédiction qui pesait sur la chirurgie est conjurée. Une ère nouvelle s'ouvre, celle de la chirurgie viscérale. La sécurité opératoire légitime toutes les audaces et les chirurgiens sont gens audacieux.

Les conquêtes de la chirurgie moderne dérivent de l'œuvre de Pasteur. C'est sa pensée qui par la main des chirurgiens guérit ou soulage tous les jours tant de misères. Opérateurs et opérés lui doivent une infinie reconnaissance.

Si magnifique et bienfaisant qu'eût été l'essor de la chirurgie, l'orientation de la lutte contre l'infection a-t-elle été celle qu'aurait voulu Pasteur. Lister voulait être pastorien. Pasteur était-il listérien?

La question paraîtra outrecuidante, surtout à ceux qui se rappellent l'émouvante accolade dont Pasteur accueillit Lister à son jubilé. Cependant, il est facile d'y répondre, car Pasteur a dit avec sa clarté coutumière ce qu'il aurait fait s'il avait été chirurgien.

L'œuvre bienfaisante de Lister, comme la tentative d'Alphonse Guérin, correspond aux premières phases de la pensée pastorienne. Elle comprend deux parties : la préservation contre l'infection par l'air; la destruction des microbes par des moyens chimiques.

Il n'est pas douteux que Pasteur a d'abord attaché une importance capitale à la contamination par l'air. Mais très vite il a constaté que l'air contient peu de germes et très inégalement suivant les points. Il est arrivé à cette notion que l'infection se transmet surtout par contact. « Cette eau, dit-il, cette éponge, cette charpie avec lesquels vous lavez ou recouvrez une plaie, y déposent des germes ». Et encore « ce qui cause l'épidémie... c'est le médecin et son personnel qui transportent le microbe d'une femme malade à une femme saine ». Il n'attache plus grande importance à l'air.

Voyons l'autre face de la question, le moyen de détruire les germes. Là aussi Pasteur a évolué. Il avait essayé les antiseptiques contre les maladies des vins, il avait conseillé à Guyon et aux accoucheurs l'acide borique actuellement abandonné. Mais presque dès le début, il flambait ses instruments. Puis son étude des spores et de leur résistance, sa réputation de l'expérience de Bastian le conduisent à la stérilisation par la chaleur seule

sûrement efficace, et voici comment il a tracé le programme du chirurgien :

« Si j'avais l'honneur d'être chirurgien, pénétré comme je le suis des dangers auxquels exposent les germes répandus à la surface de tous les objets, particulièrement dans les hôpitaux, non seulement je ne me servirais que d'instruments d'une propreté parfaite, mais après avoir nettoyé mes mains avec le plus grand soin et les avoir soumises à un flambage rapide... je n'emploierais que de la charpie, des bandelettes, des éponges préalablement exposées dans un air porté à la température de 130 à 150 degrés, je n'emploierais jamais qu'une eau qui aurait subi la température de 110 à 120 degrés. Tout cela est très pratique. De cette manière je n'aurais à craindre que les germes en suspension dans l'air autour du lit du malade; mais l'observation nous montre chaque jour que le nombre des germes est pour ainsi dire insignifiant à côté de ceux qui sont répandus dans les poussières à la surface des objets ou dans les eaux communes les plus limpides. Et d'ailleurs, rien ne s'opposerait à l'emploi des procédés antiseptiques de pansement, mais, joints aux précautions que j'indique, ces procédés pourraient être singulièrement simplifiés. »

Quoi de plus net. Et, cependant, on continuait à listériser. Dans certains pays, on opérait sous des torrents de solutions antiseptiques.

L'autoclave a fait son entrée dans la pratique chirurgicale vers 1888. Le premier semble avoir été installé par Terrier dans son service de l'hôpital Bichat. Presque au même moment, Quénu en installait un à la fondation Pereire. C'est sous l'influence de ces deux chirurgiens que la véritable doctrine pastorienne, l'asepsie par la chaleur, la seule qui permette de stériliser sûrement et complètement, s'est généralisée.

On était sûr d'avoir des instruments et un matériel aseptique. Mais il fallait s'en servir et pour cela les toucher : or, il est impossible d'assurer dans tous les cas, par des moyens chimiques, l'asepsie des mains. Aussi les revêtons-nous de gants stérilisés stérilisés par la chaleur. Mikulicz s'est d'abord servi de gants qui, n'étant point imperméables, ne donnaient pas de garantie absolue. Les gants de caoutchouc dont quelques chirurgiens se servaient pour préserver leur épiderme de l'action irritante des antiseptiques ont changé de destination. Depuis 1889, grâce à l'insistance de Quénu, on s'en sert pour préserver les tissus de l'opéré du contact des mains du chirurgien.

Ce n'est pas seulement en assurant une stérilisation parfaite que l'asepsie est supérieure à l'antisepsie. C'est encore en mettant les tissus à l'abri de toute substance irritante.

Parti de la chimie, sans éducation biologique spéciale, Pasteur découvre les microbes et leur rôle pathogène. L'énivrement d'une telle découverte aurait entraîné tout autre que lui à ne voir que le microbe et à négliger l'organisme. Ce n'est pas son attitude. De ses études sur les maladies des vers à soie, il arrive à des notions qu'il précise progressivement : l'organisme ne succombe pas sans lutte sous l'attaque des microbes; la réceptivité varie avec les espèces, et aussi dans la même espèce avec les individus; la virulence d'un microbe s'affaiblit ou s'exalte de telle sorte qu'il peut être inoffensif ou meurtrier; le conflit de l'organisme et du microbe, tous deux variables artificiellement, modifiables, font de la virulence quelque chose de très relatif et il a écrit cette phrase fertile en applications pour les chirurgiens : « Diminuez par un moyen quelconque cette résistance vitale qui, remarquez-le, n'a rien d'abstrait dans mes discours et représente toujours une forme concrète vous verrez ces microbes jusque-là inoffensifs prendre possession de l'organisme... »

La diminution de résistance peut être causée par le chirurgien. Les incisions hachées, les dilacérations laissent des tissus effilochés qui se défendent mal. Un lambeau insuffisamment vascularisé est dans de mauvaises conditions de lutte.

D'autre part, les antiseptiques altèrent les cellules, et, comme en se combinant aux humeurs, ils perdent presque tout leur pouvoir, dans certains cas ils favorisent l'infection qu'ils sont destinés à combattre. Cette notion n'est pas communément acceptée et parce qu'elle m'est très chère et que toute polémique serait ici déplacée, je passe.

Cependant, il est impossible de ne pas dire que la terrible expérience de la guerre a montré l'impuissance des antiseptiques et de ne pas ajouter que, si au lieu de chercher à triompher de l'infection des plaies par des moyens chimiques, on avait suivi, je ne dis pas seulement l'esprit de la méthode pastorienne. mais l'enseignement littéral du grand homme, bien des morts auraient été évitées. Voici, en effet, ce qu'il a écrit en parlant des plaies infectées par le vibrion septique, l'un des agents de cette terrible gangrène gazeuse qui a décimé les blessés du début. « Mais que, dans de telles conditions, un seul caillot sanguin, un seul fragment de chair morte reste dans un coin de la plaie... et aussitôt les germes septiques donneront lieu, en moins de vingt-quatre heures, à une infinité de vibrions se régénérant par scission, capables d'engendrer une septicémie mortelle à bref délai. »

Ainsi il avait vu le rôle des tissus dévitalisés et il l'a exprimé si fortement que c'était commander aux chirurgiens de les réséquer. Cette pratique, qui a reçu divers noms n'a été appliquée que vers le milieu de 1915. Plusieurs chirurgiens y sont arrivés presque simultanément : les communications de Gaudier à la Société de chirurgie l'ont généralisée. Elle a transformé l'évolution des plaies. Des lésions qui, au début de la guerre, alors qu'on les traitait par l'abstention ou par l'antisepsie traînaient, lorsqu'elles n'amenaient pas la mort, pendant des semaines, des mois, laissant des fistules, des impotences, guérirent en dix ou douze jours quand elles furent traitées par la résection et sans laisser de séquelles. Cinq cent mille hommes blessés en 1918 sont retournés au combat avant l'armistice. En maintenant les effectifs, les chirurgiens français ont contribué à victoire, car nos ennemis n'étaient pas arrivés à la même perfection. Et comme nous n'avons fait qu'appliquer l'enseignement de Pasteur, on pourrait paraphrasant le titre célèbre donné par Guibert de Nogent aux chroniques des croisades, intituler cette épopée chirurgicale *Gesta Pastoris per chirurgicos*.

Les merveilleux progrès que j'ai résumés dérivent d'une partie seulement des découvertes de Pasteur. Elle suffirait à immortaliser le nom d'un homme. Cependant ce n'est pas celles qui lui a valu la gloire, la popularité dont la fin de sa vie a été bercée.

Ayant démontré que la bactéridie charbonneuse découverte par Davaine est la cause du charbon, que le bacille qu'il a découvert est la cause du choléra

des poules, il est hanté par une idée unique : Guérir.

C'est un côté saisissant du génie de Pasteur. La spéculation ne l'intéresse pas. Sa sensibilité est aussi vive que son esprit est puissant. Pour satisfaire à la fois l'une et l'autre, il lui faut des réalisations bienfaisantes. Etre utile est un besoin de sa sensibilité et il applique tout son génie à le satisfaire.

Dans un furoncle dont était atteint Duclaux, il découvre un microbe qu'il retrouve dans le pus d'une ostéomyélite : il découvre un autre microbe chez une femme atteinte d'infection puerpérale. Ces microbes qui jouent un si grand rôle dans la pathologie humaine, le staphylocoque et le streptocoque il n'a même pas pris la peine de les baptiser.

Un jeune micrographe vient lui dire qu'un microbe qu'il a pris pour un coccus est un petit bacille. « Si vous saviez combien cela m'est égal », lui répond-il.

Et l'on comprend sa magnifique indifférence pour des petites questions de nomenclature et de morphologie, quand on songe à la grandeur et à la fécondité des problèmes qui le hantent.

Il a prouvé que des maladies considérées comme spontanées sont causées par des microbes. On connaît d'autres maladies dont les manifestations sont du même ordre, on les appelle virulentes. Elles ont un caractère particulier : elles ne récidivent pas. Une première atteinte confère une immunité durable et l'on sait préserver de l'une d'elles, la plus terrible, la variole.

Si les maladies produites par les microbes confèrent elles aussi l'immunité, on doit pouvoir les préserver comme on préserve de la variole.

Produire une immunité artificielle contre les maladies produites par les microbes, voilà le programme titanesque que s'impose Pasteur. Entouré de ses fidèles disciples, Thuillier, Joubert, Chamberland, Roux, il entreprend de le réaliser. Que devait être l'état d'esprit, l'énivrement de ce petit cénacle où sans thaumaturgie, par des moyens scientifiques, on a fait plus de prodiges que n'en a vu le berceau d'aucune religion.

Car ce programme, Pasteur l'a réalisé.

C'est si prodigieux que lorsqu'il annonce ses premiers résultats un de ses collègues ne peut s'empêcher de dire : « Il y a un peu de roman dans tout cela ». Si l'on entend par roman les productions où l'imagination joue un grand rôle, l'œuvre de Pasteur en est remplie. Mais si l'on réserve le nom de roman aux fictions, l'œuvre de Pasteur n'en contient pas trace, car tout y est réalisé.

Comment il a constaté que le charbon et le choléra des poules ne récidivent pas, comment il a atténué la virulence des microbes pour en faire des vaccins et ainsi transformé nos ennemis en alliés — ce n'est pas à moi de le dire. — Je ne puis cependant passer sous silence la question des vaccinations, car je revendique pour les chirurgiens l'honneur de vacciner.

Entre le vaccin jennerien et le vaccin pastorien, la différence est grande. La vaccine nous est fournie par la nature : c'est le savant qui prépare le vaccin pastorien. Quel progrès ! Quelles possibilités n'ouvre-t-il pas ?

Nous savons opérer un malade sans l'infecter : nous savons traiter les plaies accidentelles récentes, de façon à empêcher les microbes de s'y développer. En somme, nous savons prévenir l'infection, mais nous sommes bien moins armés contre l'infection en évolution.

Si l'on ne peut atteindre sûrement les microbes — je ne dis pas les protozoaires — dans les tissus par les antiseptiques, il ne nous reste qu'un moyen : augmenter la résistance de l'organisme.

Peut-on, en modifiant la teneur des humeurs en sels ou en ions, accroître l'activité des cellules qui sont les meilleurs agents de la lutte contre les microbes ? Je le crois, mais je n'insiste pas, car jusqu'ici cette question n'a pas paru intéresser mes collègues autant qu'elle m'intéresse moi-même.

Le grand moyen d'augmenter la résistance d'un organisme contre les microbes, c'est la vaccination.

Les microbes contre lesquels les chirurgiens ont le plus souvent à lutter, sont les pyogènes. La propriété de produire du pus n'a d'ailleurs rien de spécifique. Les pyogènes habituels engendrent souvent des infections générales. Les microbes des infections générales peuvent devenir pyogènes.

La vaccination contre les pyogènes présente des difficultés particulières. La guérison particulière des lésions qu'ils produisent est due à un processus qui est bien de l'ordre des vaccinations : c'est une augmentation de résistance, mais, comme je l'ai montré avec Fiessinger au cours de la guerre, l'augmentation de résistance est locale. Le sérum ne contient pas d'anticorps, tandis que les excrétions de la plaie deviennent bactéricies.

La vaccination antipyogène a d'abord été orientée vers les autovaccins parce que l'on admettait l'étroite spécificité des réactions vaccinales, conception qui paraît un peu surprenante. Quand on songe que de toutes les vaccinations, c'est encore celle qui a rendu le plus de services à l'humanité, et que, même pour les unicistes, la vaccine est plus différente de la variole que ne le sont, l'un de l'autre, deux streptocoques ou deux staphylocoques.

Je suis mal à l'aise pour parler de ces questions, car j'ai préparé des vaccins et je m'efforce depuis dix ans de faire entrer la vaccination dans la pratique courante de la chirurgie. Aussi je ne dirai rien ni du choix de la souche, ni de la préparation du vaccin, ni de la quantité de microbes qu'il convient d'injecter, ni de l'avantage ou des inconvénients qu'il y a employer le milieu où les microbes ont vécu, ni de la variation négative que je n'ai jamais observée, ni du rôle du choc protéique dans les résultats si rapides que l'on obtient habituellement, choc que l'on peut augmenter en ajoutant aux pyogènes des cultures d'un microbe dont les sécrétions ont une action protéolytique, ni des effets vraiment vaccinaux. Je me bornerai à des indications sommaires sur les résultats que j'ai bien souvent observés.

Les vaccinations préventives préopératoires ont de réels avantages.

La vaccinothérapie des affections locales, furoncles anthrax, abcès, phlegmons, adénites est très efficace.

Quand les microbes pénètrent dans le sang sans y coloniser pour aller produire à distance des abcès dits métastatiques, la vaccinothérapie peut encore avoir une action.

Quand les microbes colonisent dans le sang, quand il y a bacillémie permanente, la vaccinothérapie me semble inefficace. Mais les résultats qu'obtiennent les vétérinaires contre le rouget des porcs, contre la peste bovine par l'association de la sérothérapie à la vaccinothérapie permet d'espérer mieux de l'avenir.

La sérothérapie est basée snr certaines propriétés acquises par les animaux artificiellement immunisés. Pour y arriver, il fallait donc savoir vacciner, et c'est Pasteur qui nous a appris à le faire. Mais il

fallait aussi connaître certaines réactions d'immunité que Pasteur n'a point découvertes. Il était bien plus préoccupé de produire l'immunité que de l'expliquer.

Un animal réagit à la vaccination en produisant des anticorps. Par une véritable adaptation lamarkienne, il en produit plus qu'il ne lui en faut, de telle sorte que l'on peut les recueillir dans son sang, les conserver pour les injecter à ceux qui en ont besoin.

Un sérum thérapeutique, c'est de l'immunité en bouteille. La sérothérapie consiste à conférer à un sujet l'immunité fabriquée à un autre. Son action est très rapide, c'est son avantage; elle est de peu de durée, c'est son inconvénient.

On prépare beaucoup de sérums thérapeutiques. Tous n'ont pas fait leurs preuves. Il en est deux qui rendent de grands services en chirurgie.

La sérothérapie antitétanique est née des travaux de Behring et Kitavato, de Roux et Vaillard. Par une singulière fortune, elle a été employée d'abord dans le cas où elle est impuissante. « Il nous faut renoncer, disait Nocard en 1895, au moins pour le moment, à l'espoir de guérir le tétanos déclaré. » Le sérum antitétanique n'est pas curateur. Quand la toxine tétanique s'est fixée sur les cellules nerveuses pour former le complexe qui déchaîne les symptômes, elle ne peut plus être atteinte par les antitoxines du sérum. Et cependant on lui demandait de guérir le tétanos confirmé. Tout ce qu'elle peut faire dans ce cas c'est de neutraliser les décharges toxiques qui viennent du foyer traumatique et de permettre au malade de guérir si la quantité de toxine déjà fixée sur les centres nerveux n'est pas suffisante pour le tuer. C'est un avantage qui n'est pas négligeable.

A titre préventif, elle est efficace. Dans les services où l'on emploie des doses suffisantes, où l'on suit la règle formulée par Nocard, en 1895, de « répéter l'injection deux ou trois fois à huit jours d'intervalle », on ne voit plus de tétanos que ceux qui viennent du dehors. La comparaison que l'on a malheureusement pu faire au cours de la guerre, entre la période où l'on a manqué de sérum et celle où l'on a injecté en quantité suffisante, ne peut laisser aucun doute sur l'efficacité de la méthode.

La sérothérapie antigangréneuse, ébauchée dans le sérum polyvalent de Leclainche et Vallée, a été perfectionnée au cours de la guerre. Les travaux de Sarépie, de Vincent et Etvendel, surtout de Weinberg et de ses collaborateurs, en ont fait une arme précieuse. Elle a rendu de grands services aux blessés. Elle doit survivre à la guerre, non seulement pour les traumatismes accidentels, mais à titre préventif pour les opérations qui portent sur des cavités naturelles très septiques, à titre curatif pour les phlegmons gangréneux péribuccaux, périrectaux, périurétraux.

Nous ne sommes point au bout des idées de Pasteur applicables à la chirurgie.

Il avait vu le rôle des associations microbiennes. Le plus souvent néfastes, elles sont parfois bienfaisantes. « On peut, a écrit Pasteur, introduire à profusion dans un animal la bactéridie charbonneuse sans que celui-ci contracte le tétanos. Il suffit qu'au liquide d'inoculation on ait associé des bactéridies communes. » C'est l'aurore de la bactériothérapie, dont le jour n'est pas encore arrivé.

N'est-il pas possible d'acclimater un microbe à peu près inoffensif dans une plaie infectée par un microbe très dangereux et d'empêcher par le développement de l'un la prolifération de l'autre. Il y a des raisons de penser que si on réussissait à ensemencer de pyocyanique une plaie infectée par le streptocoque, on troublerait, pour le plus grand bien du malade, l'évolution de ce dernier. J'ai tenté cette substitution, et bien que je n'aie pas pleinement réussi je pense qu'il y a intérêt à persévérer dans cette voie.

La thérapeutique de la rage est une des œuvres les plus géniales de Pasteur. Il entreprend d'empêcher la rage de se développer chez les malheureux mordus par des animaux enragés. La première condition pour préparer un vaccin c'est de connaître le microbe. Pasteur cherche le microbe de la rage et ne le trouve pas. Tout autre aurait abandonné l'entreprise. Il persévère. On savait que la substance nerveuse d'un animal enragé est virulente. Roux inocule par trépanation la pulpe cérébrale rabique à un animal sain. L'animal devient enragé. On a donc un moyen de cultiver l'agent pathogène sans le connaître. C'est plus compliqué de l'ensemencer dans la substance nerveuse vivante que dans un milieu artificiel, mais c'est aussi sûr. Pasteur applique aux centres nerveux un traitement analogue à celui qui lui a réussi pour les bouillons de culture et il obtient un vaccin efficace.

Cet exemple ne pourrait-il être suivi. Ne pourrait-on préparer des vaccins avec les tissus infectés par des microbes inconnus. J'ai essayé pour ces adénites actuellement à l'étude, dont nous ne savons guère qu'une chose : c'est qu'elles ne sont pas tuberculeuses. Des difficultés techniques m'ont empêché de conduire l'expérience jusqu'au bout. Pour appliquer toutes les idées de Pasteur il nous faudrait de meilleurs laboratoires et plus de collaborateurs que nous n'en avons.

Nous chirurgiens, comme artisans, comme biologistes, nous ne pouvons agir efficacement que sous l'influence et la discipline pastorienne.

Comme artisans, il faut que nous exécutions ou évitions quantité de gestes commandés ou interdits par les doctrines pastoriennes; il faut que nous le fassions rapidement, instantanément dans bien des cas, sans y penser, il faut que nous ayons acquis des réflexes pastoriens.

Comme biologistes, pour faire des progrès dans la lutte contre l'infection, c'est toujours des découvertes de Pasteur qu'il faut partir.

Son œuvre est tout imprégnée et comme succulente de bonté. Elle porte la double empreinte de son cerveau merveilleux et de son cœur, dont Roux nous a révélé l'infinie tendresse. C'est ce qui l'a rendue si bienfaisante. Personne n'a fait comme lui reculer la maladie et la mort. Il est le bienfaiteur.

Sa gloire n'a d'égale que celle des grands conquérants, mais elle est édifiée sur des bienfaits, ce qui donne la satisfaction délicieuse et profonde de mêler à une admiration sans borne une reconnaissance sans égale.

Après 1870, Pasteur a fait remarquer que si la science n'a pas de patrie, les savants en ont une. Félicitons-nous que la sienne soit la nôtre.

Dans ce patrimoine riche et complexe dont nous sommes si justement fiers et que synthétise le mot Patrie, les hommes de génie tiennent une place prépondérante. Leur gloire rayonne sur chacun de nous et nous grandit un peu. Pour les étrangers, un Français représente bien des idées nobles et généreuses. Pour ceux qui consacrent leur vie à guérir, un Français est d'abord un compatriote de Pasteur.

LIVRES NOUVEAUX

Œuvres de Pasteur (1),
publiées par M. PASTEUR VALLERY-RADOT,
médecin des hôpitaux de Paris.

Dans une pieuse pensée de vénération envers son illustre aïeul, M. Pasteur Vallery-Radot a entrepris la publication des œuvres complètes de Pasteur.

Les deux premiers volumes viennent de faire leur apparition au moment même de la célébration du centenaire, et ce ne sera pas l'hommage le moins touchant rendu à la grande mémoire.

Les travaux de Pasteur n'avaient jamais été réunis. Comme le dit M. Pasteur Vallery-Radot dans son *avant-propos*, « ils étaient épars dans les comptes rendus de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, dans des revues et des journaux scientifiques; seules, les études sur le vin, sur la bière et sur les maladies des vers à soie avaient été réunies en volumes ».

M. Pasteur Vallery-Radot a rassemblé ces travaux et les a classés en six étapes : *la dyssimétrie moléculaire; les fermentations et les générations dites spontanées; les études sur le vinaigre et sur le vin; la maladie des vers à soie; les études sur la bière; les maladies virulentes et les virus-vaccins.* (La dyssimétrie moléculaire constituera le tome I; les fermentations et les générations dites spontanées, le tome II; les études sur le vinaigre et le vin, le tome III; les études sur les maladies des vers à soie, le tome IV; les études sur la bière, le tome V; les maladies virulentes, les virus-vaccins et la prophylaxie de la rage, le tome VI; enfin le tome VII sera consacré aux mélanges scientifiques et littéraires).

L'ordre adopté pour chaque série de travaux a été l'ordre chronologique, afin que pût être suivie très exactement l'évolution de Pasteur.

« Ces notes, ces leçons et ces mémoires rassemblés », écrit, en terminant, M. Pasteur Vallery-Radot, « montrent l'immensité de l'œuvre et son unité. Par un enchaînement de faits, de raisonnements et d'expériences, Pasteur fut conduit de la dissymétrie moléculaire aux fermentations, puis à l'étude des générations dites spontanées, enfin aux maladies transmissibles, aux virus-vaccins et à la prophylaxie de la rage.

Tous ces travaux manifestent l'ampleur de la révolution accomplie par Pasteur dans les sciences biologiques. »

(1) *Œuvres de Pasteur*. — Les *Œuvres de Pasteur* seront complètes en 7 volumes, in-8 jésus, qui paraîtront successivement. Le prix de chaque volume sera fixé au moment de sa publication et d'après son importance. Chaque volume se vendra séparément. — Vient de paraître : Tome I. *Dissymétrie moléculaire*. 1 volume de 480 pages avec nombreuses figures dans le texte et 1 portrait hors texte représentant Pasteur dans son laboratoire. Prix : 50 fr.; — Tome II *Fermentations et générations dites spontanées*. 1 volume de 660 pages avec nombreuses figures dans le texte. Prix : 65 fr. — Paris, Masson et Cie.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENTS DU TRAVAIL

UNE RÉCENTE AFFAIRE DE COUR D'ASSISES

On a lu, tout récemment, dans les journaux quotidiens, cette affaire qui s'est déroulée devant la Cour d'assises de la Seine et où un ouvrier, atteint d'une infirmité permanente, commit un meurtre dans des conditions particulières.

Travaillant dans une compagnie d'électricité, M... avait été victime, en 1921, d'un accident grave : sa main avait été serrée dans un laminoir, son bras avait suivi, happé par la machine qui lui broya le membre. L'amputation du bras fut pratiquée ; et le médecin-légiste qui examina M... déclara que la blessure ne devait jamais être guérie définitivement, des ulcérations devant se produire continuellement.

Victime d'un accident du travail, M... toucha, conformément à la loi du 9 avril 1898, le demi-salaire ; puis, quand la blessure fut consolidée, il reçut non plus ce demi-salaire, mais une rente, en raison du caractère permanent de l'incapacité ; cette rente était de 100 francs par mois.

C'est le chef du contentieux de la Compagnie qui annonça à M... qu'il n'avait plus à toucher de cette dernière que cette rente. D'après les circonstances de la cause, celui-ci, qui avait à sa charge une mère impotente, se vit jeté dans la misère par une cause indépendante de sa volonté; il acheta un révolver, attendit la sortie des ouvriers et, apercevant le chef du contentieux, tira sur lui et le blessa mortellement.

Il fut poursuivi devant la Cour d'assises de la Seine pour meurtre. Le jury l'acquitta.

Ce drame est profondément triste à quelque point de vue qu'on se place.

D'abord, vis-à-vis de la malheureuse victime du meurtre; ce chef de contentieux était un employé qui n'avait fait qu'appliquer les dispositions de la loi, conformément aux instructions qu'il avait reçues. Il n'avait aucune responsabilité.

Ensuite, vis-à-vis de l'ouvrier; il est bien certain que la situation de cet homme, infirme pour la vie, était digne de pitié : dans l'état où il se trouvait, la misère paraissait le guetter. Mais son meurtre lui créait-elle une situation différente ?

A qui donc peut revenir la responsabilité d'un drame de ce genre ? On a répondu : les lacunes, l'insuffisance, les imperfections de la loi du 9 avril 1898 qui n'accorde que des indemnités ou rentes dérisoires, étant donné surtout l'époque où nous vivons.

Assurément, la loi de 1898, au moment où elle est apparue, a été un grand progrès sur la législation antérieure. Elle a considéré, à juste titre, que l'accident survenu au cours ou à l'occasion du travail était un fait juridique spécial, un risque provenant du travail lui-même, constituant un des effets de ce travail; elle a écarté la faute, sauf cependant dans le cas où la faute est inexcusable. Dès lors, c'est à celui qui fournissait le travail, qu'incombait la charge de réparer les conséquences ds l'accident.

Comment le législateur a-t-il conçu cette réparation ? Il a admis le principe du forfait, après de nombreuses discussions; ce principe a été l'effet d'une transaction. On a pensé que l'ouvrier ne pouvait pas toucher autant après qu'avant l'accident : ne travaillant plus ou travaillant moins, il ne pouvait pas recevoir la même chose que pour un travail normal ; c'eût été contraire à la morale. Puis on a considéré que l'ouvrier était intéressé aux destinées de l'entreprise, il en faisait partie; dès lors, il devait participer au risque inhérent à cette entreprise, à tous les aléas qu'elle comportait.

Ce principe du forfait est-il juste? C'est la question que maintes personnes se posent; et de nombreuses critiques sont formulées contre lui. L'une d'elles — elle est sérieuse — consiste à dire que l'ouvrier ne fait nullement partie de l'entreprise, car si celle-ci est prospère, il ne recevra jamais que son salaire; et si elle fait de mauvaises affaires ou faillite, il sera remercié.

On peut répondre à la première critique qu'on tend à faire profiter l'ouvrier de la prospérité de l'entreprise; on connaît à cet égard la création par la loi de ce qu'elle appelle les actions de travail. A la seconde, on peut dire que lorsque le patron fait de mauvaises affaires, il est obligé d'emprunter, ce qui est une lourde charge, ou bien il perd tout.

Le législateur s'est aperçu de l'insuffisance de la loi de 1898. En effet, il a voté des lois étendant la législation sur les accidents du travail : à l'origine, la loi de 1898 ne s'appliquait qu'aux travailleurs de l'industrie ; elle fut étendue aux travailleurs agricoles, puis, en 1906, elle s'appliqua aux entreprises commerciales. La loi du 25 octobre 1919 étendit à certaines maladies professionnelles la loi de 1898 ; cette loi considère comme maladies professionnelles les affections aiguës ou chroniques, mentionnées dans des tableaux annexés à la loi; leur nomenclature peut être augmentée.

La loi du 9 avril 1898 qui a été, à l'époque de son apparition, un grand progrès, a besoin d'être examinée de nouveau et étendue. La question est à l'ordre du jour.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES POUR L'INTERNAT

RUPTURES TRAUMATIQUES DE L'URÈTRE [1]

Symptômes. — *A.* Urètre pénien. — Les ruptures de l'urètre pénien se manifestent en général par une symptomatologie tellement atténuée qu'elles passent souvent inaperçues et sont soupçonnées rétrospectivement en présence du rétrécissement qui en résulte.

1° *Douleur.* — Parfois très vive et syncopale dans les ruptures au cours du coït, elle s'atténue rapidement et disparaît presque complètement; elle est cependant très discrète.

2° *Urétrorragie.* — C'est le signe le plus constant; il manque cependant dans les ruptures interstitielles; tantôt elle est discrète, réduite à quelques gouttes dans l'intervalle des mictions; tantôt elle est plus abondante, continue, augmentée par les efforts et la miction.

3° *Troubles de la miction.* — La rétention est exceptionnelle; parfois il existe au début un peu de dysurie.

4° *Examen physique.* — On observe parfois un *gonflement urétral* à l'angle péno-scrotal et, dans les jours qui suivent, l'apparition d'une *ecchymose* vient confirmer l'existence de la lésion.

Evolution. — En quelques jours, tout rentre dans l'ordre, mais le sujet présentera obligatoirement par la suite un rétrécissement.

Exceptionnellement, il peut se produire de l'infection du foyer contus.

B. Urètre périnéal. — Ces cas légers peuvent être aussi discrets que les ruptures de l'urètre pénien; mais habituellement les lésions sont totales et complètes et la symptomatologie est fortement accentuée. On est en présence d'un malade qui, au cours d'un accident, a ressenti une douleur extrêmement vive, syncopale, aussitôt suivie de l'apparition de l'urétrorragie. Transporté à l'hôpital on l'examine, et :

1° Il ressent une violente *douleur* au niveau du périnée.

2° L'*urétrorragie* est *continue* généralement; elle a apparu sitôt après le traumatisme; parfois elle est intermittente, si des caillots se forment au niveau de l'urètre.

3° La *tuméfaction périnéale* est de volume variable; parfois peu marquée, si la gaine fibreuse du bulbe a résisté; elle est au contraire très importante, en cas de lésion de cette dernière, le sang envahissant tous les plans anatomiques.

4° La *rétention d'urine* est ici presque la règle; dans quelques cas le sujet arrive à vider sa vessie au prix d'efforts et de douleurs violentes; plus souvent la *rétention* est *complète* commandant une intervention active et éclairée, car c'est elle qui par ses douleurs intolérables oblige les plus négligents à consulter; chez les sujets qui peuvent encore uriner, on peut au bout de quelques jours voir se former au périnée une tuméfaction de plus en plus considérable, véritable poche urineuse. Cette poche peut s'infecter primitivement ou secondairement amenant la production des abcès urineux ou de l'infiltration d'urine.

Evolution. — Si l'évolution est *aseptique*, le sujet court au rétrécissement; si l'évolution est septique, c'est soit l'infiltration d'urine, véritable phlegmon diffus périmitral, soit l'abcès urineux, abcès périmitral avec comme séquelle la fistule urinaire.

C. Urètre membraneux. — La découverte de la lésion urétrale n'est ici que secondaire; on est en présence d'un grand traumatisé du bassin chez qui l'apparition d'une *urétrorragie* discrète peut faire soupçonner la lésion; mais c'est surtout la *rétention d'urine* qui précise les faits ainsi que l'apparition tardive d'une *ecchymose périanale.*

En somme, le véritable symptôme c'est la rétention d'urine.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 99, p. 1620.

Evolution. — C'est celle de la rupture de l'urètre périnéal, les lésions osseuses mises à part.

Formes cliniques. — 1° Chez la femme, la RUPTURE est exceptionnelle ; néanmoins on l'a signalée après un accouchement laborieux; elle se traduit par une urétrorragie discrète, souvent inaperçue, et c'est beaucoup plus souvent le rétrécissement secondaire qui la fait soupçonner.

2° FORMES COMPLIQUÉES DE RUPTURES DES CORPS CAVERNEUX. — Les ruptures de l'urètre pénien au cours de l'érection peuvent s'accompagner de ruptures des corps caverneux; la lésion est grave au point de vue fonctionnel, car elle entraîne la perte de l'érection ou tout au moins des troubles graves de cette fonction.

Diagnostic. — Il est *évident* dans les cas où à la douleur succèdent l'urétrorragie, la tuméfaction périnéale et la rétention d'urine; mais dans les cas discrets où l'urétrorragie est minime ou nulle, où la tuméfaction périnéale est insignifiante, le sujet ne songe parfois même pas à consulter un médecin, et ce n'est qu'à propos du rétrécissement ultérieur qu'on reconstitue l'histoire du malade.

Le diagnostic n'est vraiment délicat qu'en présence d'une fracture du bassin. Le sujet a eu un violent traumatisme; il présente des signes de fracture du bassin; la rétention d'urine se précise faisant soupçonner une lésion urinaire, et cependant l'urétrorragie est insignifiante. S'agit-il d'une rupture de l'urètre, s'agit-il d'une lésion vésicale?

L'examen clinique peut parfois lever les hésitations en permettant par la palpation ou le toucher rectal de déceler l'existence d'un globe vésical; mais parfois le sujet est obèse, il présente de la contracture de la paroi et l'état de plénitude ou de vacuité de la vessie est impossible à préciser.

On fera alors le cathétérisme de l'urètre comme temps préliminaire de l'intervention, et alors ou le cathétérisme est possible et ne ramène pas d'urine, il y a rupture de la vessie, ou bien le cathétérisme est possible et ramène de l'urine, ou bien encore il est impossible et c'est la rupture de l'urètre qui est en cause.

Pronostic. — Le pronostic *immédiat* de la rupture de l'urètre est sérieux, lorsque la lésion porte sur l'urètre périnéal ou membraneux; cependant la mort est exceptionnelle aujourd'hui quand la lésion est traitée. Seules les lésions concomitantes peuvent entraîner la mort ou la suppuration prolongée chez des sujets débilités ou surmenés.

Le pronostic *tardif* est assez sombre; la rupture aboutit fatalement à la production d'un *rétrécissement* au niveau de la portion pénienne ou périnéale. Au niveau de l'urètre membraneux, par contre, le rétrécissement est rare, mais on observe des *décalages* qui laissent à leur suite de la gêne de la miction. Enfin, la cure de ces lésions peut laisser persister des *fistules* urinaires fort difficiles à traiter.

Traitement. — *A.* PÉRIODE IMMÉDIATE. — 1° Si le *malade peut uriner*, il ne faut *pas faire d'exploration*; la guérison suit son cours et à la période de cicatrisation on essaiera de traiter préventivement par des dilatations le rétrécissement ultérieur; si le rétrécissement survient, on interviendra dans de bonnes conditions sur des tissus non contus et non infiltrés de sang.

En cas d'*hémorragie* inquiétante, en cas d'*hématome considérable*, en cas d'*infection*, il faudra intervenir suivant les règles désignées plus loin.

En cas de rupture de la région pénienne et d'hémorragie, on placera une *sonde à demeure* et on fera un pansement compressif de la verge.

2° Si le blessé ne peut uriner, la conduite à tenir est différente suivant les conditions dans lesquelles on se trouve.

α. *Dans un milieu chirurgical défavorable.* — *a.* On tentera le *cathétérisme* avec l'asepsie la plus minutieuse et on laissera la sonde à demeure en la changeant de temps à autre.

Si tout se passe bien, on diffère jusqu'à l'apparition du rétrécissement qu'on enverra dans un service spécial pour être traité.

Si des complications surviennent, hématome considérable, infection, on incisera le foyer sanguin ou purulent.

b. Si le *cathétérisme est impossible*, on fait la *ponction* de la vessie et on la répète suivant les besoins.

Si l'on peut, on fait la cystostomie, de même si le sujet n'est pas en état de supporter une opération plus importante.

β. *Dans un milieu chirurgical favorable.* — On fera l'*urétrorraphie après cystostomie sus-pubienne.* — La cystostomie constitue le premier temps. Quant à l'urétrorraphie, on peut la faire dans la même séance opératoire, ou bien différer de quelques jours, comme le conseille actuellement M. Marion; la suture urétrale est non plus primitive, mais secondaire; on la pratique dans un foyer à sec, après résorption du sang et les chances d'infection sont ainsi diminuées.

On fait le cathétérisme rétrograde, on met une sonde dans le bout antérieur de l'urètre, et le foyer de rupture ainsi repéré on incise le périnée et on procède à la découverte des deux bouts du canal: avivement des deux bouts, suture du canal sur la sonde avec fils d'appuis pour éviter la traction des fils de suture, suture des parties molles, retrait de la sonde et dérivation de l'urine par l'orifice de cystostomie.

Suites opératoires. — La dérivation hypogastrique est supprimée vers le quinzième jour et la sonde urétrale est mise en place et laissée jusqu'à la fermeture de la fistule pubienne, ce qui demande trois à quatre jours.

B. PÉRIODE SECONDAIRE. — Si on se trouve, par suite de la négligence du malade, en présence d'un abcès urineux ou d'une infiltration d'urine, on fera l'incision périnéale combinée à la cystostomie.

C. PÉRIODE TARDIVE. — Les séquelles, rétrécissements, fistules, seront traitées suivant les règles habituelles : le rétrécissement par résection suivie d'urétrorraphie, après cystostomie bien entendu; la fistule par la fermeture de l'urètre après cystostomie.

BIBLIOGRAPHIE. — MARION. *Traité d'urologie.* — LEGUEU. *Traité d'urologie*; *Manuel de pathologie externe*, t. IV. — MASMONTEIL. Revue générale, in *Gaz. des hôpit.*, 17 mai 1919.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN D'IMP. ET D'ÉDIT. 17, RUE CASSETTE.



Ce numéro contient les Tables *et les* Titres *pour l'année 1922.*

Nº 103. — SAMEDI 30 DÉC. 1922. 95e ANNEE. SAMEDI 30 DÉC. 1922. — Nº 103.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 25 francs par an.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 30 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Gobelins* 19-52

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hopitaux de Paris. — Concours de l'internat. — Nous avons publié dans le dernier numéro une liste erronée des candidats admis à l'épreuve orale du concours de l'internat; cette liste nous avait été communiquée, par une erreur regrettable, dans des conditions telles que nous ne pouvions suspecter son authenticité.

Nous publions ci-dessous la liste *exacte* des candidats admissibles à cette épreuve :

1. MM. Ackermann, Armingeat, Arrivot, Arviset, Auger, Azerad, Baillis, Baize, Banzet, Barbaro,

11. Bariéty, Barret, Bartet, Bascouret, Mlle Baudry, MM. Béclère, Benda, Berson (Pierre), Berthier, Besançon.

21. Biancani-Dusergio, Bidoire, Billard, Blanchaud (de), Blondel, Blondin, Blum (Gaston), Blum (Jean), Bodin, Bohn,

31. Boltanski, Bouillie, Bourdillon, Bourdon, Bourgeois (Jean), Bourgeois (Pierre), Bouthillier, Boyer, Breget, Breuillé.

41. Bureau, Burgeat, Cahen (Pierre), Callégari, Carrega, Castéran, Cayla, Célice, Chabrun, Christophe,

51. Coffin, Cohen, Comet, Constant, Couturat, Mlle Cros, MM. Dalsace, Darquier, David, Debray,

61. Decourt, Delafontaine, Delage, Delalande, Denis, Derieux, Derocque, Mlle Deschamps, MM. Descharmes, Desprairies.

71. Dessaint, Destouches, Diamantberger, Digonnet, Dolfus, Mlle Dreyfus-Sée, MM. Ducourtioux, Ducuing, Duhamel, Dumas.

81. Durand (Paul), Duval, Ebrard, Escalier, Faure, Ferey, Ferru, Ferre, Fleury, Fortier,

91. Froyez, Fumery, Gallot, Garcin, Garnier, Gauthier, Georges (Paul), Ghouila-Houri, Girard, Grandperrin,

101. Mlle Gricouroff, MM. Guérin (Maurice), Hamburger (Maurice), Harburger (Michel), Haye, Huard, Hudelo, Huet (Léon), Huet (Pierre), Huguenin,

111. Hurez, Hyvert, Imber (Alexandre), Iselin, Jacquet, Jany, Jondeau, Jonesco, Kalt, Kanony,

121. Kaplan, Kesseler, Krief, Lacassie, Laffitte, Lafon, Lamy, Lapeyre, Launay, Layani,

131. Le Blay, Leboucher, Lechaux, Lecœur, Lefèvre (Bernard), Leflaive, Lejard, Leloup, Lemaire, Lemière,

141. Lepaumier, Lerond, Levassor, Lévy (Jean), Lévy (Maurice), Lévy (Robert), Leydet, Lieutaud, Limouzin-Lamothe, Longchampt,

151. Louvel, Maduro, Magdelaine, Marassi, Martin (Félix), Martin (René), Marty, Monvoisin, Mayer (Charles), Mayer (Maurice),

161. Mazial, Meignant, Meillère, Ménégaux, Mer, Merle-Daubigné, Meyer-May, Michaux, Mollaret, Moreaux,

171. Morlaas, Moussoir, Nativelle, Naveau, Mlles Nicolle et Odier, MM. Olry, Panis, Pannier, Parfonry,

181. Pascal, Patel, Pelissier, Peretti della Rocca (de), Petrignani, Peynet, Pierrot, Poulin (André), Prévost, Py,

191. Raoul, Redon, Renard, Renault, Ripert, Robert (Paul), Rosier, Rouillet, Sabadini, Samsoen,

201. Scemla, Seguy, Seligman (Pierre), Seligmann (Emile), Mlle de Sèze, MM. Tambareau, Thiolat, Thomas, Thurel, Mlle Tisserand,

211. MM. Triboulet, Troemé, Vadder (de), Valat, Vanbockstael, Vanheuverswyn, Verger-Honta, Viallard, Vincent (Armand), Wahl,

221. Wallich, Weill (Robert), Widiez, Willot, Mlle Wolff.

Faculté de médecine de Paris. — Le doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est autorisé, par décret du 16 décembre 1922, à accepter au nom de cet établissement le legs fait à ladite Faculté, par Mme de Rothschild, d'une somme de 50.000 francs dont le revenu annuel, représenté par une rente française 3 p. 100, sera remis « à deux étudiants pauvres de la Faculté de médecine, de préférence israélites ».

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — L'Assemblée générale du S. M. S. a eu lieu le 10 décembre, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Dans son compte rendu, le secrétaire général a insisté sur le travail fait par le Conseil d'administration qui a tenu en séances de Bureau, de Conseil ou de Commissions 72 réunions qui ont donné naissance à 25 rapports.

Tout en regrettant que les médecins de la Seine continuent à se désintéresser par trop des questions professionnelles, il a annoncé, par rapport à la date correspondant à celle de l'année dernière, une différence en plus de près de 300 membres. Comme réunion importante, il faut noter en décembre dernier, celle des délégués de tous les groupements professionnels médicaux de la Seine qui a tenu deux séances auxquelles ont assisté 30 délégués et dont l'objet était l'étude des propositions de la Préfecture pour l'organisation des Commissions de contrôle pour les soins aux bénéficiaires de la loi des pensions.

L'adhésion à la C. T. I. qui avait été déjà ajournée il y a deux ans, l'a été de nouveau,

Ensuite, elle a adopté le texte provisoire d'un projet de décret concernant le statut particulier des médecins de complément (recrutement, instruction, avancement, affectations, mobilisation, citation, utilisation des compétences, etc.).

Puis, l'Assemblée s'occupe de l'organisation des Commissions de contrôle : la Préfecture en propose quatre, l'Assemblée en demande six. Elle émet le vœu proposé par un de ses membres que les secrétaires de Commission soient de préférence des médecins réformés de guerre.

L'Assemblée aborde la grosse question qui a retenu la majeure partie de la séance : *Le contrat collectif avec tiers payant.* La question a été très clairement posée par le secrétaire général en la dégageant de tout espèce de considérant : dans un premier système, il y a un contrat collectif entre le syndicat et les caisses; ce sont les caisses qui paient et non le malade; on peut prévoir un second système dans lequel le malade paie le médecin et se fait rembourser tout ou partie de sa note. Le vote se réduisait à voter pour ou contre le contrat collectif avec tiers payant. Le Conseil d'administration avait voté *contre.* L'Assemblée a confirmé ce vote.

La séance s'est terminée par les élections de 15 syndics titulaires et 5 suppléants, et de 4 candidats au Conseil de l'Union :

Par ordre des voix, ont été nommés :

Syndics : MM. Jayle, Descomps, Quidet, Sénéchal, Hartenberg, Cibrie, Fanton d'Andon, Milian, Rinuy, Estrada, Le Fur, Hartmann, Coldefy, Gérard, Sibut.

Suppléants : MM. Deguy, Philippe (Léopold), Kopp, Minot, Giron.

Candidats au Conseil d'administration de l'Union : MM. Jayle, Cibrie, Rinuy, Hartenberg.

CHRONIQUE

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le décret, qui vient de doter Marseille d'une Faculté de médecine, par transformation de son Ecole de plein exercice (1), n'est encore qu'une mesure préparatoire ; si la Faculté est établie, elle ne sera ouverte et ne fonctionnera que lorsque certaines conditions seront remplies : il s'agit d'exigences matérielles auxquelles il ne pourra être répondu avant de longs mois ; mais la bonne volonté des pouvoirs publics à Marseille est formelle ; grâce à la puissante action personnelle de M. le sénateur-maire docteur Flaissière, secondé par la ténacité de son adjoint, le professeur Victor Audibert et par celle du professeur Henri Alezais, directeur de l'Ecole de médecine, le nouveau décret marquera un pas en avant, non un temps d'arrêt dans l'œuvre à accomplir; on peut s'en rapporter à eux pour réaliser les conditions d'ouverture définitive de la nouvelle Faculté. Je note en passant du reste que celles qui ont été faites à la ville de Marseille dépassent de beaucoup la rigueur de celles qui furent exigées des autres villes de Facultés.

***

Au lendemain de la guerre de 1870, la France meurtrie, mais pleine de courage, comprit que l'une des causes de sa défaite était l'insuffisance des laboratoires et des moyens d'enseignement; elle n'hésita pas à créer trois nouvelles Facultés de médecine; celles de Lyon, de Bordeaux, de Lille vinrent s'ajouter à celles de Paris, de Montpellier et de Nancy (remplaçant Strasbourg), quelques années après furent créées la Faculté de Toulouse, puis celle d'Alger; enfin la victoire nous a rendu celle de Strasbourg. Il paraît bien que la guerre de 1914 aussi bien que celle de 1870 a prouvé la nécessité d'accroître nos moyens de recherche dans toutes les directions; on ne pouvait moins faire que de compléter l'œuvre déjà accomplie, en instituant un nouveau centre de haut enseignement médical; à ce seul point de vue, on peut dire que l'établissement de la Faculté de Marseille était une nécessité.

Mais on sait que la nouvelle Faculté avait un caractère un peu spécial; destinée à grandir dans une ville dont l'activité résume plus de la moitié des communications de la France avec ses colonies, elle devait nécessairement envisager un rôle de liaison entre ces dernières et les métropoles; l'enseignement de la médecine coloniale civile, déjà réalisé à Marseille depuis de longues années par l'initiative des pouvoirs publics, doit trouver dans la nouvelle Faculté les éléments nécessaires à son développement; elle puisera pour ce but les ressources précieuses dans l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales, qui fut ouverte dans le parc de Pharo plusieurs années avant la guerre; de cette collaboration naîtra certainement un mouvement scientifique précieux pour l'hygiène et le développement de nos colonies.

Il est permis d'envisager aussi une influence heureuse pour l'influence française à l'étranger; Marseille est le centre économique de tous les peuples qui occupent le littoral du proche Orient; ses lignes de navigation multiples les unissent à la France par l'intermédiaire de la grande cité phocéenne; notre pays se doit de conserver parmi ces peuples une prépondérance qui ne lui fut disputée — mais avec quelle ardeur — que dans les années qui précédèrent la guerre; — les pays germaniques firent l'effort nécessaire pour attirer à eux les étudiants qui constituaient l'élite de ces pays; ils n'y réussirent que trop. Nous devons lutter maintenant contre cette tendance; la Faculté de Marseille nous aidera puissamment dans cette tâche; il n'est pas douteux qu'en offrant à cette clientèle le haut enseignement médical, elle l'attirera sans peine. Les événements ont montré depuis longtemps cette vérité que les médecins sont les meilleurs des missionnaires laïques; nos futurs élèves étrangers nous en donneront certainement une preuve nouvelle.

***

Il y a place pour chacun, sous le ciel de France; que chacun, comme l'a si bien dit le ministre de l'Instruction publique, vise le but que lui désignent ses tendances et sa situation géographique et économique. L'Université de France deviendra ainsi un corps harmonieux et puissant, dont le développement secondera toujours davantage l'influence de la science française. Lyon et Marseille ne viennent-elles pas de donner un exemple à suivre en convenant d'une action conjuguée qui a fait de Lyon l'auxiliaire de Marseille dans son œuvre coloniale, tandis que Marseille a secondé de tous ses efforts le succès de la Foire de Lyon?

L. I.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1922, n° 98, p. 1585.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de pathologie médicale, par le docteur M. Journé. 1 vol. de 1.200 p. environ. — Prix, cartonné : 25 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Manuel d'éducation prophylactique contre les maladies vénériennes, publié sous la direction de MM. les docteurs Queyrat et Sicard de Plauzoles. In-8, 1922. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

PHLEGMON DIFFUS GANGRÉNEUX DU COU

SÉROTHÉRAPIE ANTIGANGRÉNEUSE. GUÉRISON

Par Fernand MASMONTEIL et Henri GROUGÉ.

Découverte pendant la guerre, la sérothérapie antigangréneuse a rendu les plus grands services à la fin de la campagne, mais ses indications dans la chirurgie civile et son application ne sont pas encore précisées. La question reste toujours pendante et tandis que certains lui accordent une valeur indiscutable et en font un large usage tant comme moyen prophylactique au cours de certaines interventions sur le tube digestif, que comme moyen curatif dans des affections gangréneuses (appendicites, vaginites, etc.), d'autres mettent en doute son efficacité. L'opinion médicale n'est pas encore fixée sur la valeur de ce procédé thérapeutique et il est utile que chacun apporte ses observations; c'est dans cet esprit que nous signalons ce cas qui se présente comme un succès magnifique de la sérothérapie antigangréneuse. Il s'agissait d'un volumineux phlegmon du cou ayant envahi en moins de quarante-huit heures la moitié droite de la face, tout le côté droit du cou depuis l'angle de la mâchoire jusqu'au thorax et débordant largement sur le côté gauche du cou. La température était à 37°2 tandis que le pouls, misérable, était à 140; et ces accidents survenaient chez une femme enceinte de huit mois et demi. Le pronostic était sombre : l'incision large du cou donna issue à des débris sphacéliques d'odeur repoussante, la malade reçut en quarante-huit heures, 160 centimètres cubes de sérum antigangréneux.

La transformation fut saisissante. En moins de trois jours, au point de vue local, le tissu sphacélique s'élimina et des bourgeons rosés firent leur apparition sur presque toute la surface de la plaie. L'état général s'améliora plus lentement, mais signe très rassurant, la dissociation entre le pouls et la température disparut et la femme accoucha le lendemain d'un enfant vivant. Trois semaines après, la malade guérie partait à la campagne avec son bébé, déjouant ainsi tous les sombres pronostics qu'on avait fait, tant à son sujet qu'à celui de son enfant; du reste voici l'observation :

Mme D..., vingt-six ans est prise dans la journée du 2 août de picotements dans la joue droite et d'une sensation de tension qu'elle attribue à un « courant d'air » auxquels elle ne prend pas garde. Le lendemain la tuméfaction s'accuse et inquiète, elle fait appeler le médecin qui pense à une simple fluxion d'origine dentaire; il prescrit des compresses humides chaudes, mais qu'elle n'est pas sa surprise quand le lendemain matin, vendredi 4 août, la tuméfaction a gagné la paupière inférieure droite et la région latérale du cou, — trois heures plus tard il revoit la malade; l'œdème s'est propagé encore et, devant la gravité de l'état général qui empire d'heure en heure, on fait appeler un chirurgien.

A neuf heures du soir, le 4 août, le tableau clinique est des plus alarmants, le gonflement a envahi tout le côté droit de la face, l'œil droit est fermé par suite de l'œdème des deux paupières; le cou est distendu sur toute sa hauteur et l'infiltration a gagné le thorax jusqu'au sein; en arrière, l'œdème s'arrête à la ligne médiane, tandis qu'en avant, il file vers la gauche empiétant sur la région carotidienne. Cet œdème mou à la périphérie est dur dans la région sus-hyoïdienne latérale; un seul point plus douloureux est fluctuant au-dessous de la partie moyenne du rebord du maxillaire inférieur. La bouche ne peut s'ouvrir par suite de la contraction des masséters et on ne peut découvrir le point de départ de l'infection.

L'état général n'est pas brillant, la malade présente un teint plombé; le pouls est petit à 140, tandis que la température vaginale est de 37°2; les urines foncées sont peu abondantes et pour aggraver encore le pronostic, la malade présente une grossesse de huit mois et demi.

Devant la gravité de cet état, sous anesthésie locale, au chlorure d'éthyle, on fait une large incision parallèle et sous-jacente au rebord du maxillaire inférieur du côté droit en partant de la zone fluctuante; une petite quantité de pus d'odeur infecte fait issue; mais des lambeaux de tissus sphacéliques, noirâtres viennent sans difficulté sous le doigt qui explore la plaie; le sphacèle s'étend à 3 centimètres sur la joue, gagne la région parotidienne et déborde franchement en avant sur le côté gauche, l'incision est agrandie des deux côtés dans les zones décollées; en arrière, on fait la ligature de l'artère et de la veine faciale. Une odeur infecte a envahi la chambre de la malade incommodant tout l'entourage. On porte un pronostic des plus sombres conseillant l'injection immédiate intrarectale de 500 centimètres cubes de sérum glucosé et pour le lendemain matin l'injection sous-cutanée de 80 centimètres cubes de sérum antigangréneux; il est vingt et une heures et demie et les pharmacies voisines n'en ont pas à leur disposition.

Le 5 août. On fait la première injection de 80 centimètres cubes de sérum antigangréneux de Weinberg et Séguin (20 centimètres cubes d'antiperfringens, 20 centimètres cubes d'antivibrion septique, 20 centimètres cubes d'anti-œdématiens, 20 centimètres cubes d'antiputréficus).

Dans la journée, l'accouchement se produit dans de très bonnes conditions; c'est un garçon en très bon état.

L'état général est toujours grave, la température est de 37,4, le pouls toujours à 140; l'état local est à peu près le même, l'œdème tendant cependant à rétrocéder.

Le 6 août, nouvelle injection antigangréneuse de 80 centimètres cubes. L'état local est stationnaire, l'état général semble meilleur, la température vespérale monte à 39°6, tandis que le pouls tombe à 130.

Le 7 août. L'état général semble meilleur encore, le pouls est à 130, la température est à 40 degrés, le teint est moins plombé. L'état local est très amendé; l'œdème a disparu du côté de la face et du côté du thorax; la partie moyenne de la plaie est complètement détergée, ce qui ne manque pas de surprendre, au bout d'à peine quarante-huit heures après l'injection antigangréneuse; on décide de cesser la sérothérapie; la partie postérieure se drainant mal, on agrandit l'*incision* en arrière.

Le 8 août. Meilleur état général. Pouls à 110. Température matinale 38°2. Meilleur état local; la plaie est complètement détergée; mais de la fluctuation apparaît dans la région carotidienne gauche. On fait une contre-incision à ce niveau et on passe un drain dans la zone décollée.

Le 9 août. Même état général, mais fluctuation dans la région sus-épineuse gauche. *Incision*.

Le 10 août. Toutes les douleurs ont disparu, l'état reste le même.

Le 11 août. A partir de cette date, amélioration progressive et régulière de l'état général et de l'état local.

Trois semaines après, tout était terminé et il ne persistait comme séquelle qu'une légère paralysie faciale partielle limitée à la région buccale et due à la nécrose des filets inférieurs du facial ou à une névrite de ces filets. L'examen de la bouche ne permet de retrouver aucune carie dentaire, comme point de départ de l'infection.

Les conditions dans lesquelles nous nous sommes trouvés ne nous ont pas permis de faire l'analyse bactériologique du pus; au cours de cette opération d'extrême urgence, chez la malade, nous ne disposions pas de pipettes stériles; cette lacune enlève beaucoup de valeur à notre observation, mais la partie clinique reste; un phlegmon gangréneux diffus dont le caractère de diffusion est vérifié par le foyer carotidien du côté opposé, et le foyer scapulaire, — a guéri malgré une intoxication générale grave, malgré la présence d'une grossesse, en dehors de toute espérance, et cela grâce à la sérothérapie antigangréneuse.

Il y a là un succès à l'actif de cette thérapeutique que nous nous devions de signaler, après ceux de Guy Laroche et de Deglave (1), etc., nous ferons remarquer toutefois que nous avons employée des doses massives : 160 centimètres cubes en quarante-huit heures car, peut-être le mode d'administration du sérum peut-il expliquer les succès des uns et les échecs des autres? Il faut faire confiance à la sérothérapie et à la sérothérapie massive. Dans les affections gangréneuses, on est en présence d'une infection locale avec toxémie; le sérum antitoxique doit être administré à une dose importante pour annihiler l'action des toxines gangréneuses et à doses d'autant plus fortes que la toxémie est plus accusée.

Les injections doivent être répétées tant que le foyer générateur des toxines reste sphacélique.

En somme, la *dose* de sérum doit être en rapport avec la gravité de l'état général; la répétition des injections sera commandée par l'état *local* de la plaie; voilà les points de thérapeutique qui semblent se dégager de notre observation.

(1) Guy Laroche et Deglave. Un cas de vulvo-vaginite gangréneuse : sérothérapie antigangréneuse; guérison. (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1922, 3e série, tome XLVI, n° 6, p. 294-296.)

STUPEUR. ASTASIE-ABASIE

DÉMENCE PRÉCOCE

Par R. BENON,
Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes.

La nécessité de « suivre » les malades, d'observer longuement et pendant des années leurs affections, s'impose d'une manière absolue en médecine, et notamment en psychiatrie. La valeur d'un « état actuel » est souvent bien relative, même avec une histoire clinique approfondie et fouillée dans ses origines. Voir l'évolution d'une maladie, considérer ses manifestations lointaines, c'est courir quelques chances d'approcher la vérité clinique et nosologique. En clientèle, la chose est difficile, encore que quelques médecins y parviennent. Dans les hôpitaux, dans les hospices, cette étude est aisée, et elle doit s'imposer à tout observateur consciencieux, soit par un système de fiches classées d'après les noms des malades, soit à l'aide d'observations détaillées.

Connaître de l'évolution d'une maladie, c'est quelque chose, mais c'est encore insuffisant. Il manque dans nos hôpitaux l'installation de services spéciaux de biologie et d'histopathologie. Ces services spéciaux, qui devraient être largement rétribués, si l'on veut retenir les activités scientifiques, permettraient au clinicien de compléter sa tâche quotidienne, de recueillir le fruit des constatations qu'il peut faire, et enfin de ne point perdre des pièces auxquelles il attache le plus grand prix.

L'organisation du travail médical scientifique avec publications régulières qui en témoigneraient est à peu près nulle en France. Quand elle existe, elle est le fait de quelques individus; elle ne dépend jamais d'une direction générale nationale : en un sens c'est un agrément, mais aussi c'est une infériorité pratique dans les temps modernes. L'activité humaine, quand on envisage l'ensemble des problèmes à étudier, ne peut être que limitée : les travaux de collaboration s'imposent.

Nous avons dû, quant à nous, restreindre nos recherches à la seule clinique. Nous nous efforçons de « suivre » nos malades et c'est un enseignement profond. Le cas que nous exposons ici concerne un militaire qui fit un accès de stupeur d'origine émotionnelle et qui, dans la suite, présenta si nettement de l'astasie-abasie qu'il fut considéré comme un malade « fonctionnel » pur : il ne délirait pas, il n'était point affaibli mentalement; le diagnostic paraissait tout à fait favorable. Il a guéri de sa stupeur, de ses troubles de la station et de la marche, mais il est « dément » précoce.

* * *

Résumé de l'observation. — *Soldat, trente-huit ans (1915). Exempté pris bon service auxiliaire en août 1915, appelé le 16 octobre 1915, versé le 19 dans le service armé. Troubles mentaux; hospitalisé le 23, il entre le 26 à l'asile. Mutisme, refus partiel d'aliments, négativisme, tremblement de la tête. Etat stationnaire durant environ trois mois (fin octobre 1915, fin janvier 1916). Puis il commence à se lever et à marcher (astasie-abasie). Sortie le 10 avril. Mutisme et astasie-abasie jusque fin 1916. Travaille plus tard assez régulièrement, mais n'est plus le même (novembre 1921). Indifferent, insouciant, mais non dément; ni délire, ni asthénie. Lourde hérédité.*

Auding... (Pierre-Louis), trente-huit ans, soldat du Nme régiment d'infanterie, camionneur-déménageur, entre au quartier des maladies mentales de l'hospice général de Nantes le 26 octobre 1915.

Histoire de la maladie. — Le soldat A... n'avait pas fait de service militaire. Pris bon pour le service auxiliaire en août 1915, il est incorporé le 16 octobre, et, le 19, versé dans le service armé. Il avait toujours éprouvé un peu la frayeur de la guerre : dans sa jeunesse il avait entendu maintes fois raconter des histoires terrifiantes de guerre par un parent qui avait fait campagne au Tonkin. Le jour de son incorporation, il est calme et ne paraît point inquiet. Le 19 au soir, au contraire, il est « tout changé »; son regard est fixe, il ne parle pas. La nuit il ne dort plus. Lors des appels, il a l'air égaré; on voit qu'il a l'esprit ailleurs, comme s'il arrivait d'un autre pays. Dans la nuit du 22 au 23, il se lève, quitte la chambre, monte à l'étage au-dessus, et, dans une autre chambrée, se met debout entre deux lits, sans bouger, ni causer. On le ramène à son lit, il renouvelle le même acte deux heures après. Hospitalisé d'urgence à l'hôpital Baur (le 23), il est évacué sur Broussais, puis sur l'asile le 26.

Etat actuel, 27 octobre 1915. — Le malade est en état de stupeur, et en même temps il se montre partiellement négativiste. Il ne répond à aucune question, sauf quelques exceptions; par exemple, il fait un signe de la tête quand l'infirmier lui demande s'il a besoin d'uriner. Il n'exécute aucun des ordres qu'on lui donne : ouvrir la bouche, fermer les yeux, tirer la langue, etc. Il résiste si on cherche à lui ouvrir la bouche, à élever son bras, etc. Il ne s'alimente pas ou difficilement (un peu de lait, de bouillon, etc.).

Pendant tout l'examen, il reste assis sur sa chaise, immobile, inerte, indifférent, impavide, les mains à plat sur les cuisses, les bras un peu fléchis. Si on déplace légèrement sa main, il conserve l'attitude imposée. Pas de catalepsie nette : le bras élevé retombe d'un mouvement ralenti.

Le regard est fixe, la respiration régulière, le pouls petit et rapide, mais régulier. On note quelques mouvements des globes oculaires. La tête tremble légèrement; les paupières sont immobiles. Lorsqu'on dirige l'index vers la pupille, A... ne détourne pas la tête. La sensibilité est émoussée, la réflectivité générale normale.

Avec sa famille ou les amis qui le visitent, il garde le même mutisme et la même attitude générale.

Antécédents. — Parents rhumatisants, défunts, l'un à soixante-neuf ans, en 1902, l'autre à soixante-six ans, en 1908. Onze enfants, dont deux mort-nés et un mort à trois mois. Une sœur est restée aphone pendant six semaines à la suite d'une émotion, puis elle a présenté des alternatives

d'excitation et de dépression (périodique probable). Du côté paternel : une tante a fait un accès de mélancolie auquel elle a succombé; la grand'mère bisaïeule a eu épisodiquement des troubles mentaux par contrariétés; une cousine germaine, à la suite d'un accouchement, a été placée à l'asile des aliénés, mais a guéri. Quant au malade, il n'a jamais présenté d'affection grave; jusqu'à vingt-cinq ans il est resté faible de constitution. Il a reçu une instruction primaire. Il était gai de caractère. Meunier dans sa jeunesse, il travaille depuis 1905 chez son beau-frère comme déménageur. Il ne boit pas. Il est célibataire.

Evolution. — Nous avons pu suivre le malade de 1915 à 1921 : pendant des mois son état est resté tout à fait stationnaire.

29 octobre 1915. — Mutisme, négativisme, mais s'alimente. Forte réaction vaccinale antivariolique (vacciné à son unité le 18).

25 novembre. — Etat stationnaire au point de vue mental.

22 février 1916. — Le malade a été réformé n° 2 le 3 décembre 1915. Il ne parle pas, mais commence à se lever : il avance à petits pas, avec des béquilles, en tremblant; un infirmier doit l'accompagner (astasie-abasie).

15 mars. — Il marche avec un bâton; il hésite à chaque pas, il doit être soutenu par un infirmier. Il comprend tout ce qu'on lui dit et demande par signe ce qu'il désire. Il mange et dort bien. Il joue aux cartes. Il ne parle jamais. Docile, il fait lentement et en tremblant ce qu'on exige de lui. Les paupières sont animées de menus tremblements. On lui dit que la guérison de sa maladie sera complète et probablement brusque.

10 avril. — Sorti et confié aux soins de sa famille.

Mai 1917. — Il est resté environ six mois sans parler ni marcher presque. « C'est revenu peu à peu, dit sa sœur. Un jour il a craché le sang (?). Ça l'a impressionné; il a commencé à mieux causer. » — Il vit seul chez lui depuis quatre à cinq mois et de temps en temps va travailler chez son beau-frère déménageur.

Novembre 1921. — Etat stationnaire depuis mai 1917. « Il n'est pas ce qu'il était autrefois, dit son entourage. Il lui manque quelque chose; il n'a plus la même intelligence (?) ». Il ne se nettoie pas (il vit seul). Il ne fait plus son lit. Il est très indifférent. Par moments il reste chez lui deux ou trois jours : on va frapper à sa porte, il ne bouge pas plus que s'il était mort. Il est insensible et ne s'inquiète plus de rien. Il peut pourtant conduire des chevaux, accomplir des déménagements dans le département dirigé par des tiers, il est vrai. Il n'est pas réformé n° 1. — Démence précoce (?), forme fruste, sans délire, sans dépression (prédominance manifeste des phénomènes hypothymiques).

*
* *

La stupeur, chez ce malade, fut de cause émotionnelle : il avait été versé du service auxiliaire dans le service armé. Cette stupeur ou asthénie profonde s'est dissipée peu à peu, mais sont apparus des troubles de la marche et de la station qui ont duré une dizaine de mois, ainsi que le mutisme. On ne s'est rendu compte de l'état « déficitaire » psychique qu'au bout de deux années environ. Il s'agit d'une « démence » précoce fruste, et l'affection est bien caractérisée.

Conclusions. — Il y a une nécessité absolue de suivre dans le temps l'évolution des maladies. Ce n'est pas une condition suffisante pour aboutir à des recherches de valeur réelle; il faut y adjoindre les données biologiques et histopathologiques, mais l'organisation actuelle du travail médical scientifique est bien imparfaite. Chez notre malade, affecté de stupeur post-émotionnelle, puis d'astasie-abasie, le diagnostic paraissait à un moment très favorable : aujourd'hui le diagnostic est « démence » précoce (ou hypothymie chronique), de sorte que les chances de guérison sont nulles.

DOCUMENTS OFFICIELS

RÉPARTITION DES PLACES D'AGRÉGÉS DES FACULTÉS DE MÉDECINE ET DES FACULTÉS MIXTES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MISES AU CONCOURS ET DATES D'OUVERTURE DES DIFFÉRENTS CONCOURS.

Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts,

Vu le statut du 16 novembre 1874 sur l'agrégation des facultés ;

Vu les arrêtés des 7 et 28 novembre et 7 décembre 1922 relatifs à l'ouverture en 1923 de concours d'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie,

Arrête :

Article premier. — Les places d'agrégés des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie mises au concours en 1923 se répartissent de la manière suivante :

	PARIS	BORDEAUX	LILLE	LYON	MONTPELLIER	NANCY	STRASBOURG	TOULOUSE	ALGER	TOTAL
Anatomie	»	1	1	1	»	1	»	1	»	5
Histologie	1	1	»	1	1	1	»	1	»	6
Physiologie	2	»	1	»	1	»	»	»	»	4
Chimie médicale	»	1	»	»	1	»	»	»	1	3
Physique médicale	»	»	»	»	1	1	»	»	»	2
Hygiène	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1
Parasitologie et histoire naturelle médicale	»	1	»	»	»	»	»	»	»	1
Médecine	5	»	1	1	3	»	1	2	1	14
Médecine légale	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Anatomie pathologique	1	»	»	»	»	1	»	»	»	2
Pharmacologie	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Maladies mentales	1	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Chirurgie	3	»	2	3	»	1	»	1	1	10
Ophtalmologie	1	»	»	»	1	»	»	»	»	2
Obstétrique	2	»	1	1	»	»	»	»	1	5
Pharmacie et histoire naturelle	»	2	»	1	»	»	»	»	1	4
Totaux	17	6	6	9	8	6	1	5	4	62

Art. 2. — Les dates d'ouverture des différents concours sont fixées comme il suit :

14 mai : médecine. — 16 mai : chirurgie. — 18 mai : obstétrique. — 23 mai : anatomie, physique médicale, chimie médicale. — 25 mai : histologie, physiologie. — 28 mai : anatomie pathologique, pharmacologie. — 29 mai : maladies mentales, ophtalmologie, pharmacie et histoire naturelle, médecine légale. — 11 juin : hygiène, parasitologie et histoire naturelle médicale.

Art. 3. — Les registres d'inscription seront ouverts du 14 janvier au 14 mars 1923.

Art. 4. — Il sera constitué, conformément au tableau annexé au présent arrêté, treize jurys, savoir :

1° Anatomie et histologie : 7 membres, dont 3 de la Faculté de Paris et 4 des facultés des départements ;

2° Physiologie : 5 membres, dont 2 de la Faculté de Paris et 3 des facultés des départements;

3° Physique et chimie médicales : 7 membres, dont 3 de la Faculté de Paris et 4 des facultés des départements ;

4° Hygiène, parasitologie et histoire naturelle médicale : 7 membres, dont 3 de la Faculté de Paris et 4 des facultés des départements;

5° Médecine : 11 membres, dont 5 de la Faculté de Paris et 6 des Facultés des départements;

6° Médecine légale : 5 membres, dont 2 de la Faculté de Paris et 3 des Facultés des départements ;

7° Anatomie pathologique : 5 membres, dont 2 de la Faculté de Paris et 3 des Facultés des départements.

8° Pharmacologie : 5 membres, dont 2 de la Faculté de Paris et 3 des Facultés des départements;

9° Maladies mentales : 5 membres, dont 2 de la Faculté de Paris et 3 des Facultés des départements;

10° Chirurgie générale : 9 membres, dont 4 de la Faculté de Paris et 5 des Facultés des départements;

11° Ophtalmologie : 5 membres, dont 2 de la Faculté de Paris et 3 des Facultés des départements;

12° Obstétrique : 5 membres, dont 2 de la Faculté de Paris et 3 des Facultés des départements;

13° Pharmacie et histoire naturelle : 5 membres, dont 2 de la Faculté de Paris (médecine et pharmacie) et 3 des Facultés des départements (médecine et pharmacie).

ART. 5. — Les jugements des jurys peuvent être valablement rendus par 3 membres, quand le jury est composé de 5 membres; par 4 membres, quand le jury est composé de 7 membres; par 5 membres, quand le jury est composé de 9 membrss; par 7 membres, quand le jury est composé de 11 membres.

ART. 6. — Les juges des concours seront nommés par le ministre parmi les professeurs et les professeurs sans chaire présentés par les Facultés, sous les réserves ci-après :

Faculté de médecine de Paris :

Il sera procédé à un tirage au sort lorsque plusieurs professeurs de la même catégorie auront été proposés pour faire partie du même jury.

Facultés des départements :

Par suite du nombre des candidats dans les sections de médecine et de chirurgie, les Facultés qui comptent au moins 5 candidats inscrits pour prendre part à ces concours seront obligatoirement représentées dans les jurys par un professeur de clinique générale (médicale ouchirurgicale). Il sera procédé à la désignation par tirage au sort pour les Facultés qui auront fait plusieurs propositions.

Les jurys seront complétés par tirage au sort sur l'ensemble des professeurs présentés par les Facultés conformément au tableau annexé au présent arrêté.

Pour la composition des jurys, les professeurs sans chaire seront classés d'aprrs l'enseignement qu'ils professent.

ART. 7. — Les juges suppléants serant désignés dans les mêmes conditions parmi les agrégés en exercice.

ART. 8. — Le tirage au sort sera fait le 9 avril 1923, à 9 h. du matin, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, en séance publique, devant une commission composée du doyen de ladite Faculté, président; d'un doyen d'une Faculté de médecine ou d'une Faculté mixte de médecine et de pharmacie des départements et d'un agrégé désigné par le ministre. Ils seront assistés du secrétaire de la Faculté de médecine de Paris et d'un représentant du ministre de l'Instruction publique.

Fait à Paris, le 19 décembre 1922.

LÉON BÉRARD.

TABLEAU FIXANT LA CONSTITUTION DES JURYS DES DIVERSES SECTIONS DE L'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE ET DES FACULTÉS MIXTES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE POUR LE CONCOURS DE L'ANNÉE 1923.

I. *Anatomie et histologie* (7 membres). — Faculté de Paris : un professeur d'anatomie descriptive, un professeur d'anatomie médico-chirurgicale, un professeur d'histologie.

Facultés des départements : un professeur d'anatomie ou d'anatomie descriptive, deux professeurs d'histologie ou d'histologie normale ou d'anatomie générale et histologie.

II. *Physiologie* (5 membres). — Faculté de Paris : un professeur de physiologie, un professeur de pathologie expérimentale et comparée.

Facultés des départements : trois professeurs de physiologie.

III. *Physique et chimie médicales* (7 membres). — Faculté de Paris : un professeur de physique médicale, un professeur de chimie, un professeur de pharmacologie et matière médicale.

Facultés des départements : deux professeurs de chimie médicale, ou de chimie biologique, ou de chimie organique, ou de chimie minérale; un professeur de physique médicale, un professeur de physiologie.

IV. *Hygiène, parasitologie et histoire naturelle médicale* (7 membres). — Faculté de Paris : un professeur de bactériologie, un professeur d'hygiène, un professeur de parasitologie et d'histoire naturelle médicale.

Facultés des départements : deux professeurs d'hygiène ou d'hygiène et bactériologie; un professeur de bactériologie ou de microbiologie; un professeur de parasitologie et histoire naturelle médicale, ou de zoologie médicale, ou d'histoire naturelle médicale.

V. *Médecine* (11 membres). — Faculté de Paris : deux professeurs choisis parmi les professeurs de clinique générale (y compris les cliniques propédeutiques et thérapeutiques) et de pathologie interne, deux professeurs de cliniques spéciales, un professeur choisi parmi les professeurs de pathologie et thérapeutique générales, de pathologie expérimentale et comparée, d'anatomie pathologique, de thérapeutique, d'hygiène, de bactériologie, d'histoire, de la médecine et de la chirurgie.

Facultés des départements : trois professeurs de clinique générale ou de pathologie interne, trois professeurs de clinique spéciale.

VI. *Médecine légale* (5 membres). — Faculté de Paris : un professeur de clinique des maladies mentales, un professeur de médecine légale.

Facultés des départements : deux professeurs de médecine légale, un professeur de clinique des maladies mentales.

VII. *Anatomie pathologique* (5 membres). — Faculté de Paris : un professeur d'anatomie pathologique, un professeur de bactériologie.

Facultés des départements : trois professeurs d'anatomie pathologique.

VIII. *Pharmacologie* (5 membres). — Faculté de Pari sun professeur de pharmacologie, un professeur de chimie.

Facultés des départements : un professeur de pharmacologie ou de médecine expérimentale, un professeur de chimie ou de toxicologie, un professeur de physiologie.

IX. *Maladies mentales* (5 membres). — Faculté de Paris : un professeur de clinique des maladies mentales et de l'encéphale, un professeur de clinique des maladies nerveuses.

Facultés des départements : trois professeurs de médecine mentale.

X. *Chirurgie générale* (9 membres). — Faculté de Paris : quatre professeurs choisis parmi les professeurs de clinique chirurgicale, d'anatomie médico-chirurgicale, de pathologie externe ou de clinique thérapeutique chirurgicale.

Facultés des départements : cinq professeurs de clinique chirurgicale, de pathologie externe ou de médecine opératoire.

XI. *Ophtalmologie* (5 membres). — Faculté de Paris : un professeur de clinique ophtalmologique, un professeur de physique.

Facultés des départements : trois professeurs de clinique ophtalmologique.

XII. *Obstétrique* (5 membres). — Faculté de Paris : deux professeurs de clinique obstétricale.

Facultés des départements : trois professeurs de clinique obstétricale ou d'accouchements.

XIII. *Pharmacie et histoire naturelle* (5 membres). — Faculté de Paris : un professeur d'histoire naturelle, un professeur de pharmacie.

Facultés des départements : un professeur d'histoire naturelle, deux professeurs de pharmacie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Jeudi 4 janvier. — Jury : MM. Achard, président; Chauffard, Brindeau et Claude. — M. PIETER (H.). Etude sur un cas de cancer primitif du poumon. — M. JACQUET (Albert). La méningococcémie. — M. LEROUX (Maurice). Contribution à l'étude de la nécrobiose durant la grossesse. — M. PORCHER (Yves). La sortie des déséquilibrés pervers et antisociaux délinquants.

TABLE DES MATIÈRES

1922

A

B

C

D

E

F

G

J

K

L

M

N

O

T

TABLE DES AUTEURS

1922

Q

R

S

T

U

V

W

Y

Z

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de thérapeutique, par A. Manquat, correspondant national de l'Académie de médecine, ancien professeur agrégé du Val-de-Grâce. Ouvrage complet, 1922, 2 vol. in-8, ensemble 1412 pages. — Prix : 50 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'Artériosclérose (2e édition, revue, corrigée et augmentée) [Collection des « Maladies de la cinquantaine », t. III], par Arthur Leclercq, lauréat de l'Académie de médecine, lauréat de la Faculté. In-8 carré de 200 pages. Prix : 12 fr. — Paris, G. Doin.

